

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Heidi Hänninen & Vilja Vanhala

Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveystieteiden
sosiologi- ja terveysala

HÄNNINEN, HEIDI

VANHALA, VILJA

Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen
toimintakyky 69 sivua + 39 liitesivua

Työn ohjaaja

Mirja Nurmi, TtM

Joulukuu 2010

Avainsanat

Vanhus, hyvinvointi, psykososiaalinen toimintakyky

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoivakodissa asuvien vanhusten kokemuksia psykososiaalisesta toimintakyvystään. Psykososiaalinen toimintakyky oli jaettu neljään eri teemaan tutkimustehtävien mukaisesti. Tutkimustehtävät olivat ikääntyneen kokemukset sosiaalisesta toimintakyvystä, harrastuksista aktiviteeteista ja virikkeistä, psyykkisestä toimintakyvystä sekä fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluilla, jotka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Haastattelut tehtiin Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n Karhula-Kodissa sekä Kotkan kaupungin Karhuvuorikodin 3.krs:ssa. Tutkimukseen osallistui 16 hoivakodissa asuvaa vanhusta ja haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan ikääntyneet kokivat ihmissuhteet hyvin merkityksellisiksi. Suhteet omaisiin olivat psyykkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeitä. Ystävyys-suhteiden koettiin vähentyneen kun ikää oli tullut lisää. Yksinäisyys miellettiin osaksi ikääntymistä. Hoivakotien kerhotoimintaa ja muuta yhteisöllistä harrastamista sekä positiivista elämänsäntä pidettiin ihmissuhteita ylläpitävinä voimavaroina.

Ikääntyneiden esille tuomien kokemusten ja opinnäytetyöstä nousevan teorian kautta tarkoituksena oli nostaa kehittämiskohteita ja tehdä toimintamalli hoivakodissa asuvan vanhuksen hyvinvoinnin kehittämiseksi Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n sekä Kotkan kaupungin hoivayksiköihin.

ABSTRACT

KYMENLAAKSO POLYTECHNIC

Social and Health Care

HÄNNINEN, HEIDI

VANHALA, VILJA

Psychosocial ability to function in elderly living in a nursing home

Bachelor's Thesis

69 pages + 39 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc

December 2010

Keywords

elderly, social relationships, mental welfare, psychosocial, functioning ability

The purpose of this Bachelor's thesis was to examine the experiences and thoughts of psychosocial activity of elderly living in a nursing home. Psychosocial activity was divided into a four different themes (by using research tasks), which were; social relationships, mental welfare, hobbies, activities and functioning ability.

The research material was gathered by using theme interviews carried out as a group interviews. Sixteen elderly took part in the study. The interviews took place in nursing homes in South Kymenlaakso. The interviews were analyzed by qualitative content analysis.

The results showed that elderly felt their social relationships as a major resource and they played a meaningful role in their lives. Elderly also felt that the deprivations in their lives were one of the main reasons why friendships were left behind in their lives. According to these results elderly felt that their deterioration of functioning ability had negative effects on their lives. Most of the elderly accepted deterioration of functioning ability but it raised feelings of frustration. Positive attitude towards to life was considered as a great part of good ageing. Activities inside the nursing home were also important in the lives of the elderly. Through these results and the theory we made a model of propositions for the improvement of the quality of health care in the nursing home.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY	7
	2.1 Sosiaalinen toimintakyky	7
	2.2 Aktiviteetit, harrastaminen ja viriketoiminta	11
	2.3 Psyykinen toimintakyky	15
	2.4 Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky	19
3	KOTKAN KAUPUNGIN HOIVAPALVELUIDEN JA PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY:N ESITTELY	23
	3.1 Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry	24
	3.2 Kotkan kaupungin hoivapalvelu yksiköt	25
4	KYSELY HOIVA-ASUMISEN ASIAKKAILLE	26
	4.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	26
	4.2 Aineiston analyysi	27
	4.3 Tulokset	28
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	33
6	OPINNÄYETYÖN TOTEUTUS	34
	6.1 Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna	34
	6.2 Kohderyhmä ja otanta	37
	6.3 Aineiston keruu	38
	6.4 Haastattelu aineiston analyysi	39
7	TUTKIMUSTULOKSET	41
	7.1 Vanhusten kokemuksia sosiaalisesta toimintakyvystä	41
	7.2 Vanhusten kokemuksia harrastuksista, aktiiviteeteista sekä virikkeistä	45
	7.3 Vanhusten kokemuksia psyykkisestä toimintakyvystä	48
	7.4 Vanhusten kokemuksia fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä	51

8 POHDINTA	54
8.1 Tulosten tarkastelu	54
8.2 Luotettavuus	59
8.3 Eettisyys	61
8.4 Tulosten hyödynnettävyys	62

LÄHTEET	63
---------	----

LIITTEET

Liite 1. Aikaisempien tutkimusten taulukko	
Liite 2. Tutkimuslupahakemus	
Liite 3. Hankkeistussopimus	
Liite 4. Työelämän informaatio hoivakodin asukkaille tutkimuksestamme	
Liite 5. Tutkimuksesta kertominen asukkaille haastattelutilanteessa	
Liite 6. Suostumus haastatteluun	
Liite 7. Muuttujataulukko	
Liite 8. Haastattelurunko	
Liite 9. Kyselylomake hoiva-asumisen asukkaille	
Liite 10. Esimerkki yhteenveto kyselystä hoivakodin asukkaille	
Liite 11. Toimintamalli hoivakodissa asuvan vanhuksen hyvinvoinnin kehittämiseksi	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Ikääntyneiden määrä on Suomessa kasvussa, erityisesti 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä on lisääntynyt (Sarvimäki 1998, 11). Hoitotyön arvomaailmassa tulisi huomioida ihminen kokonaisuutena, elinehtoineen ja sosiaalisine suhteineen (Sarvimäki & Stenbock-hult 2009, 9). Onkin tärkeää panostaa vanhusten hyvinvointiin ja ottaa huomioon vanhuksen oma ääni. Ikääntymisestä johtuviin fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin muutoksiin voidaan vaikuttaa ja niitä pystytään kompensoimaan (Helin 2000, 22).

Psykososiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen ulottuvuuden kannalta. Vaikka nämä toimintakyvyn eri puolet voidaankin käsitteellisesti erottaa toisistaan, jokapäiväisessä toiminnassa ne kuitenkin ilmenevät yhdessä. (Koskinen 1998, 101.)

Vanhuksen hyvinvoinnin kannalta psykososiaalinen toimintakyky ylläpitää henkistä vireyttä sekä tuo mielekkyyttä elämään. Iäkkäillä on paljon elämänkokemusta ja viisautta. Heillä on myös paljon erilaisia tietoja ja taitoja. Monille vanheneminen merkitsee vapautta toteuttaa itseään. Eheävanheneminen sisältää tuottavaa aktiivisuutta, elämään tyytyväisyyttä, hyvän fyysisen toimintakyvyn sekä vahvan kognitiivisen statuksen. (Psykososiaalinen toimintakyky 2002.)

Vanhenemiseen liittyy myös monia kielteisiä seurauksia, kuten sairautta, sairauksista johtuvaa toimintakyvyn alenemista, ulkonäön muutoksia, joillekin yksinäisyyttä, aseman alenemista ja jopa syrjäytymistä. Yksinäisyys ja masentuneisuus ovat ikääntyvien ihmisten yleisiä ongelmia niin kotona kuin laitoksessakin. Toimintakyvyn muutokset, kuten kuulon ja näön heikkeneminen voivat vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä ja erilaisiin tilaisuuksiin tai toimintaan osallistumista. (Psykososiaalinen toimintakyky 2002.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa ryhmähaastatteluiden avulla hoivakodissa asuvien vanhusten psykososiaalista toimintakykyä. Opinnäytetyössä vanhuksen psykososiaalista toimintakykyä tarkastellaan sosiaalisen toimintakyvyn, virikkeiden, aktiviteettien ja harrastusten, psyykkisen- sekä fyysisen- ja kognitiivisen

toimintakyvyn osalta. On tärkeää huomioida elämän eri osa-alueiden vaikutus toisiinsa ja pystyä vastaamaan ikääntyvän väestön haasteisiin. Tässä opinnäytetyössä tulee esille, se miten esimerkiksi mielekkäät virikkeet vaikuttavat niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin toimintakykyyn. Psykososiaalinen toimintakyky on siis tiiviissä yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn (Finne-Soveri 2009). Vanhusten oma näkemys hyvinvoinnistaan onkin lähtökohtana työelämän hoitotyön kehittämiseksi. Ikääntyneiden esille tuomien kokemusten ja opinnäytetyöstä nousevan teorian kautta tarkoituksena oli nostaa kehittämisalueita ja tehdä toimintamalli hoivakodissa asuvan vanhuksen hyvinvoinnin kehittämiseksi Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n sekä Kotkan kaupungin.

2 IKÄÄNTYNEEN TOIMINTAKYKY

Tässä opinnäytetyössä keskittyttiin ikääntyneen psykososiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueisiin. Osa-alueet jaoteltiin sosiaaliseen toimintakykyyn, aktiviteetteihin, harrastuksiin ja virikkeisiin, psyykkiseen toimintakykyyn sekä fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Nämä eri osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa, sillä ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus. Näin ollen opinnäytetyössä käsiteltiin vanhuksen fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä omana teemanaan, sillä ne ovat vahvasti yhteydessä psykososiaaliseen toimintakykyyn.

2.1 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä suoriutua elämässä toisten ihmisten kanssa, perheessä, työ-elämässä sekä koko yhteiskunnassa. Sosiaalinen toimintakyky edellyttää toteutuakseen myös fyysistä sekä psyykkistä toimintakykyä. Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella niin yksilö-, että ryhmätasollakin eli ihminen vuorovaikutussuhteessaan ja aktiivisena toimijana yhteiskunnassa. (Rissanen 1999, 16.)

Sosiaaliset suhteet ovat tärkeä osa ihmisen elämää ikään katsomatta. Ikääntyessä sosiaalisten suhteiden merkitys kuitenkin muuttuu ja vanhuksen on osattava sopeutua iän tuomiin sosiaalisiin haasteisiin. Sosiaalisella verkostolla onkin vaikutusta niin psyykkiseen kuin fyysiseenkin toimintakykyyn. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkanen

2007,70.)

Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä toimia sekä olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Sosiaalinen toimintakyky käsitetään osallistumisena toimintaan, ihmissuhteina sekä harrastuksina kotona ja kodin ulkopuolella. (Pikkarainen 2005, 7.)

Vanhusten sosiaaliseen verkostoon voidaan lukea perheenjäsenet ja sukulaiset, ystävät ja tuttavat, naapurit sekä ammatti-auttajat (Lyyra Pikkarainen & Tiikkanen.2007, 80–83). Ikääntyneiden suhteet perheisiin sekä muihin lähisukulaisiin ovat tiiviit ja vanhusten omiin arvoihin nähden hyvät. Lähes puolet ikääntyneistä on yhteydessä perheeseen tai muihin sukulaisiin päivittäin tai lähes päivittäin. (Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999, 25.) Säännöllisten perhekontaktien onkin todettu vähentävän laitoshoitoon sijoittumista (Pynnönnen, Sakari- Rantala & Lyyra 2007, 27- 36). Vanhuksen oma kokemus sosiaalisten suhteidensa riittävydestä ja laadusta vaikuttaa kuitenkin enemmän kuin suhteiden määrä ja kontaktien tiheys (Lyyra ym.2007,72–73). Tärkeäksi koetaan mm. kyläily, seura erilaisissa arkiaskareissa, puhelinsoitot tuttujen kanssa sekä satunnaiset juttu tuokiot (Rajaniemi 2004, 172-177).

Tutkimuksessa Lyyra ym. (2008) tutkittiin muutoksia iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa. Kyseessä oli 16-vuoden pitkittäistutkimus. Tutkimukseen osallistuneista suurimman osan mielestä kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa oli helppoa myös ikääntyneenä. Ikääntyneillä todettiin olevan edelleen laaja ystäväverkosto, miehillä suurempi kuin naisilla. Tämän todettiin johtuvan siitä, että miehet luokittelevat ystävikseen helpommin myös mm. viralliset avunantajat sekä naapurit kun naisilla ystävän merkitys oli syvempi. Luotettujen henkilöiden määrä nousi kuitenkin ikääntyessä vaikka ystävien määrä vähenikin. Ystävien olemassaolon onkin todettu vähentävän terveysongelmia sekä kuolleisuutta vanhuusiässä. (Lyyra ym. 2008, 8-10.)

Lyyra ym.(2008)tutkimuksessa tuli ilmi myös, että lasten ja lastenlasten tapaamiset vähenivät vaikka heidän merkityksensä läheisenä kasvoikin. Miltei kaikilla tutkimukseen osallistuneilla oli huolehtivia sekä luotettavia henkilöitä lähellään vielä vanhanakin. (Lyyra ym. 2008, 10.)

Sosiaalinen verkosto sekä sosiaalinen tuki ovat tärkeitä ikääntyneen elämässä (Lyyra, ym. 2007,70). Erilaisten tukiryhmien avulla on voitu lievittää leskien yksinäisyyden kokemuksia ja lisätä heidän kykyään selviytyä elämästä ja solmia sosiaalisia suhteita. Myös ikääntyneiden yhdessä liikkuminen ja tekeminen mahdollistavat yhteenkuuluvuuden ja mielekkyyden kokemuksen, sosiaalisten suhteiden luomisen ja sitä kautta taas subjektiivisen hyvinvoinnin. Sosiaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen on todettu ilmenevän ryhmäytymisenä, uusien ystävyystymissuhteiden syntymisenä ja vanhojen ystävyysuhteiden ylläpitona. Ikääntyneiden sosiaaliset suhteet ovatkin merkittävä hyvän olon tunnetta aiheuttava tekijä (Hytönen, Routasalo & Pitkälä. 2007,17- 26).

Ikääntyneiden yhteisöllisyys esim. palvelutalojen arjessa muodostuu mm. yhteisöllisyyden kokemisesta johon liittyy yhteenkuuluvuuden tunne, toinen toisistaan välittäminen, yhdessä tekeminen ja oleminen, olemassa olevan sosiaalisen verkoston huomioiminen sekä mahdollisuus vaikuttavat omiin asioihin ja päätöksentekoon. On todettu, että liikuntaa ja keskustelua sisältävillä ryhmäinterventioilla voidaan lievittää yksinäisyyttä, lisätä sosiaalisten kontaktien määrää ja lievittää masentuneisuutta.(Hytönen, Routasalo & Pitkälä. 2007, 17- 26).

Vanhetessa myös ruokailun merkitys saattaa korostua. Ruokailun sosiaalinen sekä sitä kautta myös psyykinen merkitys kasvaa. Ruokailutilanteet ovatkin vanhuksilla monesti päivän kohokohta. Ruokaileminen aktivoi luontevaa vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa. Tutut ja maistuvat ruuat luovat keskustelua, turvallisuuden tunnetta sekä herättävät muistoja (Lyyra ym.2000, 197). Ruokailu onkin vanhuksille ennenkaikkea sosiaalinen tapahtuma sekä nautinto (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 67).

Tukemalla näitä vanhusten sosiaalisia voimavaroja voidaan edistää niin terveyttä, toimintakykyä kuin hyvinvointiakin (Lyyra ym.2007, 85). Sosiaalinen ylikuormittuminen sekä liialliset sosiaaliset vaatimukset voivat kuitenkin johtaa heikkoon terveyteen ja sairastumiseen (Lyyra ym.2007,72–73). Sairaudet ja sairastumiset vaikuttavat taas vastavuoroisesti sosiaalisten suhteiden laatuun ja määrään. Esimerkiksi rinta-kivuista kärsivillä ikääntyneillä on usein heikot sosiaaliset suhteet sekä vähäinen sosiaalinen tuki. Myös masentuneilla sekä psyykkisesti sairailta

vanhuksilla on monesti huono sosiaalinen verkosto. Puutteellisten ihmissuhteiden takia vanhukset kokevatkin enemmän sairauden oireita. Hyvällä verkostolla taas on yhteys psyykkiseen sekä fyysiseen hyvinvointiin. Hyvä verkosto vaikuttaa ikääntyneen itsetuntoon ja vanhus tuntee voivansa vaikuttaa vielä elämäänsä. (Lyyra ym. 2007, 72–76.)

Ikääntyneiden kokemat yksinäisyyden tunteet lisääntyvät vanhenemisen myötä. Yksinäisyyden koetaan johtuvan vähäisistä ihmissuhteista, yksin olemisesta sekä sukupolvien välisistä eroista (Juvakka. 2005, 30- 32). 80- ja 85- vuotiaista lähes kolmasosa kokee tällä hetkellä yksinäisyyttä. Yksinäiseksi itsensä kokevien osuus lisääntyi tutkittaessa viiden vuoden seurannan aikana, mutta osalla tapahtui myös muutoksia positiiviseen suuntaan. Miesten ja naisten välillä ei juuri ollut eroa yksinäisyyden kokemisessa (Tikkanen 2006). Palvelutaloissa asuvat taas kokevat vähemmän yksinäisyyttä kuin kotona asuvat vaikka palvelutalossa asuvien keskuudessa on enemmän leskiä kuin kotona asuvien joukossa. Myös vierailukontakteja on enemmän kotona-asuvilla. (Karjalainen 1999.)

Yksinäisyyden tunteet vanhuusiän aikana johtuvat useimmiten terveyden- ja toimintakyvyn heikkenemisestä sekä menetyksistä ihmissuhteissa. Vanhuusiän yksinäisyyden taustalla voi olla myös puolison menettämiseen liittyvä suru sekä vanhuuteen liittyvät muutokset ja menetykset. (Tikkanen 2006.)

Vanhuusiällä koetun yksinäisyyden on todettu heikentävän psykososiaalista toimintakykyä. Koettu yksinäisyys voidaan jaotella emotionaaliseen yksinäisyyteen sekä sosiaalisen yksinäisyyteen. (Tikkanen 2006.)

Emotionaalinen tuki tarkoittaa välittämistä sekä luottamuksellista ja läheistä suhdetta (Pesonen 2000, 21). Emotionaalisen yksinäisyyteen voivat vaikuttaa seuraavat tekijät; masennus, leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys sekä alentunut toimintakyky. Sosiaalisen yksinäisyyden tunnusmekkejä saattavat olla puutteelliset vuorovaikutustaidot jotka johtuvat useimmiten vähäisistä ystävyysuhteista, mielialaongelmista sekä huonosta toimintakyvystä. (Tikkanen 2006.) Ystävä-suhteilla on usein tärkeä emotionaalinen merkitys kun suhteet lapsiin liittyvät käytännöllisempään tukeen (Lyyra ym.2007, 80–83).

Yksinäisyys voi liittyä myös psyykkisiin häiriöihin, masennukseen, psykosomaattiseen oireiluun ja elämään tyytymättömyyteen. Hyvillä ihmissuhteilla on todettu olevan keskeinen merkitys yksinäisyyttä vähentävänä tekijänä. (Hytönen, Routasalo & Pitkälä. 2007, 17- 26.) Hanna Palkeisen artikkelissa; Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa, kirjoittajilla oli yksinäisyydelle monia merkityksiä sekä liittymäkohtia. Artikkelissa yksinäisyyden kokemukset oli jaettu kirjoitusten pohjalta tilanteiseen sekä sisäisen kokemuksen yksinäisyyteen. Toimijuuden puutteen sekä turvattomuuden tunteella todettiin olevan yhteys. Oma toimintakyvyn heikkeneminen sekä vähentyneet sosiaaliset kontaktit vähensivät niin osallistumismahdollisuuksia kuin toimijuuttakin. Heikko terveys sekä toimintakyky olivat usein yksinäisyyden syitä. Muita syitä olivat mm. samanhenkisten ystävien puute tai puolison sairaus. Sisäistä yksinäisyyden tunnetta poistivat vain merkitykselliset ihmissuhteet, kun tilanteista yksinäisyyttä todettiin poistavan erilaisten ryhmien, kerhojen ja ystävänpalvelun tarjoama mielekäs tekeminen, osallistuminen sekä seura. (Palkeinen 2005, 18–19.)

Ikääntymiseen liittyy myös paljon menetyksiä, luopumista, surua ja yksinäisyyttä. Iäkkäällä henkilöllä voi olla myös suhteellisen vähän mahdollisuuksia korvata menetetyt ihmissuhteet uusilla. Luopumiskokemusten jälkeen on pidetty tärkeänä vertaistukea ja kokemusten jakamista. (Routasalo, Mäkinen & Pitkälä. 2007, 248-258.)

Vanhusten yksinäisyys sekä sosiaalinen eristäytyminen voivat myös johtaa kongnition sekä toimintakyvyn heikkenemiseen, laitostumiseen sekä ennenaikaiseen kuolemiseen. Psykososiaalinen sekä ennalta ehkäisevä kuntoutus voivatkin ratkaisevasti parantaa hyvinvointia, terveyttä sekä vähentää kuolleisuutta. (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko, Strandberg & Tilvis 2007.)

2.2 Aktiviteetit, harrastaminen ja viriketoiminta

Aktiivisena pysyminen vaikuttaa terveyttä edistävästi myös vanhuksilla.

Harrastuksilla ja muilla virikkeillä voidaan vaikuttaa niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin hyvinvointiin. Harrastuksilla onkin tärkeä merkitys vanhuksen elämän laatuun . (Liikanen 2003, 40–41.)

Mielekkäät virikkeet ja harrastukset ylläpitävät ikääntyneen hyvinvointia sekä toimintakykyä ja ovat tärkeä osa elämäntyytyväisyyden kokemusta. Harrastukset ja kaikenlainen kulttuuritoiminta tuovat ikääntyneelle mielihyvää sekä tunteen jatkuvuudesta ja uuden kokemisesta. Ne antavat ikääntyneelle myös mahdollisuuden itsensä toteuttamiseen, luovuuteen ja elämyksiin omassa arjessaan, kodissa tai sen ulkopuolella. (Liikanen 2003, 40–41.)

Ikääntymisen myöhemmissä vaiheissa osallistuminen harrastus- tai muihin vapaa-ajan toimintoihin helposti vaikeutuu toimintakyvyn heikentymisen sekä pitkäaikaisten sosiaalisten suhteiden vähenemisen myötä (Pikkarainen 2007a, 97–109). Ikääntyneet luopuvat kin yleensä ensimmäiseksi harrastuksistaan sekä muista vapaa-ajan toiminnoista selviytyäkseen päivittäisistä arki-askareista toimintakyvyn heiketessä. Harrastusten lopettaminen voikin enteillä uhkaavasta toimintakyvyn rappeutumisesta. (Lyyra ym. 2007,97–98.).

Ikäihmisen harrastuksilla on samanlaiset tavoitteet kuin muillakin aikuisikäisillä- henkisen, sosiaalisen sekä fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen (Koskinen 1998,194–195). Harrastukset, aktiivisuus ja muut virikkeet ovatkin tärkeä osa ikääntyneen elämässä. Aktiivinen elämä vanhuus-iässä ylläpitää niin kognitiivista, fyysistä kuin sosiaalistakin hyvinvointia sekä lisää ikääntyneen elämäntyytyväisyyttä. (Lyyra ym. 2007, 80.) Yli 85-vuotialla on todettu vapaa-ajan harrastusten olevan tärkeämpi elämäntyytyväisyyteen vaikuttava tekijä kuin perustoiminnoissa selviytymisellä(Lyyra ym 2007, 99). Aktiivisella osallistumisella ikääntynyt kompensoi menettämiään rooleja uusilla (Tiikkainen & Lyyra 2007, 70–79).

Arjen mielekkyyteen vaikuttavat niin päivittäisistä toiminnoista selviytyminen kuin vaihtelevat harrastukset ja virikkeetkin. Pitkäkestoiset harrastukset kuitenkin ylläpitävät vanhoja rutiineja, taitoja sekä mielihyvää. Harrastukset ovat ikääntyneillä hyvinvoinnin edistäjiä, kun ne ovat vanhukselle itselleen merkityksellisiä. (Lyyra ym.2007, 99–100.)

Vanhusten vapaa-ajan harrasteissa näkyvät vanhusten sosioekonominen tausta, aikaisempi koulutus sekä toimeentulo (Lyyra ym.2007, 99). Yleisimpiä vanhusten vapaa-ajan harrasteita ovat lehtien lukeminen, sekä tv:n katselu. Harrastuksista suosituimpia ovat kotimaan- ja ulkomaan matkailu, kirjojen lukeminen ja käsityöt. Marjastus ja sienestys ovat myös suosittuja vapaa-ajan harrasteita. Radion kuuntelu taas on vähentynyt ja kirjojen luku sekä ulkomaan matkailu ovat lisänneet suosiotaan (Lyyra ym.2007,104). Elinikäisenä, yhä jatkuvana harrastuksena naisilla korostuu käsitöiden tekeminen, kun taas miehet harrastavat liikuntaa. (Ruopila 2002, 132–140.)

Vanhusten hyvä perussairauksien hoito sekä kuntouttava hoitotyö takaavat mahdollisuuden harrastusten jatkuvuudelle. Palvelujen rajaaminen ainoastaan perustoimintojen tukemiseen kuten ruokailemiseen, pesuihin, lääkkeiden antoon sekä muihin arkisiin asioimisiin kapeuttaa vanhusten oma-kuvaa ja saa ikääntyneen tuntemaan itsensä sairaaksi, vanhaksi ja riippuvaiseksi muista. (Lyyra ym. 2007, 107.)

Harrastustoiminnot tulisikin mahdollistaa niin kotona asuville kuin palvelutaloissa ja laitoshoidossa asuville. Mahdollisuus ja pienikin osallistuminen virike- ja harrastustoimintaan antaa tunteen autonomiasta ja laajentaa käsitystä omista kyvyistään sekä elämässä mukana pysymisestä. Laitoshoidossa asuvillekin pitäisi pystyä räätälöimään yksilölliset virike- ja harraste mahdollisuudet Tulisi kuitenkin ottaa huomioon, että joillekin riittävät sellaisetkin vapaa-ajan toiminnot, jotka saattavat muista näyttää passiivisilta ja yksitoikkaisilta. Näiden vanhusten mielenmaailma voi silti olla rikas ja he voivat olla varsin tyytyväisiä elämäänsä. (Lyyra ym.2007, 108–109.) Vapaa-ajan harrastusten tulisikin olla vapaa-ehtoisia, jotta niillä olisi toivottu terveyttä edistävä vaikutus. Näin ollen yksinäisyys ja oleilukin ovat yhtä tärkeitä vapaa-ajan vietto tapoja jos ne ovat vapaaehtoisesti valittuja (Lyyra ym.2007, 111).

Erilaiset aktiviteetit mahdollistavat sosiaalisten suhteiden ylläpitämistä ja laajentamista (Lyyra ym.2007, 80). Tärkeää on myös harrastuksista puhuminen ja niiden muistelemineen. Tämä antaa tunteen osaamisesta sekä taidoista (Lyyra ym.2007,109). Esimerkkejä ikääntyneiden sosiaalisesta aktiivisuudesta ovat; ystävien kanssa yhdessä oleminen, osallistuminen sosiaaliin toimintoihin, ammatillisiin tai sosiaaliin toimintoihin tai sosiaaliseen vuorovaikutukseen muiden kanssa.

Yhteisölliseen toimintaan osallistuminen kertoo minän sosiaalisesta aktiivisuudesta ja näiden toimintojen voidaan katsoa viittaavaan siihen, missä määrin yksilö käyttää mahdollisuuksiaan aktiiviseen osallistumiseen. Kollektiivisessa eli yhteisöllisessä osallistumisessa ihminen toimii ryhmässä ja viettää aikaa toisten kanssa. Ikääntyvät ihmiset osallistuvat aktiivisesti erilaisiin vapaa-ajan toimintoihin. (Pynnönen, Sakari-Rantala & Lyyra 2007, 27- 36.) Palvelutaloissa asuvien vanhuksien on kuitenkin todettu harrastavan vähemmän kuin kotona asuvat. Harrastamisen, matkustamisen sekä tarpeellisuuden tunne mm. lasten lasten kautta voi ylläpitää hyvää toimintakykyä. (Pitkälä & Vaarama 2007,25.)

Sosiaalisella osallistumisella onkin todettu olevan positiivinen vaikutus elinajan ennusteeseen ja sen on todettu vähentävän kuolleisuutta. Miehillä vähäiseen kuolleisuuteen voidaan liittää osallistuminen kulttuuritilaisuuksiin, yhteisöjen ja järjestöjen tilaisuuksiin sekä ravintolassa ja tansseissa käymiseen, kun taas naisilla vähäinen kuolleisuus on yhteydessä osallistumiseen kulttuuritilaisuuksiin, yhteisöjen ja järjestöjen tilaisuuksiin, uskonnollisiin tilaisuuksiin sekä perhetapahtumiin ja kirjastokäynteihin. (Teinonen, Isoaho & Kivelä 2007.)

Ikivihreät- projektiin liittyvän kohorttitutkimuksen mukaan sosiaalisen aktiivisuus on yhteydessä erilaisiin terveysmuuttujiin. Se vähentää kuolleisuutta sekä dementiaan sairastumista, masentuneisuutta ja laitoshoitoon sijoittumisen riskiä. Sosiaalisen osallistuminen onkin positiivisessa yhteydessä itsearvioituun terveydentilan kokemiseen. Vähäisen sosiaalisen, kulttuurisen ja uskonnollisen osallistuminen sekä vähäisten vaikuttamis mahdollisuuksien kokemisella voi olla yhteys suurempaan riskiin sairastua koronaaritautiin. (Pynnönen ym. 2007, 27- 36.)

Vanhuksille on tärkeää päästä myös vanhainkodin ulkopuolella. Leena Paavolan tutkimuksessa; Vanhusten kokemuksia hoitoympäristöstään vanhainkodissa, vanukset olisivat halunneet ulkoilla enemmän kuin pääsivät. Ulkoilun he kokivat virkistävänä, se toi heille tunteen yhteisöön kuulumisesta ja näin he tunsivat itsensä yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä. Vanukset kokivat myös positiivisena, että henkilökunta houkutteli heitä ulos sekä mukaan toimintaan. Toiminnan järjestäminen vanhainkodin ulkopuolelle oli vanhusten mielestä mieluisaa. (Paavola 1995, 56- 60.) Viriketoiminnan jatkuvuus onkin tärkeää vanhuksilla, sen on todettu lievittävän

ikäntyneiden depressiivistä mielialaa (Viramo 1995, 78). Virikkeet sekä muut aktiviteetit ylläpitävät sekä parantavat myös vanhusten toimintakykyä sekä selviytymistä. Viriketoiminnan tulisikin sisältyä jokaisen ikääntyneen arkeen (Viramo 1998,72–84).

Petteri Viramon tutkimuksessa; Vanhakin vertyy, päivä kuntoutuksen ja viriketoiminnan vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn ja terveyteen pohjautui vireyttä vuosiin projektiin, jossa järjestettiin päivä kuntoutusta ja viriketoimintaa kotona, palvelutalossa ja laitoksissa asuville vanhuksille. Tutkimuksessa merkittäviä tuloksia oli mm.tieto että vanhusten toimintakykyyn sekä terveyteen pystytään vaikuttamaan aktiivisella ja monipuolisella kuntoutuksella. (Viramo 1998,72–84.)

2.3 Psyykkinen toimintakyky

Psyykkistä toimintakykyä voidaan tarkastella persoonallisuuden ominaisuuksien sekä mielenterveyden, psykomotorisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Vanhuudessa aiemmat elämäkokemukset sekä ratkaisemattomat ristiriidat tulevat uudelleen esille. Psyykkisen toimintakyvyn tärkein edellytys onkin elämän tarkoituksen löytäminen. (Rissanen 1999, 11-12.) Näin ollen vanheneminen asettaa haasteita myös mielelle (Lyyra ym.2007, 132).

Ikääntyneillä mielentasapainoon vaikuttavat toisten ihmisten suhtautuminen, sairaudet, toimintakyky sekä aistien heikkeneminen. Myös elämäkokemuksilla on suuri merkitys mielenterveyteen. Iäkkäiden paras mielen tasapainon turva on läheiset ihmiset. Läheisillä on suuri mielenterveyttä ylläpitävä vaikutus .(Lyyra ym.2007,139–140.) Ikääntyneen psyykkinen hyvinvointi on myös kognitiivisen toimintakyvyn edellytys (Lyyra ym. 2007,117).

Yleensä ikääntyneet sopeutuvat elämäänsä hyvin, mutta osa tuntee itsensä silti tarpeettomiksi (Vallejo Medina ym. 2005, 57). Psyykkinen vanheneminen on kehitystä, siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Vanhus joutuu sopeutumaan uusiin haasteisiin. Kehon rappeutuminen saattaa aiheuttaa surua ja on opittava hyväksymään iän mukana tuomat luopumiset. (Vallejo Medina ym. 2005, 26.)

Kokemukset toivon tai epätoivon tunteesta vaikuttavat ikääntyneen elämässä selvitymiseen. Toivo antaa luottamusta elämään, onnellisuutta ja hyvää oloa, kun epätoivon kokeminen tuo tunteen epävarmasta tulevaisuudesta, pahasta olosta, masennuksesta ja fyysisistä oireista. Toivoa tuovat mm. hengellisyys, ihmissuhteet, kokemus omasta terveydestä, hyvät muistot, viihtyisä asuinpaikka sekä tunne autonomiasta. (Vallejo Medina ym. 2005, 33.) Myös henkilökunnan kunnioittavalla kohtelulla vanhuksia kohtaan on merkitystä. Etenkin Ystävällisen koskettamisen on todettu olevan välttämätöntä, se tuo läheisyyttä sekä lohdutusta ja sitä kautta vanhukset voivat kokea tulevansa hyväksytyiksi. (Paavola 1995, 38.)

Raijan Viljan tutkimuksessa Huumori vanhusten arkielämässä, tutkittiin huumoria niiden vanhusten arkielämässä jotka asuivat yksin ja viettivät kerran viikossa ohjatun päivän vanhusten päiväkeskuksessa. Tutkimustulosten mukaan huumori koettiin positiiviseksi asenteeksi elämään ja sen koettiin tuottavan myös iloa ja hyvää mieltä. Huumori koettiin ennen kaikkea positiivisena suhtautumisena ja kykynä tuoda esiin asioiden valoisa puoli. Huumorin todettiin olevan keskeinen asia vanhusten keskinäisessä vuorovaikutuksessa, tärkeäksi koettiin myös yhdessä olo. Huumori ilmeni ikääntyneiden arkielämässä koomisina tilanteina ja sitä syntyi myös ammattihenkilöiden, ystävien sekä omaisten kanssa. Huumori ilmeni myös sanoina, lausahduksina, nonverbaalisena ilmaisuna sekä muisteluna. Yhtä mieltä oltiin myös siitä, että huumorin tulisi aina toista ihmistä kunnioittavaa. Huumorin todettiin liittyvän vahvasti myönteiseen vanhuuden kokemukseen. (Vilja 2000, 50- 52.)

Vakavan depressio esiintyvyys yli 65-vuotialla miehillä on 2-3 % ja naisilla 3-5 % (Saarela, 2008). Ongelmana iäkkäiden psyykkisten oireiden kannalta on hankala tunnistettavuus. Monissa maissa on raportoitu itsemurhariskin kasvavan iän myötä, etenkin iäkkäillä miehillä on moninkertainen riski nuorempiin miehiin verrattuna. Iäkkäiden itsemurhan riskitekijöitä ovat miessukupuoli, työelämän päättyminen, leskeksi jääminen, sosiaalinen eristäytyneisyys, mielenterveyshäiriöt, somaattiset sairaudet sekä huoli niistä. (Pitkälä, Isometsä, Henrikson & Lönnqvist, 1999.)

Ikääntyminen on yhteydessä depressiivisten oireiden määrään sekä niissä tapahtuvaan muutokseen. Näin ollen yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet

lisääntyvät myös vanhetessa.(Viramo 1998, 78.) Viimeistään 50-vuoden iässä havaitut löydökset ennustavat hyvinvointia yli 70–80-vuoden iässä (Vaillant & Mukabal 2001).

Palvelutalossa asuvan vanhuksen depressiivisillä oireilla onkin todettu olevan yhteys juuri korkeaan ikään, elämään tyytymättömyyteen, vähäiseen sosiaaliseen osallistumiseen sekä yksinäisyyteen. Depressiivisiä oireita ovat ennustaneet masennuksen oireet, vierailujen sekä harrastusten vähyys, kognitiivinen toimintakyky, heikoksi koettu terveys, yksinäisyys, vähäiset omat vierailut sekä hyvä koulutus. (Karjalainen 1999, 81.) Elämänasenteilla on kuitenkin myös todettu olevan merkitystä kuolleisuuden ja hoitotarpeen kannalta(Pitkälä, Laakkonen, Strandberg & Tilvis 2004).

16 vuoden seurauutkimuksen aikana todettiin että vuodesta 1988 jonkin asteinen masennus oli lisääntynyt ainakin 7 % molemmista sukupuolista vuoteen 2004 mennessä. Vakavaa masennusta esiintyi vuonna 2004 naisilla 13 % ja miehillä 10 %. Masennus yhdistettiin myös ahdistuneisuuden ja yksinäisyyden kokemuksiin. Sukupuolesta riippumatta yksinäisyyttä kokeneiden ryhmissä todettiin olevan yli kaksinkertainen määrä vähintään lievää masentuneisuutta kokeneita verrattuna yksinäisyyttä kokemattomien ryhmiin. Yksinäisyyttä aiheuttaviksi tekijöiksi ikääntyvät kuvasivat; puolison kuoleman, oman sairastumisen, läheisen ihmisen sairastumisen sekä myös paikkakunnan tai asunnon vaihdon. (Heikkinen, & Kauppinen 2008, 74- 75.)

Masennuksen oireet ovat tyypillisiä iäkkäillä ihmisillä. Vanhuksen depressio voi olla vaikea tunnistaa ja usein ruumiilliset oireet peittävätkin depression. Tällaisia oireita voivat olla kivut, luulotautisuus, unihäiriöt, ruokahalunpuute, väsymys ja alkoholismi. (Alihoidetut vanhukset, masennus 2005.) Vanhuksen depression oireisiin kuuluvatkin masentunut mieliala, kinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat ennen kiinnostaneet, vähentyneet voimavarat, poikkeuksellinen väsymys, itseluottamuksen tai omanarvontunteen väheneminen, perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset, toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset, itsetuhoinen käyttäytyminen, päättämättömyys, jahkaileminen, psykomotorinen muutos eli kiihtymys, hidastuneisuus, unihäiriöt, ruokahalun lisääntyminen tai vähentyminen, apaattisuus tai motivaation puute. (Saarela 2008.)

Vanhusten masennusoireet voivat olla yhteydessä huonoon terveydentilaan sekä toimintakyvyn heikkenemiseen. palvelutalossa asuvat vanhukset kokevat psyykkisen hyvinvoinnin kannalta tärkeiksi asioiksi; kohtaamisen, luottamuksen sekä fyysisen toimintakyvyn. Vanhusten masennus voi olla; lievää, pitkäkestoista, elämäntilanteisiin tai terveydentilan muutoksiin liittyvää. Masennus voi olla myös kytköksissä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön. Masennus voidaan tunnistaa potilaan oman havainnon kautta tai seulontakysymysten avulla. Masennuksen tunnistamiseen vaikuttaa myös lääkärin psykitrinen tietotaito sekä potilaan oma asennoituminen. Masennusta tutkittaessa tulisi ottaa huomioon potilaan sen hetkinen elämäntilanne sekä muu terveydentila. (Saarela 2004.)

Depression seurauksena usein laiminlyödään lääkehoitoa ja sairauksien hoitoa, käytetään runsaasti terveystaloutta tai jätetään niiden ulkopuolelle. Myös ravitsemusongelmat lisääntyvät sekä lääkkeiden epätarkoituksen mukaisen käytön on todettu lisääntyvän. Fyysiset sairaudet ja masennus liittyvät usein toisiinsa ja näin ollen myös ikääntyneiden kuolleisuus lisääntyy. Masennuksen riskitekijöihin kuuluvat; fyysiset sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen, äkilliset pitkäkestoiset elämänvaikeudet, alkoholi-ongelmat, lääkehoito, perheväkivalta, laitoshoidon joutuminen tai esim. aviopuolison sairastuminen. Masennustiloja voidaan ehkäistä yhteisökeskeisellä toiminnalla, johon kuuluu myös terveydenhuollon sekä sosiaalitoimen henkilökunnan täydennyskoulutus. Iäkkäiden tukemisella on todettu olevan myönteistä vaikutusta lievien ja keskivaikeiden masennustilojen ilmaantuvuuden vähenemiseen. (Kivelä 2003.) Myös liikuntaryhmistä on saatu näyttöä ikääntyvien masennuksen hoidossa ja ehkäisyssä (Pitkälä ym. 2007).

Viramon tutkimuksessa todettiin kuntoutuksen olevan tärkeää psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Kuntoutuksen menetelmällä tai työskentelytavalla ei tutkimuksessa ollut väliä. Fyysisiin, virikkeellisiin sekä allaskuntoutukseen osallistuneiden depressiivisyys lievittyi yhtä paljon. (Viramo 1998, 79.) Näihin interventioihin osallistuneilla depressiiviset oireet vähenivät sekä psyykkinen toimintakyky parani (Viramo 1998, 43).

2.4 Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky

Kuten jo aikaisemmin todettiin ihminen on psykofyysissosiaalinen kokonaisuus ja siksi on tärkeä tarkastella myös fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä ja sen yhteyksiä sosiaalisiin suhteisiin, harrastamiseen, aktiivisuuteen sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluu niin fyysinen suorituskyky, liikkuminen sekä kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista kuten syömisestä, juomisesta, nukkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä ja liikkumisesta. (Rissanen 1999, 8.)

Ikääntyvät kuvaavat vanhenemista luonnollisena ja väistämättömänä tapahtumana. Yleisesti ottaen vanheneminen koetaan positiiviseksi asiaksi. Erityisesti silloin vanheneminen koetaan hyväksi, jos vanhenemisestä voi nauttia ilman suurempia vaivoja. myös muiden ihmisten myönteiset asenteet ikääntyneitä kohtaan vaikuttavat positiivisesti asenteisiin ikääntymistä kohtaan. (Juvakka. 2005, 33- 35.)

Ikääntyneillä ihmisillä jo kohtalainen fyysinen aktiivisuus ehkäisee elimistön toiminnan heikkenemistä ja lisää toimintakykyisiä elinvuosia. Liikunnalla on näin ollen keskeinen merkitys niiden tekijöiden joukossa, jotka selkeästi ylläpitävät ikääntyneiden toimintakykyä. Toimintakyky ja toiminta esimerkiksi liikunta ja laajempikin fyysinen aktiivisuus ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa nähden. Toiminta voi ylläpitää ja palauttaa sekä vaurioittaa toimintakykyä. Toimintakyvyn taustalla on usein perinnöllisiä elinoloihin että ja elämäntapoihin esimerkiksi nautintoaineiden käyttöön liittyviä tekijöitä. Toiminnasta saatu palaute vaikuttaa motivaatioon ja tavoitteiden asettamiseen. (Heikkinen & Ilmarinen 2001)

Liikunnan positiiviset vaikutukset iäkkäiden hyvinvointiin konkretisoituvat selkeimmin päivittäisiä toiminnoista selviämisessä. Omatoimisuuden taustalla on monia eri tekijöitä, joista tärkeimpiä yksilöön liittyviä ovat; fyysinen ja havaintomotorinen suorituskyky, kognitiiviset toiminnot sekä aistitoinnot, mieliala ja sairaudet (Heikkinen & Ilmarinen 2001).

Päivittäisen liikunnan harrastamisen onkin todettu vähenevän iän myötä etenkin 85 ikävuoden jälkeen . Joka toisella on havaittu myös jonkin näköisiä

toimintakykyvaikeuksia. Erityisen raskaaksi koetaan raskaat kotityöt, siivous, asiointi sekä ruoan laitto. Myös puutteellinen asunto tai elinympäristö vaikeuttaa joka viidennen ikääntyvän itsenäistä selviytymistä. Ongelmat toimintakyvyssä varjostavat ikääntyneiden arkea, toimintakyvyssä ilmenneiden ongelmien vuoksi yhä tavallisemmin joudutaan hakemaan ulkoista apua (Rajaniemi 2004, 172- 177).

Ikääntyessä monet toimintakyvyn alueet heikkenevät; muutosten alkamisajankohta sekä niiden nopeus ja vaikutukset päivittäisistä toiminnoista selviämiseen vaihtelevat yksilöittäin ja samallakin yksilöllä. Useiden muiden tekijöiden ohessa liikunnan määrän, laadun ja laajemmankin fyysisen aktiivisuuden on todettu vaikuttavan siihen, miten toimintakyvyn eri alueet muuttuvat ikääntyessä (Heikkinen & Ilmarinen 2001).

Erilaisten menneisyyden ja nykyisyyden kokemukset ovat yhteydessä ikääntyneen kykyyn huolehtia itsestään. Menneisyyden ja nykyisyyden kokemukset voidaan jaotella itsestä huolehtimista vahvistaviin, horjuttaviin sekä murtaviin tekijöihin. Ikääntyneen itsestä huolehtimista vahvistaviin tekijöihin kuuluvat luottamus elämään, yhteenkuuluvuden tunne läheisten kanssa sekä elämäntapahtumien luonnollinen kokeminen. Vahvistavina tekijöinä on pidetty myös paikkansa löytämistä, omien tunteiden tunnistamista sekä vastuullisuuden kokemista. Ikääntyneet ovat kokeneet tärkeänä myös elämän merkityksellisyyden löytämisen, hengellisyyden sekä tasa-arvon ja luottamuksen kokemuksen terveydenhuoltoalan henkilökuntaan. Ikääntyvän itsestä huolehtimisen horjuttavia tekijöitä ovat; epävarmuus, tunne siitä että lapsuus ja nuoruus jäivät kokematta, ulkopuolisuus, vetäytyminen sosiaalisista kontakteista ja erilaisista toiminnoista sekä epäluuloinen asenne terveysalan työntekijöitä kohtaan. Itsestä huolehtimista murtavia tekijöitä ovat epäluottamus, ihmissuhdevaikeudet, toimintakyvyn lasku ikääntyessä, avuttomuuden kokemukset sekä itsensä kadottaminen joka näyttäytyy haaveista luopumisena sekä pettymisenä itseensä. (Backman 2005, 120- 128.)

Palvelutaloissa asuvien huonon fyysisen toimintakyvyn onkin todettu olevan yhteydessä mm. huonoksi koettuun tervedentilaan, harrastusten puutteellisuuteen sekä vähäisiin omiin vierailuihin ja vähäiseen sosiaaliseen osallistumiseen. Heikkoa toimintakykyä on näin ollen todettu ennustavan korkea ikä, aiempi heikko fyysinen

toimintakyky, masennus, lääkkeiden käyttö sekä harrastusten vähyys. (Karjalainen 1999,81.)

Fyysisen toimintakyvyn rajoitusten, rajoittuneen ulkona liikkumiskyvyn, toiminnanvajeen ja riippuvuus ulkopuolisesta avusta saattaa olla ennuste laitoshoitoon sijoittumisesta. Myös kognitiivisen toimintakyvyn rajoitusten on todettu lisäävän ennustetta laitoshoitoon sijoittumisesta. (Pynnönnen, Sakari- Rantala & Lyyra 2007, 27- 36.)

Toimintakyvyn ongelmien on todettu lisääntyneen niillä ikääntyvillä jotka ovat masentuneita ja kärsivät muistiongelmista sekä näkevät huonosti. Myös sairauksien ja elintapojen on todettu ennakoivan toimintakyvyn laskemista. Heikko arjessa suoriutuminen on yhdistetty sosioekonomiseen asemaan. Yksinasuvien on todettu selviytyvän huonommin päivittäisistä askareista, sosiaalisilla suhteilla taas on todettu olevan toimintakyvyn ongelmia ehkäisevä vaikutus. Väsyneeksi itsensä kokevat vanhukset suoriutuvat muita huonommin arjessa ja kärsivät toimintakyvyn ongelmista. (Mäkelä, Karisto, Valve & Fogelholm 2006, 182- 190.)

Apuvälineiden käyttö on koettu vanhetessa välttämättömänä mutta toisaalta koetaan myös että niiden käyttö saattaa ajoittain hankaloittaa tai rajoittaa asioiden hoitamista. Myös aistitoimintojen sekä muistin heikkenemisen on koettu rajoittavan elämää ja aiheuttavan avuttomuuden tunteita. Ikääntyneet kuvaavat muistin heikkenemistä asioiden ja tekemisten unohtamisena. Muistin heikkeneminen on voitu kääntää myös positiiviseksi asiaksi jonka tuo huumoria elämään. (Juvakka 2005, 28- 35.)

Naiset ovat keskimäärin miehiä kiinnostuneempia terveydestään ja terveyselämäntyylistään, vaikka naiset ovakin liikunnallisesti vanhana passiivisempia kuin miehet. Liikkumisesta motivoitumiseen vaikuttavat esim. usko terveysvaikutuksiin, ulkonäköön, liikunnasta saatavaan nautintoon, sosiaalinen vuorovaikutus, stressin laukaisu, haasteet, omien taitojen kehittyminen sekä muut saavutukset. (Pohjalainen & Pitkälä, 2006, 8.)

Kognition heikkenemisellä on merkittävä vaikutus toiminnanvajeisiin, avuntarpeeseen ja erityisesti laitoshoitoon johtava riskitekijä kaikkein vanhimmilla henkilöillä.

Kognition kuntouksesta ja kognitiivisesta harjoittelusta on tullut viime vuosina esille merkittäviä tutkimuksia, joiden mukaan muistitoimintojen harjoittelu on hyödyllistä ja pitkävaikutteisista. Liikunta ylläpitää kognitiivisia toimintoja myös dementiaa sairastavilla. (Pitkälä, Eloniemi- Sulkala, Huusko, Laakkonen, Pietilä, Rainio, Routasalo, Saarenheimo, Suvikko, Strandberg & Tilvis 2007.)

Kognitiivisten toimintojen muutokset alkavat eri ikävaiheissa ja voivat olla hyvinkin erisuuruisia. Ensimmäiset muutokset liittyvät yleensä uuden oppimiseen ja ongelmien ratkaisukykyyn. Kielellisissä taidoissa muutokset ilmenevät hyvinkin myöhään. (Lyyra ym. 2007, 117.) Kognitiivisten taitojen harjoitus kuitenkin vaikuttaa myönteisesti niiden säilyvyyden kannalta myös iäkkäänä (Lyyra ym.2007,121).

Selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista heikkenee ihmisten ikääntyessä ja vanhenemisprosessin edetessä. Ikääntyneiden päivittäistä selviytymistä vaikeuttavia tekijöitä ovat mm. huono liikuntakyky, huimaus sekä voimattomuus. Sairaudet aiheuttavat ikääntyneille itsehoitovajasta. Keskeinen merkitys on kuitenkin sillä, minkälaiseksi vanhus itse arvioi oman terveystensä. Sosiaali-, - ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömät vanhukset arvioivat terveydentilansa ja toimintakykynsä paremmiksi kuin palveluita käyttäneet. Omatoimisuus ja sen mahdollisimman monipuolinen tukeminen auttavat ikääntyneitä selviytymään mahdollisimman pitkään kotona (Roine, Tarkka & Kaunonen 2000, 312- 321).

Myös ruokailulla on yhteys toimintakyvyn ylläpitämiseen. Se on tärkeä osa ikääntyneiden kuntoutusta sekä aktivoimista. Tämän vuoksi tulisikin kiinnittää huomiota ruokailuympäristöön ja sen ilmapiiriin, riittävien ravintoaineiden saantiin sekä lihasvoimaharjoitteluun. (Vallejo Medina ym.2005,70.)

Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointia varten on myös kehitetty erilaisia mittareita. Mittarin valinta riippuu onko kyseessä itsenäinen, kotona asuva vanhus, kotipalvelun avuin pärjäävä vai laitoshoidossa oleva sekä siitä mitä on tarkoitus mitata. Erilaisia mittareita on mm. RAVA-indeksi, joka toimii apuna laitoshoidon arvioitaessa. Fyysistä toimintakykyä voidaan mitata esimerkiksi Lawtonin, Barthelin tai Brodyn-mittareilla. Kognitiivisia toimintakyvyn mittareita ovat mm. MMSE, GDS ja CERAD. Pitkäaikaisseurannassa voidaan käyttää esim. MDS-mittaristoa, jolla

arvioidaan kotihoidossa tai laitoshoidossa olevien ikääntyneiden toimintakykyä. (Pitkälä 2007.)

Vanhusten toimintakyky on kuitenkin parantunut ja on ennustettavissa, että se tulee paranemaan vielä tulevaisuudessakin. Palveluiden on ennustettu siirtyvän yhä kauemmas ja näin ollen ennenaikainen riippuvuus muiden avusta kasvaa. Tällä hetkellä vanhimmista ikäluokista asuu huonokuntoisia henkilöitä kotona enemmän kuin aikaisemmin. Apuvälineitä onkin tarjolla yhä enemmän. Palveluyhteiskuntaan tottuneet suuret ikäluokat odottavatkin tulevaisuudessa parempaa palvelua vanhuudessaan kuin nykyiset sukupolvet, myös toimintakyvyn tukemisen kannalta. (Pitkälä & Vaarama 2007, 25.)

3 KOTKAN KAUPUNGIN HOIVAPALVELUIDEN JA PALVELUTALOYHDISTYS KOSKENRINNE RY:N ESITTELY

Opinnäytetyön tekijät olivat yhteydessä Kotkan kaupungin hoivapalveluiden sekä palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n työelämäntahoihin koko opinnäytetyön tekemisen ajan. Ennen ensimmäistä tapaamista työelämäntahojen kanssa opinnäytetyön tekijät olivat tietoisia siitä, että hoivakodit laatisivat asukkaalleen laadun varmistukseen liittyvän asiakaskyselyn josta opinnäytetyön tekijä tekisivät yhteenvedon ja saisivat luvan käyttää kyselyn aineistoa osana opinnäytetyötä.

Ensimmäinen tapaaminen työelämän tahojen kanssa oli syyskuussa 2008. Tällöin paikalla oli useampi työelämäntaho Kotkan kaupungin sekä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n yksiköistä sekä opinnäytetyön ohjaaja. Tapaamiseen oli valmistauduttu suunnittelemalla opinnäytetyön aihetta, joka siinä vaiheessa oli vanhuksen psykosiaalinen toimintakyky. Aiheeseen oli perehdytty kirjallisuuden ja muutamien tutkimusten pohjalta sekä mietitty teemoja, jotka olivat ihmissuhteet, masennus ja muut mielenterveysongelmat, seksuaalisuus, päihteiden käyttö, harrastaminen ja muu viriketoiminta, toimintakyvyn ylläpito/vaikutus, hengellisyys ja turvallisuus.

Seuraava tapaaminen oli lokakuun 16.päivä, jossa osallistujat olivat samat kuin ensimmäisessä tapaamisessa. Tähän tapaamiseen oli etsitty tutkittua tietoa psykososiaalisen toimintakyvyn eri teemoista ja aiheet esiteltiin näyttöön perustuvan tiedon pohjalta (Pitkälä & Vaarama 2007 ; Teinonen, Isoaho & Kivelä 2007; Karjalainen 1999 ; Saarela 2008). Työelämän tahojen kanssa päätettiin yksiköt joihin haastattelut tehdään ja sovittiin yhdessä mitkä psykososiaalisen toimintakyvyn osa-alueista vastaisivat heidän tarpeitaan. Yksiköiden valintaan vaikutti haastateltavien saatavuus mahdollisimman aikaan ja paikkaan orientoituneista vanhuksista, jotka kykenivät keskustelemaan ja osallistumaan haastatteluihin. Yksiköiksi valittiin Karhuvuorikodin 3.kerros sekä Karhula-kodin kotipalvelupuoli ja aiheeksi rajattiin hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky teemoilla; Ihmissuhteet, harrastukset, virikkeet ja aktiviteetti, psyykinen hyvinvointi sekä toimintakyky. Myöhemmin nämä teemat muotoutuivat vielä seuraavasti: Sosiaalinen toimintakyky, harrastukset, virikkeet ja aktiviteetit, psyykinen toimintakyky, fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky.

Marraskuun 2008 aikana tustumiskäynnit tehtiin palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n Karhula-kotiin, sekä Kotkan kaupungin Karhuvuorikotiin. Seuraava työelämän tapaaminen oli 5. joulukuuta 2008 jolloin opinnäyetytyön tekijät saivat hoivapalvelukyselyn vastaukset ja niistä tehtiin yhteenvedot vuoden 2008 loppuun mennessä. Tapaamiseen valmistauduttiin etsimällä lisää tutkittua tietoa psykososiaalisen toimintakyvyn teemoihin liittyen.

3.1 Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry

Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry on perustettu vuonna 1945, ja sen jäsenmäärä on 158. Koskenrinne yhdistyksen toiminta-ajatuksena on tuottaa ikääntyneille turvallisia, yksilöllisiä ja laadukkaita asumis- sekä hyvinvointipalveluja. Toimintatapana on toimia avoimesti ja asiakaslähtöisesti toteuttaen yhdistyksen strategiaa ja noudattaa yhteisesti hyväksytyjä arvoja, joita ovat; arvostus, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, valinnanvapaus, moniarvoisuus ja oikeudenmukaisuus. (Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry 2008.)

Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n yksiköitä ovat Kotka-Koti, Koskenriteen Koti, Karhula-Koti, Sapokan Helmi sekä Karhunkulman kohtaamispaikka.

Opinnäytetyön ryhmähaastattelut tehtiin Karhula-Kodin palveluasumisen puolella.

Palveluasuntoja on yhteensä 31 ja niihin kuuluu yksiö 40 m² tai kaksio 53 m² ja tupakeittiö. Asunnoissa on parvekkeet sekä turvaphelinjärjestelmä.(

Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry 2008.) Palveluasumiskotien lisäksi Karhula-Kodissa on 28 ryhmäkotiasuntoa, joihin kuuluu 14 ryhmäkotiasuntoa Rauhalan puolella ja 14 ryhmäkotiasuntoa Turvalan puolella. Ne ovat tarkoitettu

ympärivuokautista hoitoa tarvitseville asukkaille. Asukkailla on oma

WC/kylpyhuoneella varustettu huone. Oleskelu- ruokailutilat ovat yhteiset. Karhula-Kodissa on runsaasti erilaista kerho- sekä viriketoimintaa.(Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry 2008.)

Hoiva-palveluyksiköissä palvelut annetaan asukkaille tehostettuna kotihoitona.

Tehostettuna kotihoitona asukkaat saavat yksilöllisistä tarpeista lähteviä hoivan ja huolenpidon palveluita. Kotkan kaupunki on ostanut vuokrasopimuksella

ryhmäkotipaikat joita koskenrinteen ryhmäkodeissa on 73. Hoivapalveluyksiköissä asuville asukkaille on siis tehty henkilökohtainen palvelupaketti, joista

maksupäätökset tekee kaupungin kotipalveluohjaaja. Hoivapalveluissa painopisteenä ovat kuntouttava hoitotyö sekä dementiahoito. (Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry 2008.)

3.2 Kotkan kaupungin hoivapalvelu yksiköt

Kotkan kaupungin hoiva-asuminen kuuluu vanhustenhuollon vastuualueeseen.

Asiakkaat asuvat omissa asunnoissaan ja hoito on ympärivuorokautista. Asunnoista maksetaan vuokraa ja palvelut ovat maksullisia. Hoivapalveluissa palveluideana onkin laadukas hoito, sekä palvelu asukkaan omatoimisuutta ja toimintakykyä tukien.

Kotkan kaupungin hoivapalveluiden tarkoituksena on tarjota ympärivuorokautista

hoitoa ja hoivaa paljon apua tarvitseville asukkaille, jotka eivät selviydy kotihoidossa

ja olisivat muutoin avun tarpeessa. Kotkan kaupungin hoiva-asumisen yksiköihin

kuuluu Karhuvuorikodin 2., 3., ja 4.kerros., Pihkapolun hoivakodin 1., 2., ja 3 kerros.,

Ilmarikoti, Oivakoti, sekä Saarnikodin 3., 4., 5., ja 6. kerros. (Kotkan kaupunki.)

Opinnäytetyön ryhmähaastattelut tehtiin myös Karhuvuorikodin 3. krs:ssa. Karhuvuorikodissa asukkailla on omat yhden hengen vuokrahuoneet, joissa on wc- sekä suihkutilat. Tavoitteena on antaa hoivaa ja huolenpitoa kodinomaisessa ympäristössä, vastata sairaanhoidollisiin tarpeisiin ja tukea kuntoutumista asukkaiden yksilölliset tarpeet huomioiden. Toiminta on yksilöllistä ja asukaslähtöistä. Päivittäiset virikehetket, seurustelu, ulkoilu, TV:n ja elokuvien katselu sekä lepoa hetket omassa huoneessa ovat hoivakodin arkea. Asukkailla on mahdollisuus osallistua myös talon yhteisiin tilaisuuksiin. Hoivakoti on tarkoitettu asukkaille, jotka eivät selviydy kotihoitossa. (Kotkan kaupunki.)

4 KYSELY HOIVA-ASUMISEN ASIAKKAILLE

Kotkan kaupunki ja Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry olivat laatineet laadun varmistukseen liittyvän kyselylomakkeen hoiva-asumisen asukkaille ja toteuttivat ne yksiköissään loka-marraskuun aikana 2008. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää Kotkan kaupungin hoiva-asumisen ja Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n asiakkaiden tyytyväisyyttä saamastaan hoidosta ja huolenpidosta ja näin ollen mahdollisesti kehittää toimintaa Kotkan kaupungin hoiva-asumisen ja Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n yksiköissä. Opinnäytetyön tekijät sopivat työelämän tahojen kanssa kyselyiden yhteenvetöjen tekemisestä ja luvasta käyttää kyselyjä osana opinnäytetyötä.

4.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kyselyn kohderyhmänä olivat Kotkan kaupungin hoivakodit; Pihkapolku 1., 2. ja 3 krs, Karhuvuorikoti 2. ja 3 kerros, Ilmarikoti, Koivulakoti, Oivakoti sekä Palvelutalo KOSKENRINNE ry:n hoivakodit; Kotka-Kodin kotipalvelu, Koskenrinne, Koskenrinteen hoivapuoli, Karhula-Kodin avopuoli ja Karhula-Kodin hoivapuoli. Kyselyyn vastasi yhteensä 193 vanhusta. Varmaa tietoa, siitä kuinka monelle kyselyt oli jaettu, ei ole tietoa. Opinnäytetyön tekijät saivat täytetyt kyselyt vuoden 2008 lopussa. Kyselyssä selvitettiin asukkaiden tyytyväisyyttä hoivapalveluasumiseen monivalintakysymyksillä sekä kahdella avoimella kysymyksellä (liite 6).

Monivalintakysymyksillä selvitettiin mm., miten tyytyväisiä asukkaat olivat sen hetkiseen hoitoonsa, kuinka turvalliseksi he olonsa tunsivat ja kuinka ammattitaitoista ja ystävällistä henkilökunta oli. Avoimilla kysymyksillä selvitettiin, mitä asukkaiden mielestä on hyvä hoito ja mitä asukkaat toivoisivat kehitettävän.

Tyytyväisyyskyselyyn vastanneiden kohderyhmästä nousi otanta tämän opinnäytetyön ryhmähaastatteluja varten.

4.2 Aineiston analyysi

Monivalintakysymykset analysoitiin laskemalla vanhusten samanlaisten vastausten määrä. Vastaukset analysoitiin manuaalisesti. Analysoinnissa käytettiin apuna tyhjää kyselykaavaketta, johon merkattiin tukkimiehenkirjanpidolla kunkin vastausvaihtoehdon vastausten määrä. Monivalintakysymysten vastauksista tehtiin yhteenvedot yksikkökohtaisesti, Kotkan kaupungin ja Palvelutalo KOSKENRINNE ry:n yksiköistä erikseen sekä kaikista vastauksesta yhteisen yhteenvedon. Yhteenvedot tehtiin taulukko muotoon ja laskettiin vastauksista prosenttimäärät (liite 7).

Yhteenvedot lähetettiin työelämän tahoille sähköpostitse.

Tyytyväisyyskyselyn avoimet kysymykset analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja järjestelmällisesti, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Saaranen & Puusniekka 2006.) Sisällön analyysilla edetään lähtemällä itse aineistosta. Analyysi prosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelyä ja lopuksi abstrahointina. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3-12).

Avoimien kysymysten vastaukset luettiin useamman kerran läpi, jonka jälkeen avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin koneelle allekkain otsakkeiden mitä mielestänne on hyvä hoito ja mitä toivoisitte kehitettävän tai parannettavan alle. Vastauksista tuli yhteensä 6 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1. Vastauksista alleviivattiin erivärisillä kynillä samaa tarkoitattavia ilmauksia. Samaa tarkoittavat alkuperäis ilmaukset ryhmiteltiin uudestaan allekkain, jonka jälkeen vastaukset pelkistettiin, ryhmiteltiin yläkategoriksi ja lopuksi yhdistäväksi kategoriaksi.

4.3 Tulokset

Kyselyyn hoiva-asumisen asukkaille vastasi yhteensä 193 vanhusta (N=193). Kyselyssä hoiva-asumisen asukkaille avoimilla kysymyksillä kysyttiin mitä mielestänne on hyvä hoito ja mitä toivoisitte kehitettävän tai parannettavan. Monivalintakysymyksillä selvitettiin mm. miten tyytyväisiä asukkaat olivat sen hetkiseen hoitoonsa, kuinka turvalliseksi he olonsa tunsivat ja kuinka ammattitaitoista ja ystävällistä henkilökunta oli. Avoimien kysymysten sekä monivalintakysymysten tulokset on kuvattu sanallisesti sekä avoimet kysymykset lisäksi kuvissa 1 ja 2.

Avoimien kysymysten osalta vanhusten mielestä hyvä hoito oli kytköksissä hoitajiin, ympäristöön, hoitoon ja ravitsemukseen liittyviin tekijöihin. Hoitajien ominaisuuksista tärkeitä olivat ystävällisyys, ammattitaito, miellyttävyyys, tuttuus, huolehtivaisuus sekä kokemus. Myös hoitohenkilökunnan määrä ja läsnäolo koettiin tärkeiksi (kuva 1).

Ympäristön vaikutuksesta hyvän hoidon kokemukseen olivat ympäristön puitteet, kuten saunominen, siisteys turvallisuus sekä riittävät virikkeet. Hyvän hoidon kokemukseen vaikuttivat lääkäriin pääsy tarvittaessa, hyvä perushoito, puhtaus, ihon hoito, lääkehoidon toteutuminen kuten hyvä lääkehoito ja lääkkeiden saanti. Muita hoitoon liittyviä tekijöitä olivat asioiden selkeys, yksilöllinen hoito sekä ohjaus. Ravitsemus koettiin myös osana hyvän hoidon kokemusta Ravitsemukseen ja sitä myöten hyvään hoitoon vaikuttavia tekijöitä olivat ruuan määrä, laatu ja ylipäätänsä ruuan saaminen.

Kaikki vastanneet eivät kuitenkaan osanneet sanoa mitä heidän mielestään hyvä hoito piti sisällään. Myös sen hetkiseen hoitoon sisällytettiin kaikki hyvän hoidon kriteerit.

Asukkailta haluttiin selvittää myös hoidon kehittämisen tarpeita. Vastauksista nousi esille toivomuksia virikkeiden, harrastusten ja aktiviteettien suhteen, sekä ympäristöön, hoitoon ja ravitsemukseen liittyviä tekijöitä (kuva 2). Harrasteiden suhteen toivottiin erilaisia virikkeitä ja toimintoja lisää kuten lehdenlukua, laulamista, kerhoja, saunomista sekä muuta erityisohjelmaa. Yhteinen tekeminen, terapia ja kuntoutus koettiin myös kehittämisalueiksi. Vanhukset kokivat ulkoilun sekä talonulkouolisen toiminnan kuten ostoksilla käymisen liian vähäiseksi.

Ympäristötekijöistä kehitettävää löytyi vanhusten mielestä turvallisuudesta. Ympäristön puitteita toivottiin myös paremmiksi.

Hoitoon vaikuttaviin tekijöihin haluttiin parannusta yksilöllisen hoidon osalta. Vanhusten mielestä hoito ei ollut tarpeeksi yksilölähtöistä. Vanhukset toivoivat henkilökunnan huomioivan paremmin vanhusten omat toiveet ja tarpeet sekä korkean iän. Lääkehoitoon liittyen kehitettävää löytyi myös. Vanhukset kokivat, että lääkeiden jakoon ja itse lääkehoitoon piti saada tarkennusta. Tiedottamista pidettiin myös yhtenä kehittämisalueena. Tiedonkulkua haluttiin sujuvammaksi sekä tiedottamista omaisille paremmaksi.

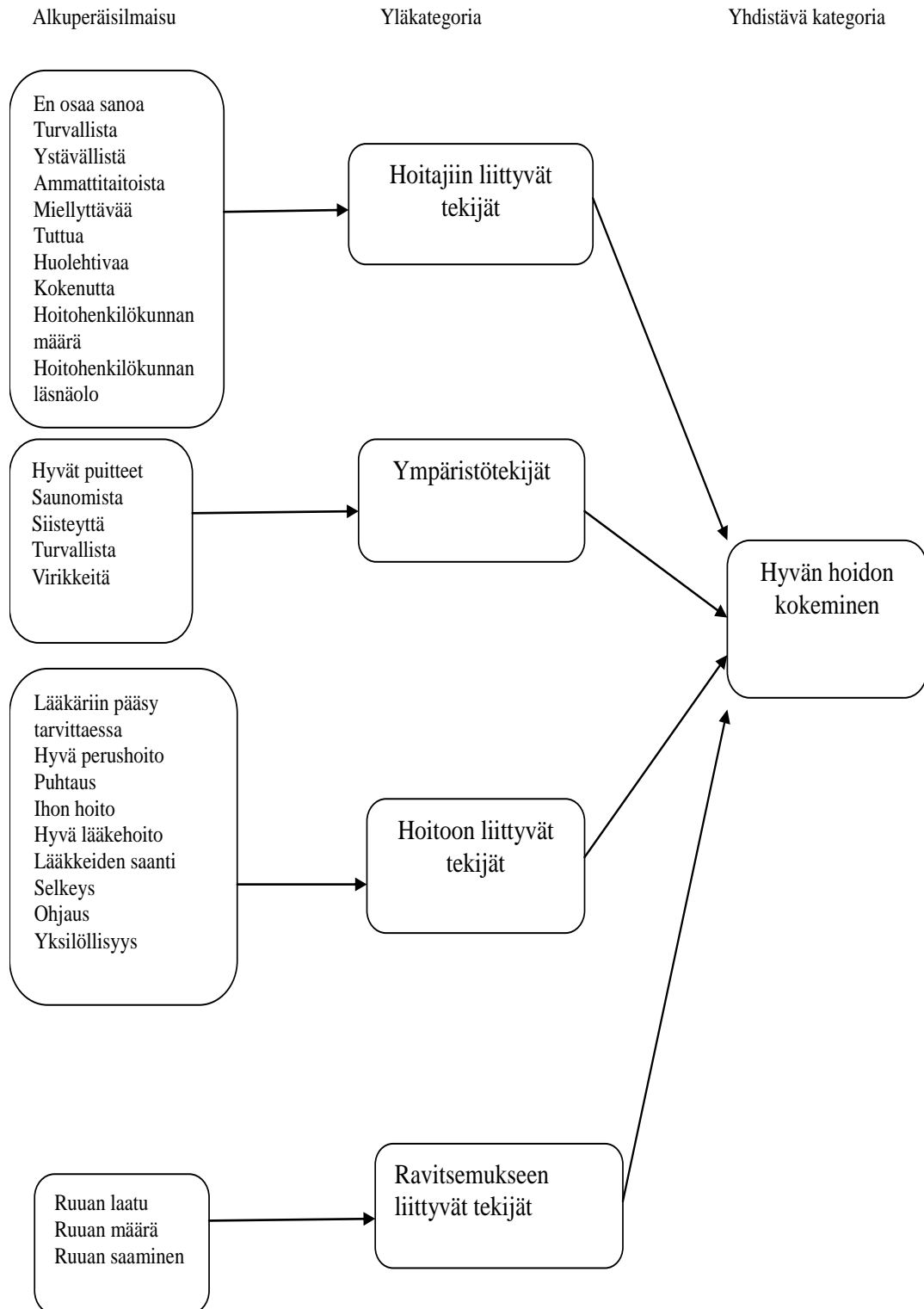
Ravitsemukseen liittyviin tekijöihin haluttiin parannusta ylipäättänsä ruuan saamisen ja laadun suhteen. Ruuan laatua ei koettu tarpeeksi hyvänä, ruokaa toivottiin lisää ja useammin. Ruokailutilanteissa oli myös parantamisen varaa. Ne piti saada vanhusten mukaan sujuvammiksi.

Yhdeksi hoitotyön kehittämistarpeeksi asukkaat nimesivät henkilökuntaan liittyviä tekijöitä. Hoitohenkilökuntaa koettiin olevan liian vähän ja henkilökuntaa toivottiinkin lisää. Henkilökunnalla vanhukset tarkoittivat niin hoitajia kuin lääkäreitäkin. Lääkäreitä olisi toivottu osaksi hoivakodin henkilökuntaa.

Vastanneissa oli myös vanhuksia jotka eivät osanneet sanoa mitä haluaisivat kehitettävän ja joukossa oli myös hoivakodin puitteisiin ja palveluihin varsin tyytyväisiä vanhuksia. Heidän mielestään mitään ei tarvinnut kehittää vaan kaikki asiat olivat niin hyvin kuin mahdollista.

Monivalintakysymyksiin vastanneista 87 % (n= 167) oli tyytyväisiä sen hetkiseen hoitoonsa. Vaikka avoimien kysymysten osalta vanhukset nimesivät yhdeksi hoitotyön kehittämistarpeeksi turvallisuuden, monivalintakysymysten osalta 90 % (n=173) vastanneista koki olonsa hyvin turvalliseksi. Virikkeissä ja toiminnassa koettiin jossain määrin kehitettävää. Monivalintakysymyksiin vastanneista 20 % (n=38) koki niiden määrän riittämättömiksi.

Vastanneet kokivat hoivakotien henkilökunnan ja hoidon hyväksi. 87 % (n=167) mielestä henkilökunta oli ammattitaitoista ja 90 % (n=173) mielestä ystävällistä. 80 % (n=154) vastanneista koki myös että yksilölliset tarpeet huomioidaan hyvin vaikka avoimien kysymysten tuloksissa yksilöllisessä hoidossa oli vanhusten mielestä kehittettävää. 80 % (n=154) koki myös saavansa riittävästi ohjausta ja neuvontaa.

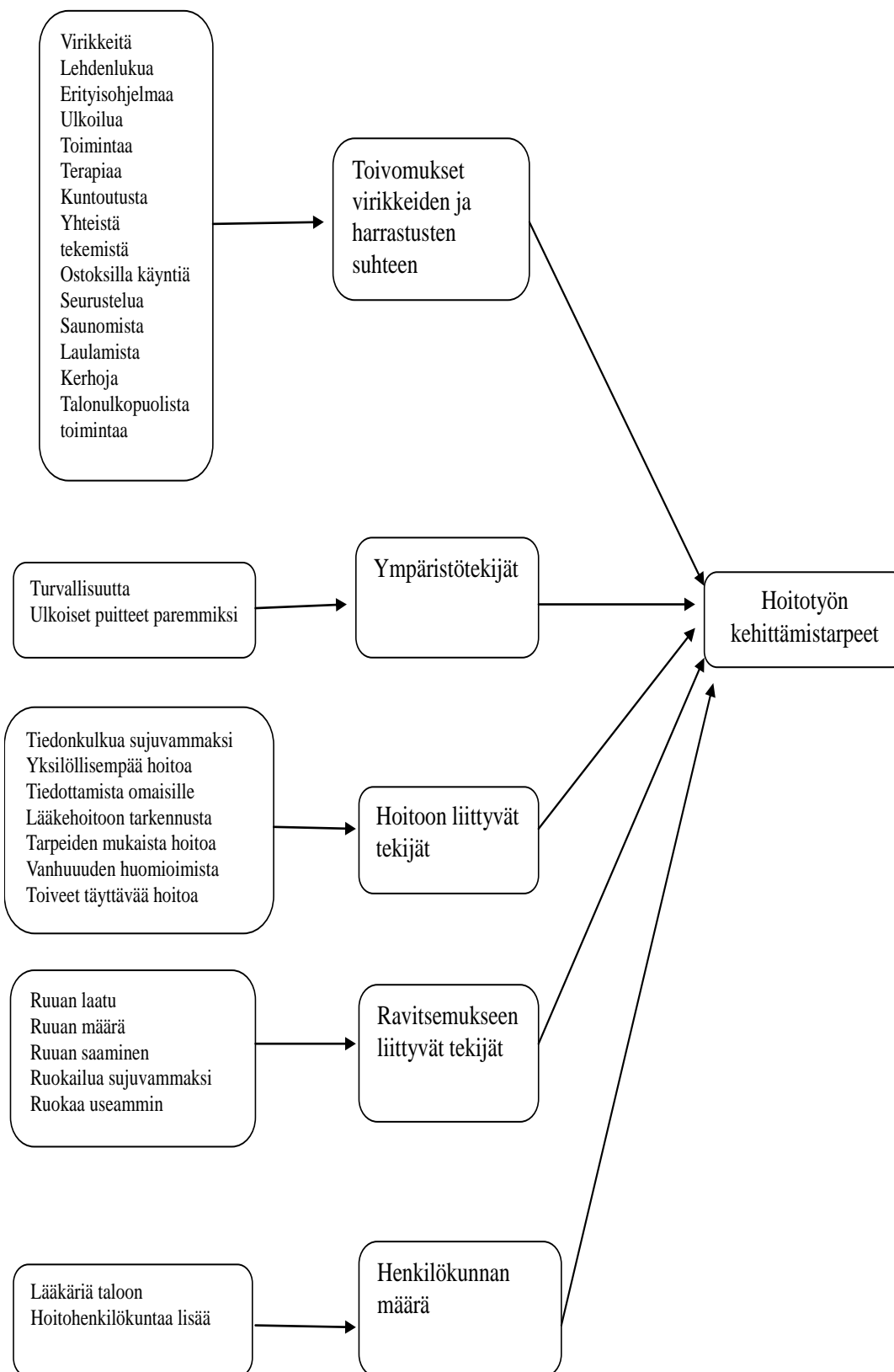


Kuva 1. Vanhusten kokemukset hyvästä hoidosta

Alkuperäisilmaisu

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria



Kuva 2. Vanhusten kokemukset hoitotyön kehittämistarpeista

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoivakodissa asuvien vanhusten kokemuksia psykososiaalisesta toimintakyvystään. Tutkimuksessa pyrittiin löytämään ikääntyneiden kokemuksia toimintakyvyn eri osa-alueista: sosiaalisesta toimintakyvystä, aktiviteetista, harrastuksista ja virikkeistä, psyykkisestä toimintakyvystä sekä fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä. Tulosten pohjalta luotiin malli, jolla hoivakodit voivat arvioida ja tunnistaa asukkaidensa hyvinvoinnin tarpeita ja näin ollen myös parantaa hoitotyötä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Miten vanhukset kokevat sosiaalisen toimintakykynsä sekä yksinäisyyden tunteen?
2. Miten vanhukset kokevat harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden sekä laadun?
3. Millaisena vanhukset kokevat psyykkisen toimintakykynsä?
4. Millaisena vanhukset kokevat fyysisen ja kognitiivisen toimintakykynsä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna

Opinnäytetyön aineiston keruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu ryhmähaastatteluna, sillä haluttiin, että tutkittavien oma ääni pääsee esille, ja tarkoituksena oli myös herättää keskustelua haastateltavien välille (vrt. Hirsjärvi ym. 2002,155).

Teemahaastattelulla tarkoitetaan puolistrukturoitua haastattelumenetelmää. Haastattelun aspekti, aihepiirit sekä teemat ovat kaikille samat. Kysymykset ovat ennalta määrättyjä, mutta haastattelija voi vapaasti vaihdella niiden sanamuotoja. Haastateltavat voivat vastata omin sanoin kun vastauksia ei ole sidottu valmiisiin vastausvaihtoehtoihin. Teemahaastattelun keskeisiin vaiheisiin kuuluu tutkijan kokemus tilanteesta, perehtyneisyys tutkittavan ilmiön keskeisiin osiin, rakenteisiin, prosessiin sekä kokonaisuuteen. Teemahaastattelu on suotuisa menetelmä tilanteissa jossa tutkitaan arkoja, henkilökohtaisia tai vaikeita aiheita tai vastaavasti halutaan nähdä haastateltava henkilö subjektina haastattelutilanteessa. (Hirsjärvi & Hurme. 2001, 35- 37, 47–49.)

Teemahaastattelun katsottiin soveltuvan opinnäytetyön menetelmäksi, sillä teemat nousivat selkeästi tutkimustehtävistä. Haastateltavat pystyivät vapaasti keskustelemaan teemojen aiheista eikä vastaukset olleet sidottuja valmiisiin vastausvaihtoehtoihin vaikka apukysymyksiä kysyttiinkin ajoittain. Teemat käsittivät myös arkaluontoisia ja henkilökohtaisia aiheita, joten teemahaastattelu soveltui hyvin menetelmäksi (vrt. Hirsjärvi & Hurme 2001).

Ryhmähaastattelulla tarkoitetaan keskustelua, jolla on vapaamuotoinen tavoite. Kyseessä on käyttökelpoinen menettely, jonka suosio on viime vuosina lisääntynyt. Ryhmähaastattelun aikana haastattelija puhuu haastateltaville samanaikaisesti sekä suuntaa väliin kysymyksiä myös yksittäisille ryhmän jäsenille. Ryhmähaastattelun keskeisenä tavoitteena on keskustelun aikaansaaminen sekä sen helpottaminen. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63).

Ryhmähaastattelu sopi tutkimusaiheeseen, sillä tarkoituksena oli saada moniulotteisia näkökulmia, kokemuksia sekä tunteita esille, joiden saamiseksi ryhmän sisäisellä vuorovaikutuksella on tärkeä merkitys (vrt. Mäenpää, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002). On tärkeää, että vanhukset pystyivät haastattelutilanteessa ryhmän antaman tuen avulla tuomaan esille psykososiaalisen toimintakykyyn liittyviä asioita ja tunteita.

Haastattelussa kohdejoukko valitaan myös tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotontana. Tapaukset käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaan (Hirsjärvi ym.2002,155). Haastattelussa voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Haastateltavat on myös mahdollista tavoittaa myöhemmin jos on tarpeen täydentää aineistoa. Haittana voidaan pitää sitä, että haastattelussa vastaajilla saattaa olla taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia, mikä heikentää haastattelun luotettavuutta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 191–193.) Kohdejoukon valinnan kriteerinä voidaan myös pitää samankaltaisuutta tutkittavan asian, iän tai sukupuolen suhteen. Valintakriteerinä ei voi olla samanlainen mielipide. Suositeltavaa olisi myös jos ryhmäläiset ovat ennestään tuttuja tai muuten läheisiä keskenään. (Koskinen & Jokinen 2001.)

Ryhmähaastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi erityisesti jos halutaan selvittää miten henkilöt muodostavat yhtenäisen kannan johonkin ajankohtaiseen aiheeseen. Menetelmä sopii myös hyvin pienoiskulttuureiden merkitysrakenteiden tutkimiseen tai tietojen keräämiseen haastateltavien sosiaalisesta ympäristöstä. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63.) Ryhmä hoivakodin vanhuksia edustaa siis omaa pienoiskulttuuriaan.

Ryhmähaastattelulla on monia etuja muihin haastattelumenetelmiin verrattuna. Haastateltavilta voidaan saada nopeasti ja samanaikaisesti tietoa monelta vastaajalta. Haastattelija voi esittää kysymykset siinä järjestyksessä kuin katsoo aiheelliseksi. Haastattelussa tärkeintä on saada tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tietoa. Haastattelun etuna on myös se, että haastatteluun voidaan valita kohderyhmä, jolla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75- 76.)

Hyvänä puolena voidaan pitää myös sitä, että onnistuessaan haastattelu ei vain tuota vastauksia esitettyihin kysymyksiin vaan se synnyttää uusia kysymyksiä ja luo mielikuvia ja keskustelua ryhmäläisten välille (Turunen, Paukkunen, Tossavainen & Taskinen 1996, 196).

Ryhmähaastattelu katsottiin edulliseksi haastattelumenetelmäksi, sillä yhdellä haastattelukerralla saatiin usemman vanhuksen näkökulma psykososiaaliseen toimintakykyyn. Haastattelujen teemat synnyttivät haastateltavien välille hyvin keskustelua, erilaisia mielikuvia ja näkökulmia. Vanhusta voidaan myös pitää itse oman hyvinvointinsa ja kokemuksensa asiantuntija.

Ryhmähaastattelua pidetään myös helppona haastattelumenetelmänä ryhmän antaman tuen vuoksi. Ryhmädynamiikka ja sekä rityisesti valtahierarkia vaikuttavat siihen, kuka puhuu ryhmässä ja mitä sanotaan. Ryhmähaastatteluun liittyviä haittoja ovatkin esim.ryhmädynamiikka, mikrofonien käyttö, ryhmäkeskustelujen purkaminen sekä analyysin teko tallenteista. Ongelmallista on myös se, jos haastateltavat eivät saavu haastattelutilanteeseen; vanhukset, vammaiset sekä johtavassa asemassa olevat henkilöt ovat usein vastahakoisia osallistumaan haastatteluun. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63.) Hankalaksi voi koitua myös jos joku osallistujista dominoi tilannetta voimakkailla mielipiteillä, jotka voivat vaikuttaa muihin ryhmän jäseniin negatiivisesti. Tällöin muut ryhmänjäsenet saattavat olla vastaamatta kysymyksiin tai antaa epärehellisiä vastauksia. (Turunen ym.1996, 197)

Ryhmädynamiikka toimi niin edistävänä kuin heikentävänäkin tekijänä haastattelutilanteissa. Vanhusten välinen ryhmädynamiikka edisti haastattelun etenemistä ja samankaltaiset kokemukset sekä oma mielipide tuotiin hyvin esille kun muillakin ryhmänjäsenillä oli samanlaisia ajatuksia. Heikentäväksi tekijäksi voidaan todeta ryhmänjäsenten väliset keskinäiset ongelmat sekä keskustelua dominoivat henkilöt.

Haastatteluteemat ja kysymykset nousivat opinnäytetyön teoria-osasta sekä kyselystä hoivapalvelun asukkaille. Teoria-osasta nousseet teemat ja apukysymykset esitetään muuttujataulukkona liitteessä 4. Lopullisten teemojen muodotuksessa olivat mukana myös työelämän tahot ja heidän tarpeensa. Teemoista muodostui: sosiaalinen

toimintakyky, aktiviteetti, harrastaminen, viriketoiminta, psyykinen toimintakyky sekä fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky. Haastattelurunko esitetään liitteessä 5.

6.2 Kohderyhmä ja otanta

Tutkimuksen lähtökohtana on, että tutkija yrittää kartoittaa sen kentän, jossa tutkimuksen kohde toimii. Tutkija voi joko valita jo olemassa olevan ryhmän ja haastatella tämän ryhmän kaikkia jäseniä (Hirsjärvi ym.2002, 181).

Aineiston koolla ei välttämättä ole välitöntä vaikutusta tai merkitystä tutkimuksen onnistumisen kannalta, sillä ei ole mitään tiettyä sääntöä aineiston koon määrittämiseksi vaan olennaista on, että aineisto toimii tutkijan apuna rakennettaessa käsitteellistä ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Aineistoa tarvitaan juuri sen verran, kuin on aiheen kannalta välttämätöntä. (Eskola & Suoranta 1999,62–63.)

Ryhmähaastattelua tehtäessä on kuitenkin tärkeää, että ryhmäkoko on riittävän pieni, jotta kaikki jäsenet saavat äänensä kuuluviin (Mäenpää ym.2002, 103).

Kun tutkimuksessa pyrkimyksenä on ymmärtää jotakin tapahtumaa syvällisemmin tai saamaan tietoa jostakin paikallisesta ilmiöstä voidaan puhua harkinnanvaraisesta näytteestä. Kohderyhmä vaikuttaa siihen, miten haastattelua käytetään ja ketä valitaan haastateltaviksi. Haastateltavien kyky kirvoittaa kertomuksia ja narratiiveja voidaan pitää tärkeämpänä kuin heidän edustavuuttaan. (Hirsjärvi ym.2001, 58–60.)

Tämän opinnäytetyön kohderyhmänä olivat Kotkan kaupungin Karhuvuorikodin 3.krs sekä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n Karhula-Kodin kotipalvelupuoli. Nämä yksiköt sovittiin yhdessä työelämäntahojen kanssa. Molemmat tutkijat kävivät tutustumassa yksiköihin syksyllä 2008 ennen haastattelujen tekemistä.

Valintakriteerinä oli, että saatiin edustava joukko hoivakodissa asuvia vanhuksia, jotka olivat itse parhaita asiantuntijoita kertomaan omista kokemuksistaan psykososiaalisen toimintakyvyn osalta. Tarkoituksena oli myös saada mahdollisimman kattava otanta paikkaan ja aikaan orientoituja vanhuksista.

Tämän opinnäytetyön kannalta tärkeää oli nimenomaan, että vastaajat pystyivät antamaan luotettavia vastauksia ja pystyvät keskustelemaan tässä ajassa ja paikassa. Dementoituneiden vanhusten haastattelemineen olisi ollut ihan oma tutkimuskohteensa. Näin ollen rajasimme pois vahvasti dementoituneet vanhukset. Haastateltavien valinta jätettiin työelämän tahoille, sillä he tunsivat hoivakodin asukkaat parhaiten ja osasivat valita sopivimmat haastateltavat kohderyhmän mukaisesti. Näiltä vanhuksilta kysyttiin halukkuutta osallistua opinnäytetyön haastatteluihin ja halukkaista työelämän tahot muodostivat neljä neljän hengen ryhmää.

6.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineiston keruu eteni hoiva-asumisen asiakkaille tehdyn kyselyn yhteenvetojen jälkeen niin, että seuraava työelämäntahojen tapaaminen oli 12.joulukuuta. Tällöin sovittiin esihaastattelun sekä varsinaisen ryhmähaastattelun ajankohdat keväälle 2009. Tutkimuslupaa haettiin sekä Kotkan kaupungilta sekä palveluyhtälöyhdistys KOSKENRINNE ry:ltä. Haastateltavien tuli olla itse halukkaita osallistumaan tutkimukseen (liite 3).

Kun tutkimusluvut saatiin maaliskuun lopulla, esihaastattelu tehtiin huhtikuussa 2009 Kotkan kaupungin hoivayksikkö Pihkapolku 1. Esihaastattelun tarkoituksena oli kartoittaa teemahaastattelua ryhmähaastatteluna ja vähentää virhetekijöiden osuutta varsinaisissa haastatteluissa, sekä testata haastattelurungon toimivuutta. Esihaastatteluun haastateltiin 8 hoivakodissa asuvaa vanhusta. Esihaastattelua tehdessä havaittiin monen virhetekijän vaikuttavan haastattelun kulkuun. Haastattelu toteutettiin yleisessä tilassa, joten ulkoiset häiriötekijät keskeyttivät haastattelun kulun useata kohtaa. Vanhusten keskinäiset riidat ja huonot välit vaikuttivat ryhmädynamiikkaan, joten luotettavuustekijät kärsivät haastattelutilanteesta. Osalla asukkaista oli kommunikaatio-ongelmia, eivätkä kaikki olleet aikaan ja paikkaan orientoituneita. Kaikki asukkaat eivät myöskään olleet motivoituneita vastaamaan esihaastattelussa esitettyihin kysymyksiin. Epäselväksi jäi myös se, olivatko asukkaat saaneet riittävästi informaatiota esihaastattelusta, koska haastateltavat eivät juuri tienneet haastattelun tarkoituksesta.

Opinnäytetyön tekijät tekivät erikseen haastattelut Karhula-Kodissa ja Karhuvuorikodissa, koska toinen opinnäytetyön tekijöistä oli ollut aikaisemmin töissä Karhula-Kodissa ja toinen Karhuvuorikodissa. Näin varmistettiin haastateltavien objektiivinen suhtautuminen haastattelijoihin. Työelämä kertoi alustavasti haastateltaville opinnäytetyöstä, opinnäytetyön tekijöistä sekä tutkittavasta aiheesta (liite1). Varsinaisessa haastattelu-tilanteessa osallistujille annettiin lisää informaatiota opinnäytetyöstä sekä käytiin läpi tutkimuksen tarkoitusta sekä luottamuksellisuutta.

Haastateltaville kerrottiin mitä haastattelun ääninauhoille ja muulle materiaalille tapahtuu haastattelujen jälkeen ja että kaikki heidän antamansa informaatio pysyy salassa ja heidän henkilöllisyytensä pysyy anonyyminä. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät käsittelevät tutkimutuloksia, jonka jälkeen nauhoitettu aineisto ja muistiinpanot hävitetään (vrt. Mäenpää ym.2002). Ennen haastattelun aloitusta varmistettiin, että jokainen oli vapaaehtoisesti halunnut osallitua tutkimukseen (liite 2 ja 3.)

Teemahaastatteluihin osallistui 16 vanhusta. 5 vanhusta kieltäytyi viime hetkellä osallistumasta haastatteluun. Haastateltavien vanhusten määrään vaikutti myös se, että kohderyhmään sopivia vanhuksia oli ennakoitua vähemmän. Haastattelut toteutettiin huhti- toukokuussa 2009.

Haastattelut toteutettiin ryhmätiloissa, joihin ei ollut läpikulkua ja ovet olivat kiinni . Tilat olivat myös rauhoitettuja muiltahäiriötekijöiltä haastatteluiden ajaksi (vrt. Mäenpää, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2003, 103).

Haastattelut kestivät 25- 40 minuuttia. Ennen haastatteluita haastattelun tarkoitusta ja nauhureiden käyttöä käytiin läpi. Välittömästi haastattelun jälkeen haastatteluihin liittyvistä havainnoista ja tuntemuksista kirjoitettiin ylös.

6.4 Haastattelu aineiston analyysi

Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on suosittu tutkimusaineiston analyysimenetelmä. Sisällönanalyysin avulla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysillä pyritään

rakentamaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistettynä (Kyngäs & Vanhanen 1999).

Aineistoa analysoidessa käytettiin induktiivista, eli aineistolähtöistä analyysiä. (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston analysoinnin tarkoituksena oli informaatioarvon lisääminen. Hajanaisesta aineistosta pyrittiin luomaan mielekästä sekä yhtenäistä informaatiota. (vrt. Tuomi & Sarajärvi 2006, 105–107, 110.)

Aineistolähtöisessä analyysissä analyysin prosessi kuvataan aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja lopuksi abstrahointina (Kyngäs, Vanhanen 1999). Aineistosta löydetty tutkimustehtäviin vastaavat ilmaukset käydään läpi tarkasti etsien samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja niistä muodostetaan alakategoriat jotka nimetään niitä kuvaavilla käsitteillä. Luokittelun avulla aineisto saadaan tiivistettyä, sillä yksittäiset ilmaisut ja asiat sisällytetään yleisempiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 111.)

Abstrahointi vaiheessa muodostetaan käsitteiden avulla kuvaus tutkimuksesta (Kyngäs & Vanhanen 1999). Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. Abstrahointia jatkamalla pääluokista muodostetaan vielä niitä yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 110–115.)

Opinnäytetyössä aineisto analysoitiin sisällön analyysillä, sillä tarkoituksena oli tutkia vanhusten kokemuksia psykososiaalisesta toimintakyvystään. Analyysi jakautui eri osa-alueisiin. Luotettavuuden varmistamiseksi haastatteluaineisto litteroitiin ja analyysit tehtiin erikseen.

Haastattelun aikana tehtiin havaintoja vanhusten tavasta esittää asioita sekä ryhmädynamiikan toimivuudesta. Haastattelun aikana tarkkailtiin vanhusten äänensävyjä, painoituksia sekä ilmeitä ja eleitä. Haastattelujen jälkeen havainnot kirjattiin ylös. Havaintoja hyödynnettiin pohdittaessa ryhmähaastattelujen luotettavuutta, jäsenten välistä dynamiikkaa ja suhteita.

Haastattelunauhut litteroitiin sanatarkasti, fonttikoolla 12 aineiston sivumääräksi tuli 9 sivua. Haastattelujen litteroinnin jälkeen aineistoa luettiin useamman kerran läpi jotta pystyttiin muodostamaan selkeä kokonaiskuva.

Analyysirunko tehtiin teemojen pohjalta, jotka olivat siis sosiaalinen toimintakyky, harrastukset, aktiviteetit ja virikkeet, psyykkinen toimintakyky sekä fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Tämän jälkeen jokaiselle teemalle valittiin tietyn värinen värikynä. Litteroidusta tekstistä alleviivattiin värikynillä ilmaisuja, sanoja tai lauseita jotka sopivat kuhunkin teemaan. Tätä jatkettiin kunnes koko aineisto oli käyty läpi. Tämän jälkeen vastauksista alleviivattiin jälleen erivärisiä kyniä käyttäen samankaltaisia ilmauksia jotka yksinkertaistettiin. Nämä ilmaukset ryhmiteltiin muodostaen niistä yläkategorioita jotka nimettiin ryhmiä kuvaavilla käsitteillä. Yläkategorioille nimettiin lopuksi yksi yhdistävä kategoria. Kun kummatkin opinnäytetyön tekijät olivat tehneet analyysit erikseen, niitä verrattiin keskenään ja todettiin ne yhteneviksi.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vanhusten kokemuksia sosiaalisesta toimintakyvystä

Vanhukset kuvasivat sosiaalisen toimintakyvyn ja yksinäisyyden olevan yhteydessä sosiaaliseen verkostoon, fyysiseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn, yksinäisyyteen, ympäristöön sekä omaan asenteeseen (kuva 3). Vanhukset kuvasivat sosiaalista verkostoaan merkityksellisenä. Osaksi sosiaalista verkostoa nimettiin lapset ja lapsenlapset sekä muut ystävät ja hoitohenkilökunta. Tärkeäksi koettiin myös samanhenkisten ihmisten läheisyys. Vanhukset näkivät läheisiään vaihtelevasti; päivittäin, viikoittain, ainoastaan juhlapyhinä tai ei ollenkaan. Läheisiin pidettiin yhteyttä puolin ja toisin, puhelinkontakteilla ja omaisten vierailulla hoivakodissa. Myös vanhukset kävivät läheisillään kylässä. Suhteet omaisiin koettiin tärkeiksi. Omaiset ja muut läheiset ihmiset olivat merkittävässä asemassa asioiden hoitamisessa, he toivat turvaa huolta pitävinä läheisinä.

Sosiaaliseen toimintakykyyn vaikuttivat vanhusten mukaan myös fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky. Sairaudet ja huono terveydentila kuten heikko näkö, puheentuottamisen ongelma, huono kuulo, liikunta- sekä nivelongelmat koettiin olevan esteenä asukkaiden keskinäisissä sosiaalisissa tilanteissa. Heikon näön vuoksi ilman saattajaa oli myös vaikea lähteä pois tutusta ympäristöstä. Huono kuulo vaikeutti keskusteluja tai teki kommunikoinnin jopa mahdottomaksi. Sosiaalisissa tiloissa, joissa oli muutakin hälinää, oli heikkokuuloisen vaikeaa saada toisen puheesta selvää. Puheentuottamisen ongelmat kuten afasia hankaloittivat kommunikointia muiden asukkaiden kanssa. Kanssakäyminen koettiin myös hankalaksi jos toimintakyky oli heikentynyt niin että oli vaikeaa yksin lähteä liikkeelle.

Yksinäisyyttä aiheutti asukkaiden mukaan itsessään iän kerryttämä vanhuus, hoitajien sekä läheisten kiire ja ystävien puute. Korkea ikä yhdistettiin yksinäisyyteen, sillä ikä toi mukanaan monenlaisia menetyksiä kuten läheisten kuoleman.

Vanhukset eivät kokeneet ystäväystyneen keskenään hoivakotien sisällä ja muiden asukkaiden käytöksen mainittiin lisäävän yksinäisyyden tunnetta, sillä iltaisin asukkaat vetäytyivät omiin oloihinsa. Toimettomuus oli asukkaiden mielestä yksi yksinäisyyttä lisäävänä tekijänä. Toimettomuutta aiheutti vanhusten mukaan virikkeiden puute. Vanhusten mielestä omaisilla oli myös liian kiire tavataksaan. Pitkät välimatkat läheisiin mainittiin myös yhtenä yksinäisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tapaamiset olivatkin vanhusten mukaan kiinni pitkälti omaisten omista menoista ja tapaamiset koettiin liian harvoiksi.

Erityisesti kerhotoiminta ja yhteiset liikuntahetket lisäsivät yhteisöllisyydentunnetta ja paransivat näin myös sosiaalista toimintakykyä ja lievensivät yksinäisyyden kokemuksia. Ympäristön yhteydestä sosiaaliseen verkostoon sekä yksinäisyyden tunteeseen mainittiin myös virikkeet, toiset ihmiset, yhteiset tilat, sekä sosiaaliset tilanteet kuten ruokaileminen, ja sitä kautta myös tutuiksi tulleet pöytätoverit. Niiden koettiin ylläpitävän sosiaalisia suhteita. Kuitenkin myös oma tila ja rauha mainittiin tärkeinä.

Hyvät tavat kuten kuulumisten vaihtamista, huomenien sekä hyvän yön toivotuksia pidettiin tärkeinä sosiaalisina tapahtumina. Myös hoivakodin tiloilla oli merkitystä

ihmissuhteisiin,. Hoivakotien tiloja pidettiin liian pieninä tai rajoittavina. Erilaisille virike- ja kerhotoiminnoille olisi kaivattu lisää tilaa hoivakotien sisältä.

Oma asenne kuten sosiaalisuus sekä aktiivisuus kuvattiin tärkeäksi sosiaalisia suhteita edistäksi tekijäksi. Vanhukset mainitsivat, että sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen sekä uusien ystävyysuhteiden luominen oli hyvin pitkälti kiinni omasta asenteesta sekä aktiivisuudesta. Toisaalta kuvattiin myös, että muiden seura ei enää kiinnostanut vaan mieluummin vetäytyttiin omiin oloihin.

7.2 Vanhusten kokemuksia harrastuksista, aktiiviteeteista sekä virikkeistä

Vanhukset kuvasivat harrastuneisuuden, harrastusten merkitysten, toivomusten virikkeiden ja harrastusten suhteen sekä harrastamiseen vaikuttavien tekijöiden kautta kokemuksiaan harrastuksista, virikkeistä sekä aktiiviteeteistä (kuva 4). Hoivakodissa asuvien vanhusten harrastuksiin kuului tv:n katselu, lehtien luku, radion kuuntelu; maalaaminen, kasettikirjojen kuuntelu, virkkaaminen, puutarhan hoito, musiikin kuuntelu, ulkoilu, paikallishistorian tutkiminen, kerhotoiminta, sekä laulaminen. Myös television katsominen sekä urheilun seuraaminen luokiteltiin harrastuksiksi. Asukkaiden keskuudessa oli myös vanhuksia, jotka eivät harrastaneet mitään.

Harrastuneisuuteen vaikutti korkea ikä, heikko fyysinen kunto, erilaiset sairaudet sekä apuvälineiden käyttö kuten rollaattori, pyörätuoli ja kävelykeppi. Apuvälineet mainittiin harrastuneisuutta helpottavana sekä myös hankaloittavana tekijänä.

Rollaattori ja kävelykeppi koettiin tärkeäksi tuiksi ulkoiltaessa. Ulkoilu ja liikunta oli myös usein yhteydessä omaisten vierailuihin, sillä niiden yhteydessä omaiset saattoivat viedä liikuntarajoitteisia vanhuksia ulkoilemaan. Vanhusten mukaan ulkoilu mahdollisuuksia kyllä olisi ollut, mutta oma saamattomuus mainittiin yhtenä syynä liikunnan vähäisyyteen. Harrastusten puuttumista perusteltiin myös heikentyneillä aisteilla kuten näkövammaisuudella ja huonolla kuulolla. Liikuntarajoitteet, vähäiset harrastus- ja virkike mahdollisuudet, sekä oman kiinnostuksen puute vaikuttivat harrastuneisuuteen. Myös vanhuuden tuomalla väsymyksellä oli merkitystä osallistumiseen.

Vanhukset kuvasivat harrastusten merkitystä, että merkitys riippuu mistä harrastuksesta on kyse ja kuinka tärkeää se itselle on. Harrastuksilla kerrottiin olevan joko suuri merkitys, ei merkitystä tai ei sitten ei osattu sanoa onko harrastuksilla niinkään merkitystä. Harrastukset kuvattiin tärkeiksi jos ne toivat onnistumisen kokemuksia ja niiden koettiin vaikuttavan positiivisesti yleiseen jaksamiseen

Vanhukset kuvasivat tyytyväisyyttään harrastusten ja virikkeiden laatuun ja määrään. He toivat esille omia näkemyksiään siitä, kuinka virikkeitä ja harrastuksia voisi laadullisesti parantaa. Virikkeitä koettiin olevan liian harvoin ja määrällisesti liian vähän. Myös tyytyväisyyttä ilmaistiin hoivakotien harrastus -ja virike mahdollisuuksiin,. Tyytyväisiä oltiin laulukorojen vierailuihin ja hoivakodin sisällä tapahtuvaan kerhotoimintaan. Vapaata seurustelua koettiin olevan liian vähän. Lisää olisi haluttu myös yleisesti virikkeitä, laulamista, lehtien lukua, askartelua, tietokilpailuja ja jumppaa. jumppatuokioihin kaivattiin erityisesti painavampia painoja. Myös ulkoilun riittävyys koettiin liian vähäiseksi. Näin ollen ulkoilua toivottiinkin enemmän. Vanhukset toivoivat, että henkilökunnalla olisi enemmän aikaa panostaa ulkoiluun. Toisaalta vanhukset osasivat perustella ulkoilun vähyyttä henkilökunnan kiireelle ja hoitajapulalla.

7.3 Vanhusten kokemuksia psyykkisestä toimintakyvystä

Vanhukset kuvasivat psyykkiseen toimintakykyyn sävaikuttavan elämänasenteen, fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn, läheisten ihmisten, hoitajiin liittyvien tekijöiden, virikkeiden sekä ympäristön (kuva 5). Positiivinen elämän asenne ja hetkessä eläminen vaikuttivat vanhusten mukaan psyykkeeseen. Positiivisen luonteen katsottiin edistävän mielenterveyttä. Tyytyväisyyden elämää ja pieniä asioita kohtaa koettiin tärkeiksi. Psyykkistä toimintakykyä heikentäviksi tekijöiksi katsottiin luovuttamisen sekä vanhuuden aiheuttaman riittämättömyyden tunteen.

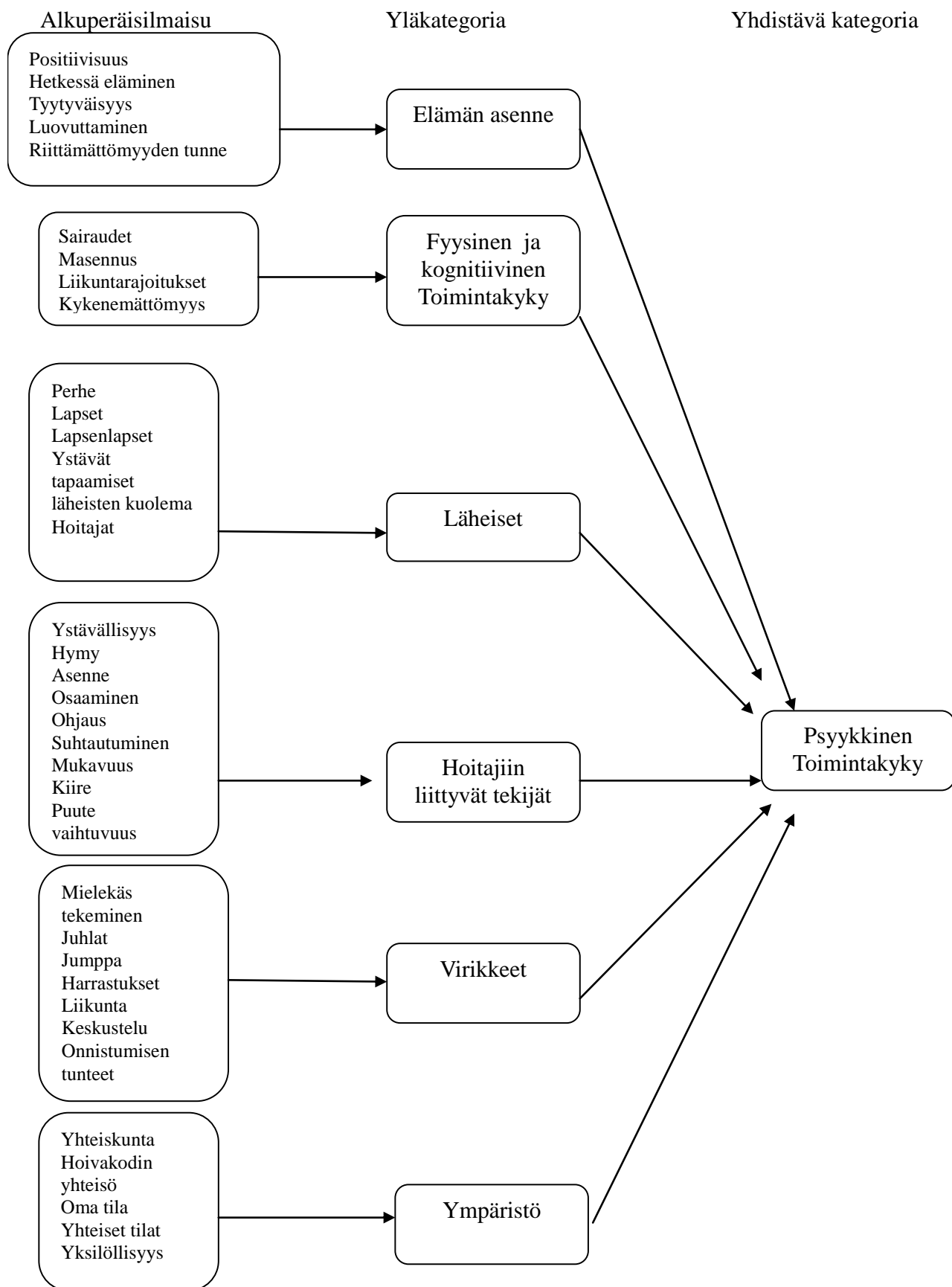
Fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä mainittiin sairauksien vaikutus psyykkeeseen. Myös erilaiset liikuntarajoitukset aiheuttivat kykyenemättömyyden tunnetta ja masennusta, kun ei enää pystynyt toimimaan samalla tavalla kuin nuorempana. Mielenkiintoa asioita kohtaan olisi löytynyt, mutta toimintakyvyn ei koettu antavan periksi kun ei pystynyt tekemään enää mitään mielekästä.

Läheisten merkitys psyykkiseen toimintakykyyn koettiin merkittävänä. Iloa vanhusten elämään toi läheisten näkeminen, kun taas surulliseksi teki läheisten puuttuminen tai harvat kontaktit heihin. Keskustelu läheisten kanssa oli tärkeää. Läheisen kanssa keskusteleminen toi hyvää mieltä pitkäksi aikaa. Surua aiheutti läheisten kuolema kuten oman lapsen tai puolison kuolema.

Hoitajia pidettiin läheisinä ja heidän käyttäytyminen vaikutti myös vanhusten mielialaan. Hoitajat koettiin yleensä mukaviksi sekä ystävällisiksi. Muita tärkeitä hoitajien ominaisuuksia olivat suhtautuminen, osaaminen, ohjaus, asiallisuus sekä hymy. Hoitajien kiireydellä tai puutteella koettiin olevan taas negatiivinen vaikutus psyykkiseen toimintakykyyn. Hoitajia koettiin olevan hoivakodeissa liian vähän.

Omat harrastukset olivat myös tärkeitä, ne toivat onnistumisen tunteita. Mielekäs tekeminen vaikutti vanhusten mielestä psyykkeeseen. Erilaisia harrastuksia kuten liikuntaa, jumppatuokioita ja keskustelua pidettiin tärkeänä oman psyykkisen toimintakyvyn kannalta. Myös juhlapäivillä ja niiden vietolla oli asukkaiden mielestä yhteys mielenhyvinvointiin.

Ympäristön tuomat vastoinkäymiset olivat yhteydessä siihen, kuinka vanhus jaksoi psyykkisesti. Ympäristö, kuten yhteiskunta sekä hoivakodin yhteisö koettiin merkityksellisenä. Oman tilan olemassaolo mainittiin myös tärkeänä. Oma huone tai asunto sekä yksilöllisyyden huomiointi olivat merkityksellisiä psyykkisen jaksamisen kannalta.



Kuva 5. Vanhusten kokemukset psyykkisestä hyvinvoinnista

7.4 Vanhusten kokemuksia fyysisestä ja kognitiivisesta toimintakyvystä

Fyysiseen sekä kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä olivat apuvälineiden käyttö, liikunnan harrastaminen, fyysiseen jaksamiseen vaikuttavat tekijät, kokemus toimintakyvyn heikkenemisestä sekä omatoimisuuden merkitys vanhukselle itselleen (kuva 6).

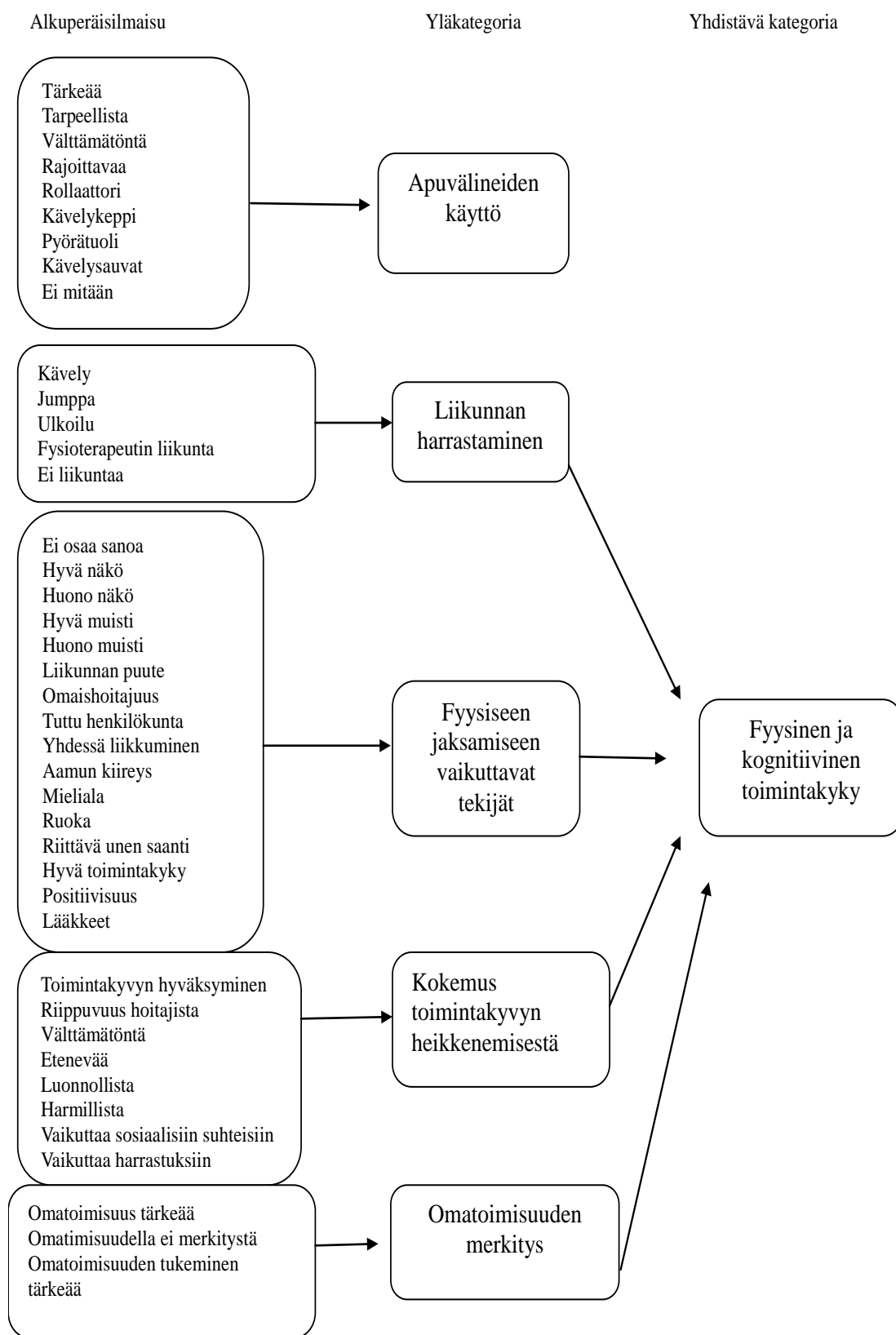
Apuvälineet koettiin tärkeiksi. Niitä pidettiin tarpeellisina ja jopa välttämättöminä liikuntakyvyn ja omatoimisuuden kannalta. Liikkumisen tukena käytettyjä apuvälineitä olivat pyörätuoli, rollaattori, kävelysauvat sekä kävelykeppi. Apuvälineiden käytön koettiin kuitenkin rajoittavan paljon omaa toimintakykyä ja itsenäisyyttä.

Fyysiseen jaksamiseen vaikuttavia positiivisia tekijöitä olivat yleensäkin hyvä toimintakyky, hyvä muisti sekä hyvä näkö. Negatiivisesti vaikuttaviin asioihin luettiin huono kuulo, huono toimintakyky, sekä liikunnan vähäisyys. Muita fyysiseen jaksamiseen vaikuttavia asioita olivat riittävä unen saanti, sekä riittävä ja maukas ruoka ja lääkehoito. Oman positiiviseen asenteen katsottiin myös edistävän fyysistä jaksamista

Aamut koettiin turhan kiireellisiksi. Aamuisen kiireen koettiin vaikuttavan negatiivisesti koko päivän kulkuun . Myös mielialan koettiin vaikuttavan fyysiseen jaksamiseen ja liikkumiseen. Liikkuminen koettiin mukavammaksi jos lenkkeilyyn tai liikkumiseen sai seuraa. Vanhukset mainitsivat myös omahoitajuuden sekä muun tutun henkilökunnan tukevan fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä. Omahoitajuuden ja ennestään tuttujen hoitajien katsottiin edistävän fyysistä toiminatkykyä

Toimintakyvyn heikkeneminen koettiin etenevänä ja välttämättömänä asiana, joka on pakko hyväksyä. Vanhukset pitivät iän mukanaan tuomia muutoksia osana luonnollista vanhenemista vaikkakin harmillisina, sillä toimintakyvyn heikkeneminen vaikutti myös ihmissuhteisiin ja harrastamiseen. Toimintakyvyn heikkenemisen katsottiin myös lisäävän riippuvuutta hoitajista.

Omatoimisuus koettiin joko tärkeänä tai sillä ei koettu olevan juurikaan väliä. Vanhukset toivoivat kuitenkin, että hoivakodeissa kannustettaisiin enemmän omatoimisuuteen.



Kuva 6. Vanhusten kokemukset toimintakyvystä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa vanhusten kokemuksia psykososiaalisesta toimintakykyvyydestä. Opinnäytetyössä saatiin vastauksia psykososiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueisiin haastattelujen avulla. Haastattelujen pohjalta voidaan nähdä, että vanhuksat kokevat psykososiaalisen toimintakykynsä liittyvän niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin puoleen, sillä onhan ihminen kokonaisuus, jossa ilmentyvät nämä kolme eri puolta (vrt. Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2002, 73). Tämän vuoksi nämä eri osa-alueet ovat vahvasti kytköksissä toisiinsa myös opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa.

Kirjallisuudesta käy ilmi, että sosiaalinen verkosto sekä sosiaalinen tuki ovat tärkeitä ikääntyneen elämässä (vrt. Lyyra, ym. 2007, 70). Opinnäytetyön tulokset kertoivat myös, että sosiaaliset suhteet olivat edelleen hyvin tärkeitä vanhusten elämässä, niiden merkitys oli kuitenkin jossain määrin erilainen tai muuttunut. Vanhuudessa sosiaaliset suhteiden yksi tärkein merkitys oli huolen pitäminen, kun oma toimintakyky oli heikentynyt. Ystäviin, sukulaisiin ja hoitajiin tukeuduttiin enemmänkin asioiden hoitajina ja huolta pitävinä läheisinä. Näin ollen myös hoitohenkilökuntaa pidettiin tärkeänä osana sosiaalista verkostoa niin tulosten kuin hoiva-asumisen asukkaille laaditun kyselyn perusteella.

Tulosten mukaan vanhuksat näkivät läheisiään hyvin vaihtelevasti, päivittäin, viikoittain, ainoastaan juhlapyhinä tai ei ollenkaan. Läheisiin pidettiin yhteyttä puolin ja toisin, puhelinkontakteilla ja omaisten vierailulla hoivakodissa (vrt. Vaarama, Hakkarainen & Laaksonen 1999, 25).

Vanhuksen oma kokemus sosiaalisten suhteidensa riittävydestä ja laadusta on todettu kuitenkin vaikuttavan enemmän kuin suhteiden määrä ja kontaktien tiheys (Lyyra ym. 2007, 72–73). Oma kokemus kuvattiinkin tuloksissa tärkeiksi sosiaalisia suhteiden riittävyttä kuvaaviksi tekijöiksi. Oma sosiaalisuus sekä aktiivisuus olivat tärkeitä

sosiaalista toimintakykyä edistäviä tekijöitä. Vanhukset mainitsivat, että sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen sekä uusien ystävyysuhteiden luominen oli hyvin pitkälti kiinni omasta asenteesta sekä aktiivisuudesta.

Vaikka tulosten mukaan vanhukset eivät kokeneet ystävyystyneen keskenään hoivakotien sisällä, silti hoivakotien tarjoama kerhotoiminta ja yhteiset liikuntahetket koettiin yhteisöllisyydentunnetta ja sosiaalista toimintakykyä edistävinä tekijöinä. Yhteiset virikkeet myös lievensivät yksinäisyyden kokemuksia (vrt. Hytönen, Routasalo & Pitkälä. 2007, 17- 26). Hoivakotien tiloja pidettiin kuitenkin liian pieninä tai rajoittavina. Erilaisille virike- ja kerhotoiminnoille olisi kaivattu lisää tilaa hoivakotien sisältä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa todetaan ruokailun merkityksestä, että se on vanhuksille ennen kaikkea sosiaalinen tapahtuma sekä nautinto (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 67). Tuloksissa vanhukset kuvaavatkin, että sosiaaliset tilanteet kuten ruokaileminen, ja sitä kautta myös tutuiksi tulleet pöytätoverit ovat tärkeitä sosiaalisia suhteita edistäviä tekijöitä. Niiden koetaan ylläpitävän sosiaalisia suhteita. Ruokailu ja ylipäänsä syöminen mainittiin myös kyselyssä osaksi hyvää hoitoa.

Ikääntyneiden kokemien yksinäisyyden tunteiden on todettu aikaisemmissa tutkimuksissa lisääntyvän vanhenemisen myötä. Yksinäisyyden on koettu johtuvan vähäisistä ihmissuhteista, yksin olemisesta sekä sukupolvien välisistä eroista (Juvakka 2005, 30- 32). Tuloksissa myös korkea ikä yhdistettiin yksinäisyyteen. Yksinäisyyttä kuvattiinkin aiheuttavan myös hoitajien sekä läheisten kiire sekä ystävien puute. Hoitohenkilökuntaa koettiin olevan liian vähän ja henkilökuntaa toivottiinkin lisää myös hoiva-asumisen asukkailla tehdyn kyselyn perusteella. Ikääntymiseen liitettiin myös monenlaisia menetyksiä kuten läheisten kuoleman ja sairauksia jotka koettiin olevan sosiaalisten kanssakäymisten esteenä (vrt. Tikkanen 2006).

Harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden osalta kirjallisuudesta tulee esille, että ne ovat tärkeä osa ikääntyneen elämässä. (vrt. Lyyra ym. 2007, 80). Harrastukset ja muut virikkeet ylläpitävät ikääntyneen hyvinvointia sekä toimintakykyä ja ovat tärkeä osa elämäntyytyväisyyden kokemusta (Liikanen 2003, 40–41). Tuloksissa vanhukset

kuvasivat harrastusten merkitystä riippuen mistä harrastuksesta on kyse ja kuinka tärkeää se itselle on. Harrastusten voidaankin olettaa olevan tärkeitä jos ne tuovat onnistumisen kokemuksia jawaikuttavat positiivisesti yleiseen jaksamiseen.

Ikääntymisen myöhemmissä vaiheissa osallistuminen harrastus- tai muihin vapaa-ajan toimintoihin helposti vaikeutuu toimintakyvyn heikentymisen sekä pitkäai-kaisten sosiaalisten suhteiden vähenemisen myötä. (Pikkarainen 2007a, 97–109.)

Harrastusten puuttumista perusteltiin opinnäytetyön tuloksissa erilaisilla sairauksilla sekä heikentyneillä aisteilla, kuten näkövammaisuudella ja huonolla kuulolla.

Yleisimpiä harrastuksia niin kirjallisuuden kuin tulostenkin perusteella olivat tv:n katselu, lehtien luku, radion kuuntelu; maalaaminen, kasettikirjojen kuuntelu, virkkaaminen, puutarhan hoito, musiikin kuuntelu, ulkoilu, paikallishistorian tutkiminen, kerhotoiminta, sekä laulaminen (vrt. Lyyra ym.2007, 108–109). Tärkeää on taata myös laitoksessa asuville vanhuksille yksilölliset virike- ja harraste mahdollisuudet. Vapaa-ajan harrastusten tulisikin olla vapaa-ehtoisia, jotta niillä olisi toivottu terveyttä edistävä vaikutus (vrt. Lyyra ym.2007, 111). Haastatteluvien vanhusten joukossa oli myös vanhuksia, jotka eivät harrastaneet mitään, eivätkä kaivanneet uusia virikkeitä.

Paavolan tutkimuksen mukaan vanhuksille on tärkeää päästä myös vanhainkodin ulkopuolella vanhuksien useinkin haluaisivat ulkoilla enemmän kuin pääsevät. Ulkoilun ikääntyneet kokivat virkistävänä, se toi heille tunteen yhteisöön kuulumisesta ja näin he tunsivat itsensä yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä (Paavola 1995, 56- 60). Myös tämän opinnäytetyön tuloksissa tulee esille, että vanhuksien kokevat ulkoilun sekä talonulkopuolisen toiminnan kuten ostoksilla käymisen liian vähäiseksi. Näin ollen ulkoilua toivottiinkin lisää ja henkilökunnalla olisi toivottu olevan enemmän aikaa panostaa ulkoiluun.

Psyykkisen toimintakyvyn osalta ikääntymisen on todettu olevan yhteys depressiivisten oireiden määrään sekä niissä tapahtuvaan muutokseen. Näin ollen yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet lisääntyvät myös vanhetessa (Viramo 1998, 78). Vanhus joutuu sopeutumaan uusiin haasteisiin, kehon rappeutuminen saattaa

aiheuttaa surua ja on opittava hyväksymään iän mukana tuomat luopumiset (Vallejo Medina ym. 2005, 26).

Positiivinen elämän asenne ja hetkessä eläminen vaikuttivatkin opinnäytetyön tulosten mukaan psyykkeeseen. Positiivisen luonteen katsottiin edistävän mielenterveyttä ja tyytyväisyyden elämää ja pieniä asioita kohtaa koettiin tärkeiksi. Näin ollen voidaan päätellä myös, että mielekkäällä tekemisellä on merkittävä vaikutus psyykkeeseen. Psykkistä toimintakykyä heikentäviksi tekijöiksi katsottiin luovuttamisen sekä vanhuuden aiheuttaman riittämättömyyden tunteen.

Myös sairauksilla voidaan olettaa olevan yhteys psyykkeeseen. Erilaiset liikuntarajoitukset aiheuttivat vanhusten mukaan kykyenemättömyyden tunnetta ja masennusta, kun ei enää pystynyt toimimaan samalla tavalla kuin nuorempana. Surua aiheutti läheisten kuolema kuten oman lapsen tai puolison kuolema kuten Lyyran ym. (2007) tutkimuksesta tulee myös ilmi (Lyyra ym. 2007, 139–140).

Lyyran (2007) mukaan iäkkäiden paras mielen tasapainon turva on läheiset ihmiset. Läheisillä on suuri mielenterveyttä ylläpitävä vaikutus. (Lyyra ym. 2007, 139–140)) Läheisten merkitys psyykkiseen toimintakykyyn koettiin myös opinnäytetyön tuloksissa merkittävänä. Iloa vanhusten elämään toi läheisten näkeminen, kun taas surulliseksi teki läheisten puuttuminen tai harvat kontaktit heihin.

Vanhusten kohtaamisella sekä luottamuksella on Saarelan (2004) mukaan tärkeä yhteys psyykkiseen hyvinvointiin (Saarela 2004). Näin ollen henkilökunnan kunnioittavalla kohtelulla vanhuksia kohtaan on merkitystä. Kirjallisuudessa etenkin ystävällisen koskettamisen on todettu olevan välttämätöntä, se tuo läheisyyttä sekä lohdutusta ja sitä kautta vanhukset voivat kokea tulevansa hyväksytyiksi. (Paavola 1995, 38). Hoitajien ominaisuuksista tärkeitä olivat tulosten sekä hoiva-asumisen asukkaille suunnatun kyselyn mukaan ystävällisyys, ammattitaito, miellyttävävyys, tuttuus, huolehtivaisuus sekä kokemus. Vanhukset toivoivat henkilökunnan huomioivan paremmin vanhusten omat toiveet ja tarpeet sekä korkean iän. Hoitajien kiireydellä tai puutteella voidaankin olettaa olevan negatiivinen vaikutus myös psyykkiseen toimintakykyyn.

Kirjallisuudessa ikääntyvät kuvaavat vanhenemista luonnollisena ja väistämättömänä tapahtumana. Yleisesti ottaen vanheneminen koetaan positiiviseksi asiaksi. Erityisesti silloin vanheneminen koetaan hyväksi, jos vanhenemisestä voi nauttia ilman suurempia vaivoja(Juvakka. 2005, 33- 35). Toimintakyvyn heikkeneminen koettiin haastatteluissa etenevänä ja välttämättömänä asiana, joka on vain pakko hyväksyä. Vanhukset pitivät iän mukanaan tuomia muutoksia osana luonnollista vanhenemista vaikkakin harmillisina.

Haastatteluihin osallistuneiden vanhusten liikkumisen tukena käytettyjä apuvälineitä olivat pyörätuoli, rollaattori, kävelysauvat sekä kävelykeppi. Apuvälineiden käytön koettiin kuitenkin rajoittavan paljon omaa toimintakykyä ja itsenäisyyttä. Apuvälineiden käyttö on koettu myös aikasemmissä tutkimuksissa välttämättömänä mutta toisaalta niiden käyttö on koettu ajoittain hankaloittavan tai rajoittavan asioiden hoitamista (Juvakka. 2005, 28- 35).

Omatoimisuuden merkitys vanhukselle itselleen merkitsee paljon tarkasteltaessa fyysistä toimintakykyä ja arjessa selviytymistä. Omatoimisuus voidaan kokea joko tärkeänä tai sillä ei koeta juurikaan olevan väliä. Tärkeänä kuitenkin pidetään omatoimisuuteen kannustamista. Fyysiseen jaksamiseen vaikuttavia positiivisia tekijöitä olivat yleensäkin hyvä toimintakyky, hyvä muisti sekä hyvä näkö.

Ikääntyneiden päivittäistä selviytymistä vaikeuttavia tekijöitä on aikasemmissä tutkimuksissa lueteltu olevan mm. huono liikuntakyky, huimaus sekä voimattomuus. Sairaudet aiheuttavat ikääntyneille itsehoitovajausta, keskeinen merkitys on kuitenkin sillä minkälaiseksi vanhus itse arvioi oman terveytensä (Roine, Tarkka & Kaunonen 2000, 312- 321). Päivittäiseen selviytymiseen vaikuttavat myös haastattelu aineiston mukaan huono kuulo, huono toimintakyky, sekä liikunnan vähäisyys. Muita fyysiseen jaksamiseen vaikuttavia asioita olivat riittävä unen saanti, sekä riittävä ja maukas ruoka ja lääkehoito. Oman positiivisen asenteen voidaan katsoa edistävän myös fyysistä jaksamista.

8.2 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta voidaan tarkastella teoria-tiedon, sisällönanalyysin, tutkimusaineiston ryhmittelyn, luokittelun, tutkimisen, tulkinnan, sekä johtopäätösten, eli tulosten näkökulmasta. (Vilka 2005,159). Teoriatietoa kuvatessa aineiston merkittävyys tarkoittaa sitä, että sen aihetta kuvataan ja ymmärretään siinä yhteydessä missä se opinnäytetyön yhteydessä esiintyy ja missä yhteydessä sitä on ollut tarkoitus kuvata (Vilka 2005, 159).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoivakodissa asuvan vanhuksen kokemuksia psykososiaalisesta toimintakyvystään. Teoria-tiedon kirjallisuuden lähdekritiikkiä tarkastellaan käytettyjen lähteiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä käytettiin paljon tuoreita ja relevantteja lähteitä mutta osa lähteistä oli kuitenkin vanhentuneita. Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden käyttöä perustellaan kuitenkin sillä, että lähteistä löytyi hyvää tietoa opinnäytetyön teemoihin liittyen ja tieto itsessään ei ollut vanhentunutta.

Opinnäytetyössä teemahaastattelut toteutettiin ryhmähaastatteluna ja varsinaisissa haastatteluissa apukysymykset toimivat teemahaastattelurungon tukena. Teemat käytiin haastattelun aikana järjestyksessä läpi, vaikkakin haastateltavien keskustelua jouduttiin väillä ohjaamaan teemoihin. Teemoja oli loppuen lopuksi vaikea erottaa toisistaan, sillä kaikki psykososiaalisen toimintakyvyn alueet olivat riipuvaisia toisistaan ja liittyivät kokonaisvaltaisesti ikääntyneen psykososiaaliseen toimintakykyyn. Teemat liittyivät tiiviisti toisiinsa, joten sisällönanalyysiä tehdessä jouduttiin tekemään erottelua siitä, minkä teemojen alle vastaukset kuuluvat.

Teemahaastattelun luotettavuutta lisää se, että se on avoimuudessaan lähelläsyvähaastattelua. Teemahaastattelussa kysytäänkin vain tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun eli tutkimustehtävien kannalta merkittäviä kysymyksiä. Haastattelussa edetään aina etukäteen tiedossa olevien teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten kautta. Keskeistä on löytää merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, tutkimustehtävän, sekä ongelmanasettelun mukaisesti. Teemat perustuvat viitekehykseen, eli ennalta tiedettyihin asioihin tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajarvi 2002, 77–78).

Ryhmähaastattelut toteutettiin teemahaastattelurunkoa apuna käyttäen ja nauhoitettiin nauhureille. Ryhmähaastatteluista saatiin runsaasti materiaalia, mutta niiden toteutusta häiritsi moni ulkoinen seikka, kuten haastateltavien ryhmien ajoittainen motivaation puute. Haastattelujen toteutusvaiheessa moni haastatteluun osallistujista perui osallistumisensa. Osalla haastatteluista oli myös puheen tuottamisen ja ymmärtämisen häiriöitä, mitkä vaikeuttivat haastatteluissa annettujen vastausten analysointia.

Ryhmähaastattelun luotettavuutta lisää se, että ryhmän jäsenet auttavat usein toisiaan muistamaan asioita, mitä yksilöhaastattelussa voisivat jäädä huomioimatta. Lapsia ja vanhuksia haastateltaessa ryhmähaastattelujen on havaittu toimivan hyvin. Jos ryhmädynamiikka on hyvä, toimii ryhmä sosiaalisena tukena: puhuminen saattaa olla helpompaa kuin yksilöhaastattelussa vieraan haastattelijan kanssa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 61–63.) Haastatteluissa ryhmädynamiikka lisäsi luotettavuutta, koska ryhmäläiset toivat kokemuksiaan paremmin esille, kun toisilla oli samankaltaisia kokemuksia. Toisaalta dynamiikka myös heikensi luotettavuutta jäsenten keskinäisten ongelmien ja keskustelua dominoivien henkilöiden takia.

Sisällönanalyysin luotettavuuden arviointiin vaikuttavia tekijöitä ovat; tutkijoiden objektiivisuus, aineiston laatu, analyysi, sekä tulosten esittäminen. Induktiivisessa sisällönanalyysissä keskeistä on yhteys aineiston ja tulosten välillä. Haastellista analyysin tekemisessä on pelkistää aineistoa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. (Latvala, Vanhanen & Nuutinen 2003,36.)

Tutkimuksen voidaan todeta olevan luotettava kun tutkimuksessa käytetty materiaali ja tutkimuksen tutkimuskohde ovat yhteensopivia, näin ollen teoriamuodostukseen eivät pääse vaikuttamaan satunnaiset tai epäolennaiset tekijät (Vilka 2005, 158). Luotettavuus eli tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia, mittaustulosten tulisi myös olla toistettavissa. Mittauksen toistuessa on siis päädyttävä samaan tulokseen tutkijasta huolimatta. (Vilka 2005, 161). Reliabiliteetti voidaan taata usealla tavalla, esimerkiksi sillä, että kaksi arvioijaa päätyy samanlaiseen tulokseen. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa siis mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym.2002, 213). Aineiston analyysin luotettavuuden takaamiseksi molemmat opinnäytetyöntekijät tekivät aineistosta induktiivisen sisällön analyysin ja todettaessa tulokset samanlaisiksi, tulokset todettiin

reliabeleina . Tämän opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi induktiivisen sisällönanalyysin tarkka kuvaus. Litteroiduista haastatteluista nostettiin alkuperäisilmaisut, joista muodostettiin yläkategorioita ja lopuksi yksi yhdistävä kategoria. Molemmat haastattelijat tekivät sisällönanalyysit, joita verrattiin lopuksi keskenään.

Tutkimuksen pätevyydellä eli validiudella tarkoitetaan tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä asiaa, jota tutkimuksessa on ollut tarkoitus mitata. Validissa eli pätevässä tutkimuksessa ei siis saisi olla systemaattisia virheitä. (Vilka 2005, 161.) Validius pyritään takaamaan sillä, että mitataan juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata. Opinnäytetyön haastateltaviksi valittiin ainoastaan aikaan ja paikkaan orientoituneet ja rajattiin vahvasti dementoituneet vanhukset pois. Validiteetin arvioimisessa arvioitiin vastaavako teemahaastattelun teemat asetettuihin tutkimusongelmiin. Haastattelutilanteessa Pyrittiin myös kysymään mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettäviä kysymyksiä ja haastattelu-ympäristö pidettiin rauhallisena. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa myös tutkijan tarkka selostus tutkimuksen vaiheista (Hirsjärvi ym.2002, 214). Näin ollen opinnäytetyössä pyrittiin kertomaan mahdollisimman tarkasti tutkimuksen toteuttamisesta.

8.3 Eettisyys

Eettisen tutkimuksen tulisi täyttää tieteen neljä perusnormia : tietoväitteiden perustelevuus epäpersoonallisina kriteerein, tieteellisen tiedon julkisuus ja yhteisöomistus tiedeyhteisössä, puolueettomuus, sekä järjestelmällinen kritiikki (Tuomi & Sarajärvi 2002, 124). Opinnäytetyön eettisyyttä tarkkaillaankin näiden perusnormien näkökulmasta. Opinnäytetyön eettisyyttä ja puolueettomuutta lisää se, ettei tutkijoilla ollut henkilökohtaisia tavoitteita opinnäytetyön aihetta kohtaan, näkökulma pysyi siis objektiivisena koko tutkimuksen ajan.

Ryhmähaastattelumenetelmää käytettäessä ei kuitenkaan pystytä takaamaan täydellistä luottamuksellisuutta, koska tutkija ei pysty kontrolloimaan mitä ryhmäläiset jälkikäteen puhuvat haastattelusta eteenpäin (Mäenpää ym. 2002, 106). Ennen haastattelua ryhmäläisiä kuitenkin pyydettiin olemaan kertomatta ryhmäsisäisistä keskusteluista eteenpäin sekä pyrittiin myös siihen, että tutkittavien

anonyymiys säilyi, tulokset muokattiin niin, ettei kenenkään henkilöllisyys paljastunut. Ennen haastattelun aloitusta vanhuksille tehtiin selväksi, että kaikki mitä vanhukset kertoivat pysyivät luottamuksellisina. Heidän henkilöllisyytensä pysyi salassa ja ainoastaan tutkimuksen tekijät käsittelivät tutkimustuloksia, minkä jälkeen nauhoitetut aineistot ja nauhoituksen muistiinpanot tuhottiin. Ennen haastattelun aloitusta varmistettiin myös, että kaikki olivat vapaaehtoisesti halunneet osallistua opinnäytetyön tutkimukseen.

8.4 Tulosten hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys perustuu siihen, että tuloksista nostetaan kehittämisalueita. Ryhmähaastatteluiden tulokset kehittämisalueineen ja toimenpide ehdotuksineen esitellään opinnäytetyössä, mutta tulosten lopullisesta hyödynnettävyydestä vastaa työelämäntaho. Ryhmähaastatteluissa esitetyt kysymykset liittyvät ikääntyneen hyvinvointiin ja kokemuksiin psykososiaalisesta toimintakyvystä.

Opinnäytetyön pohjalta on nostettu näitä ikääntyneen hyvinvointia edistäviä sekä heikentäviä tekijöitä ja keinoja miten niihin voidaan puuttua. Nämä hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät esitellään toimintamallissa, hoivakodissa asuvan vanhuksen hyvinvoinnin kehittäminen. (liite 11). Toimintamalli jaetaan Kotkan kaupungin sekä Palvelutaloyhdistys KOSKENRINNE ry:n hoiva-asumisen yksiköihin.

Tuloksia on mahdollista hyödyntää myös valtakunnallisella tasolla eri hoivayksiköissä. Hoivakodit voivat miettiä yksiköissään tämän opinnäytetyön pohjalta tulleiden tulosten perusteella omien asukkaidensa hyvinvointia ja käyttää hyödykseen opinnäytetyöstä nousseita hyvinvointiin liittyviä kehittämissuhteita. Jatkossa voisi tutkia myös muiden vanhusryhmien, kuten dementiaa sairastavien psykososiaalista toimintakykyä tai syventyä tarkemmin johonkin psykososiaalisen toimintakyvyn teemaan.

LÄHTEET

Backman, K. 2004. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. *Hoitotiede* Vol 17, no 3/-05, s. 120- 128.

Duodecim, terveyskirjasto2005 Alihoidetut vanhukset, Masennus Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ama00043 [viitattu 15.11.08]

Eskola, J. & Suoranta, J.1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Finne-Soveri, H. 2009. Toimintakyvyn ylläpito ja kohentaminen palveluasukkaiden keskuudessa.terveyden-ja hyvinvoinnin laitos.2009Saatavissa:
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/90e234004dd24b6f91b7ff980664f651/esitelma_finne_toimintakyvyn.pdf?MOD=AJPERES (viitattu 30.10. 2009).

Heikkinen, E. & Ilmarinen, J. 2001.Liikunta säilyttää työkykyä ja ikääntyneiden toimintakykyä. *Duodecim* 2001; 117(6): 653- 60 Saatavissa:
<http://www.terveysportti.fi/terveysportti/Dlehti2.tunnista?a=Y&t=H&fname=D92160.htm> (Viitattu 15.12).

Heikkinen, R- L. & Kauppinen, M .2008. Iäkkäiden henkilöiden mielialan muutokset 16 vuoden pitkittäistutkimuksessa. *Gerontologia* 2/2008,s. 74-75

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki . Edita prima oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P.(toim.) 1997.Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere. Studia. Kirjayhtymä Oy.

Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylän Yliopisto.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja Kirjoita. Tammi 2002.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino 2001.

Hytönen, E. Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2007. Millä tavoin psykososiaalinen ryhmäliikunta-interventio vaikuttaa ikääntyneiden yksinäisyyteen? Gerontologia 1/2007, s. 17- 25

Iivanainen, A. Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2001.

Juvakka, T. 2005. Päiväkeskustoimintaan osallistuvien vanhusten kokemuksia vanhenemisesta ja hyvinvoinnista. Pro-gradu tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos 2005.

Karjalainen, E. 1999. Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky Tutkimus palveluasunnoissa asuvien fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn muutoksista Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254589/isbn9514254589.pdf> [viitattu 20.11.08]

Kivelä, S-L. 2003. Vanhusten depressioiden ja niiden seurausten ehkäisy. Lääkärilehti 2003.

Koskinen, L. & Jokinen, P. 2001. Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänhaastattelijoiden kokemuksia. Hoitotiede Vol. 13, no 6/-01, s. 303-309.

Koskinen, T. Aalto, L. Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto. Jyväskylä: Gummerrus.

Kotkan kaupunki. Hoiva-asuminen. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/menu_description.asp?oid=3270&menu_id=2185&menupath=979,3270 [viitattu 20.10.09].

Kitzinger, J. 1995. Introducing focus groups. British Medical Journal 311:299-302

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol 11, no 1/-99, s. 3-12

Liikanen, H-L. 2003. Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital -hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.

Lyyra, T-M, Pikkarainen, A. & Tiikkanen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. *Edita* 2007.

Lyyra, T-M. Lyyra, A-L. Tiikkanen, P. & Heikkinen, R-L. Muutokset iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa: 16-vuoden pitkittäistutkimus. *Gerotologia* 1/2008, s. 2-11

Mäenpää, T. Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* Vol.14, no 3/02, s. 100-107

Mäkelä, T. Karisto, A. Valve, R. & Fogelholm, M. 2006. Väsymys on yhteydessä huonoon arjesta selviytymiseen ikääntyneillä. *Gerontologia* 4/ 2006, s. 182-190.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. 1-4 painos. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki. WSOY.

Paavola, L. 1995. Vanhusten kokemuksia hoitoympäristöstään vanhainkodissa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto, Hoitotieteenlaitos 1995.

Palkeinen, H. Yksinäisyys iäkkäiden ihmisten kirjoituksissa. *Gerontologia* 3/2005, s. 111-119

Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry Saatavissa:

<http://www.koskenrinne.net/index.html> [viitattu 20.1.09].

Pesonen, H-M. 2000. Kotona asuvien iäkkäiden itsestä huolenpidon tapaan yhteydessä olevat tekijät. Pro gardu-tutkielma. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto.

Pikkarainen, A. 2005. Monialainen ja innovatiivinen gerontologinen kuntoutus osana uudistuvia vanhustalaitoksia. Teoksessa: Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö ja dementia-työhön. Alzheimer-keskusliitto.

Pikkarainen, A. 2007a. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa: T-M. Lyyra, A. Pikkarainen & P. Tiikkanen (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, s. 88–114.

Pitkälä, K. 2007. Fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn arviointi. Lääkärin käsikirja 16.2.2007.

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Lääkärilehti 2007.

Pitkälä, K. & Vaarama, M. 2007. Vanhusten toimintakyky paranee, mitä se merkitsee? Lääkärilehti 1-2/2007.

Pitkälä, K., Isometsä, E., Henrikson, M. & Lönnqvist, J. 1999. Iäkkäiden itsemurhat Suomessa. Duodecim 1999.

Pitkälä, K-H., Laakkonen, M-L., Strandberg, T., Tilvis, R-S. 2004. Optimistic life orientation as a predictor of 10-year old outcome in an aged population. J Clin epidemiology 2004 Saatavissa:

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T84-4CBBWV67&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=822c946100c50555ec07c96cc1661aaf [viitattu 15.11.08]

- Pohjalainen, P. & Pitkälä, K. Terveyselämäntyyli eläkeiässä- Esimerkkinä liikuntaharrastuksen tutkimus. Gerontologia 1/2006, s. 3-11.
- Pynnönen, K. Sakari-Rantala, R. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaalinen inaktiivisuus ennustaa iäkkäiden ihmisten laitoshoitoon sijoittumista. Gerontologia 1/ 2007, s. 27-36.
- Rajaniemi, J. 2004. 4/ 2006. Arkea tukevat verkostot- ikääntyvien kokemuksia arjen sujumisesta. Gerontologia 4/ 2006, s. 169-177.
- Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalveluiden koettu tarve. Kansanterveystieteen ja yleislääketieteenlaitos. Oulu.
- Roine, K. Kaunonen, M. & Tarkka, M-T. 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75- vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. Hoitotiede vol. 12 no 6/2000, s. 312-321.
- Routasalo, P. Pitkälä, K. & Mäkinen, B. 2007. Luopuminen ikääntyneiden henkilöiden ryhmäkeskusteluissa.. Hoitotiede Vol. 19, no 5/-07, s. 248-258.
- Rusanen, J. Muilu, T. & Colpaert, A. 2002. Vanhukset keskittyvät taajamiin. Tilastokeskus 2002 Saatavissa:
http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_10_02_vanhukset.html [viitattu 30.10.09].
- Saaranen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/> [viitattu 30.10.09].
- Saarela, T. 2004. Miten kohdata masentunut vanhus? Lääkärilehti 2004;59(24):2499,2502.
- Saarela, T. 2008. Vanhuksen depressio. Lääkärinkäsikirja 29.4.2008.

Sarvimäki, A. 1998. Vanhuksen asema, oikeudet ja terveys elämänlaatuna. Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Teoksessa T. Parviainen (toim.) Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Edita Prima. Helsinki 2009.

Sosiaali- ja terveystalvvelukeskus 2002. Psykososiaalinen toimintakyky Saatavissa: <http://www3.jkl.fi/sotepa/vanhuspoliittinenstrategia/psyko.html> [viitattu 30.10.09]

Teinonen, T. Isoaho, R. Kivelä, S-L. 2007. Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste. Lääkärilehti 2007;62(14-15):1493-1498.

Tiikkainen, P. & Lyyra, T-M. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa: Lyyra, T-M, Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita Publishing Oy, s. 70–86.

Tikkanen, P. 2006. Joka kolmas vanhus kokee itsensä yksinäiseksi. Saatavissa: [http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/05/tiedote-2007-09-18-16-38-25-280220/ISSN 0356- 1070; 114:ISBN 951- 39- 2447-5](http://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2006/05/tiedote-2007-09-18-16-38-25-280220/ISSN%200356-1070;114:ISBN%20951-39-2447-5) (Viitattu 25.11).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turunen, H. Paukkunen, L. Tossavainen, K. & Taskinen, H. Ryhmähaastattelu aineistonkeruun menetelmänä- osallistujien näkemyksiä haastattelujen toteutumisesta. Hoitotiede Vol.8, no 4/-96, s.195-202.

Vaarama, M. Hakkarainen, A. & Laaksonen, S. Vanhusbarometri 1999. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3. Helsinki: Oy Edita Ab.

Vaillant, GE, Mukabai, K . 2001. Successful aging. Am.Psychiatry saatavissa: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/158/6/839> [viitattu 20.11.08].

Vallejo Medina, A. Vehviläinen, S. Haukka, U-M. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhusten hoito. Wsoy.

Vilja, R. 2000. Huumori vanhusten arkielämässä. pro gradu- tutkielma, 2000. Hoitotieteen laitos, Tampere.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Viramo, P. 1998. Vanhakin vertyy. Päiväkuntoutuksen ja viriketoiminnan vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn ja terveyteen. Tyylipaino Oy. Helsinki.

LIITE 1 AIKAISEMPIEN TUTKIMUSTEN TAULUKKO

Tekijä/Työnimi/ Vuosiluku/Missä tehty	Tutkimustavoitteet/ Tarkoitus	Kohderyhmä/ otanta	Menetelmä	Tulokset
Backman Kaisa 23.09.2004. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Oulun yliopisto 2004	Tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa teoreettinen malli vanhuuden itsestä huolenpitoa vahvistavista, horjuttavista ja murtavista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena oli syventää aikaisemmin muodostetun itestä huolenpidon teorian sisältämää tietoa kuvailemalla huolenpidon suuntautumista elämänhistoriallisesta näkökulmasta.	Tutkimusaineisto muodostui erään etelä-pohjanmaalaisen kaupungin yli 75-vuotiaista asukkaista. Otanta muodostui kaikista kaupungin keskustan alueella asuvista 75-vuotta täyttäneistä henkilöistä jotka eivät käyttäneet kunnallisen kotiavun tai kotiairaanhoidon palveluita säännöllisesti (n=200).	Tutkimusaineisto kerättiin toistuvilla elämäntapa-haastattelulla. Aineisto analysoitiin grounded teoria-lähestymistavan jatkuvan vertailun menetelmällä. Analysoinnin tuloksena muodostettiin sosiaalinen perusprosessi, jonka mukaan menneisyyden leimallisin kokemus elämästä ja itsestä suhteessa toisiin ihmisiin näyttäytyy ikääntyessä kokemuksena elämästä ja itsestä suhteessa auttajiin.	Tutkimustulosten mukaan erilaiset menneisyyden ja nykyisyyden kokemusten sisällöt muotoutuvat vanhuuden itsestä huolenpitoa vahvistaviksi, horjuttaviksi tai murtaviksi tekijöiksi. Vahvistavia tekijöitä olivat mm; luottamus elämään, paikkansa löytäminen..Horjuttavia tekijöitä olivat mm; epävarmuus ja ulkopuolisuus. Murtaviin tekijöihin jaoteltiin mm; itsensä kadottaminen, epäluottamus ja avuttomuus.
Hytönen Elsa, Routasalo Pirkko ja Pitkälä Kaisu. Millä tavoin psykososiaalinen ryhmäliikunta- interventio vaikuttaa ikääntyneiden yksinäisyyteen. 2007	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millä tavoin psykososiaalinen ryhmäliikuntainterventio vaikuttaa ryhmäläisten ryhmäytymiseen ja ystävystymiseen sekä heidän yksinäisyytensä lievittymiseen	Psykososiaalisiin ryhmäliikunta interventioihin osallistui 15 henkilöä. Ensimmäiseen ryhmään osallistui 4 naista ja kolme miestä. Toiseen ryhmään osallistui 6 naista ja kaksi miestä. Suurin osa ryhmiin osallistuneista oli yksin asuvia tai leskiä.	Tutkimusmenetelmänä käytettiin haastattelua. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kumpaakin liikuntainterventioryhmään osallistuneita heti interventiojakso	Tuloksissa tuli ilmi, että ikääntyneet kokivat yksinäisyyden lievittyneen psykososiaalisen ryhmäliikuntainterventio aikana. Ikääntyneet kokivat, että ryhmäliikuntainterventio toi sisältöä arkielämään ja lisäsi toivoa tulevaan. Sosiaalisen hyvinvoinnin lisääntyminen näkyi uusien ystävyssuhteiden luomisena sekä vanhojen ystävyssuhteiden ylläpitona. Haastatellu vanukset olivat sitä mieltä, että ryhmäliikuntainterventiolla oli positiivinen vaikutus. Psykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen ilmeni henkisenä virkistymisenä, mielialan paranemisenä sekä itsetunnon vahvistumisena.

				<p>Ikkäntyneet kokivat myös että heidän fyysinen kuntonsa, liikkumiskykynsä sekä elimistön toiminta olivat parantuneet. Ikääntyneet olivat ryhmäliikuntaintervention jälkeen kiinnostuneita jatkamaan ryhmätoimintaa ja liikunnan harrastamista.</p>
<p>Juvakka Tuula Päiväkeskustoimintaan osallistuvien vanhusten kokemuksia vanhenemisesta ja hyvinvoinnista. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto. Joulukuu 2005</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata päiväkeskustoimintaan osallistuvien vanhusten vanhenemisen ja hyvinvoinnin kokemuksia. Tarkoituksena on myös kuvata vanhenemisen ja hyvinvoinnin kokemuksia heidän näkökulmastaan. Tutkimuksessa tarkastellaan vanhusten hyvinvointia fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ilmiönä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 11 vanhusta, joiden keski-ikä oli hieman yli 80 vuotta. Naisia osallistuneista oli 9 ja miehiä 2. Kaikki vanhusikäiset kävivät päiväkeskuksessa ainakin kerran viikossa ja ainakin osa oli aikaisemmin kuulunut päiväsaunahoidon piiriin.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettiin kavlitatiivista lähestymistapaa. Tiedonhankintamenetelmänä oli ryhmähaastattelua ja teemahaastattelua</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan vanhusten kokemuksiin vanhenemisesta sisältyi toimintakyvyn muutokset, yksinäisyyden kokemukset, sairaudet ja lääkkeet sekä vanheneminen väistämättömänä ja luonnollisena tapahtumana.</p>
<p>Karjalainen Elisa 10.12.1999 Palvelutaloissa asuvien vanhusten toimintakyky Oulun yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää palvelutaloissa asuvien vanhusten fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä depressiivisten oireiden muutoksia kahden vuoden seuranta-aikana. Palvelutaloissa asuvien toimintakyvyn muutoksia verrattiin kotona asuvien (n = 218) vastaaviin muutoksiin.</p>	<p>aineisto kerättiin 20 palvelutalossa vuosina 1994 ja 1996. Haastatteluun osallistui 725 asukasta ja seuranta-aikana 340 asukasta. Kognitiivinen toimintakyky arvioitiin Mini-Mental State Examination -testillä (MMSE) ja depressiivisiä oireita lyhennetyllä Zung Self-rating Depression Scale -mittarilla (ZSDS).</p>	<p>strukturoitu lomake. Haastattelut suoritettiin asukkaiden asunnoissa 11.5.1994 - 30.10.1994 ja seuranta-aikana 1.4.1996 - 30.9.1996. fyysisen toimintakyvyn arvioinnissa on käytetty Katzin (1963) mittariin perustuvia kysymyksiä. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin käytettiin Mini-Mental State Examination -testiä (MMSE) Depressiivisiä oireita mitattiin Zungin itse täytettävällä depressiivisten oireiden mittarilla (Zung Self-rating Depression Scale) (ZSDS) Taustatietojen, terveyden ja</p>	<p>palveluasuminen korvaa osittain vanhusten laitoshoidon, sillä osa palveluasunnoissa asuvista on hyvin huonokuntoisia. Vertailtaessa palvelutaloissa ja kotona asuvien vanhusten toimintakyvyn muutoksia, ei toimintakyvyn heikkenemisessä havaittu oleellisia eroja kahden vuoden aikana. Palveluasuminen ei näytä vaikuttavan kielteisesti eikä myönteisesti vanhusten toimintakykyyn.</p>

			<p>terveyskäyttäytymisen sekä sosiaalisen toimintakyvyn</p> <p>yhteyksiä fyysiseen, kognitiiviseen ja psyykkiseen toimintakykyyn analysoitiin laskemalla</p> <p>riskisuhteet ja niiden luottamusvälit (OR, odds ratio). Keskiarvojen 95 %:n luottamusvälit</p> <p>laskettiin CIA-ohjelmalla (Gardner et al. 1991). Tilastolliset analyysit suoritettiin BMDPja</p> <p>SAS-ohjelmistoilla (Dixon et al. 1990).</p>	
<p>Lyyra Tiina-Mari, Lyyra Anna-Liisa, Tiikkanen Pirjo, Heikkinen Riitta-Liisa. Muutokset iäkkäiden sosiaalisissa suhteissa: 16 vuoden pitkittäistutkimus vuosina 1988, 1996, 2004. Jyväskylä.</p>	<p>Tarkastella vuosina 1914-1923 syntyneiden Jyväskyläläisten sosiaalisia suhteita ja sosiaalista aktiivisuutta sekä niiden muutoksia 16. vuoden aikana.</p>	<p>Vuonna 1988 osallistui 635 vuosina 1914-1923 syntyneitä Jyväskyläläistä (iältään silloin 65-74 v. 241 miestä ja 394 naista) Vuonna 1996 410 henkilöä (iältään 81-90 v. 146 miestä, 264 naista) Vuonna 2004 260 osallistujaa (iältään 81-90 v. 73 miestä, 147 naista)</p>	<p>Haastattelu. Jakaumien muutoksia seurauajankohtien suhteen testattiin dikotomisten muuttujien toistomittauksille soveltuvilla McNemarin testillä ja Cochranin q-testillä. Analyysit tehtiin Spss-ohjelmalla.</p>	<p>Miehillä ja naisilla onsuhteellisen laaja ystäverkosto. Vaikka sosiaalinen kanssakäyminen vähenee iän myötä, miltei kaikilla vastanneilla silti huolehtivia ja luotettavia henkilöitä ympärillään vielä vanhanakin. Ystävien merkitys säilyy läpi vanhuusiän.</p>
<p>Paavola Leena. Vanhusten kokemuksia hoitoympäristöstään vanhainkodissa. Pro Gradu. 1995. Kuopion Yliopisto, Hoitotieteenlaitos. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma.</p>	<p>Selvittää vanhuksen kokemuksia hoitoympäristöstään vanhainkodissa sekä fyysisen hoitoympäristön merkitystä vanhukselle.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 11 75-96 vuotiasta vanhusta Itä-Suomalaisessa vanhainkodissa.</p>	<p>Teemahaastattelu (mahdollisimman avoimet kysymykset) Esihaastattelu. Analyysi laadullisella sisällön erittelyllä.</p>	<p>Vanhukset tytyväisiä hoitoympäristöönsä vanhainkodissa. Vanhainkoti heidän mielestään turvallinen asuinpaikka. Turvalisuutta edistäviä asioita olivat hoitajien huolenpito, luottamuksen tunne sekä vanhainkodin tekniset apuvälineet. Vanhukset toivoivat lisää ulkoilua vanhainkodin ulkopuolelle.</p>
<p>Pesonen Hanna-Mari 2000.</p>	<p>Kartoittaa iäkkäisen kokemuksia sosiaalisesta</p>	<p>1995 haastateltiin 40 oululaista kotona asuvaa</p>	<p>Haaastattelututkimus Strukturoidulla</p>	<p>Omavastuuisesti itsestään huolehtivat ikäihmiset</p>

<p>Kotona asuvien iäkkäiden itsestä huolenpidon tapaan yhteydessä olevat tekijät. Progradu-tutkielma. Oulun Yliopisto Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.</p>	<p>tuesta, elämään tyytyväisyydestä, toimintakyvystä ja itsearvostuksesta.</p>	<p>yli 75-vuotiasta ikäihmistä</p>	<p>haastattelulomakkeella . Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS for Windows-ohjelmalla.</p>	<p>olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa emotionaaliseen tukeen. Heistä neljännes tarvitse enemmän sairauksiin liittyvää tietoa. Omapäisesti itsestään huolehtivista puolet haluaisi nykyistä enemmän käytännön apua. Suurin osa niistä, joilla ei ollut samanlaisessa elämäntilanteessa olevaa tuttavaa olisi tarvittu vertaistukea. Luovuttaneesti itsestään huolehtivat olivat keskimäärin tyytymättömiä elämäänsä. Heillä oli päivittäisessä suoriutumisessaan muita enemmän vaikeuksia. Kaikki luovuttaneesti itsestään huolehtivat ilmoittavat, että heidän harrastuksensa olivat vähentyneet viime vuosien aikana.</p>
<p>Roine Kaija, Kaunonen Marja ja Tarkka Marja-Terttu, Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien vanhusten kotona selviytyminen. 2000</p>	<p>Tutkimuksen tarjoituksena oli selvittää tekijöitä, jotka tukevat yli 75- vuotiaan vanhuksen kotona selviämistä. Tutkimuksessa olivat mukana vanhuksia, jotka eivät käyttäneet kunnallisen kotisairaanhoidon tai kunnallisen kotiavun palveluita säännöllisesti.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 198 (iältään 75- 93 vuotiaita) vanhusta. Lisäksi haastateltiin yhden vanhuksen yli 73- vuotias puoliso. Iän mediaani oli 79 vuotta. Yli 90- vuotiaita vanhuksien olin 1 %. Tutkimukseen osallistuneista naisia oli 69 %. Vanhuksista 36 % oli naimisissa ja 52 % leskiä.</p>	<p>Aineistomenetelmänä oli haastattelu jonka apuna käytettiin puoli strukturoitua kyselylomaketta. Haastattelulomakkeen luotettavuutta parannettiin esitutkimuksella haastattelemalla viittä vanhusta. Aineisto kuvattiin yksilöluotteisena frekvenssi- ja prosenttijakaumina. Taustamuuttujien yhteydessä käytettiin ristiintaulukointia ja tilastollisen merkitsevyyksien testaamisessa. Kiihin neliötestiä (Polit & Hungler 1999).</p>	<p>Suurin osa vanhuksista (80 %) piti erittäin hyvänä tai melko hyvänä. Miesten ja naisten välillä ei ollut haastattelujen aikana eroja koetussa terveydentilassa. Omaisen kanssa asuminen oli tekijä, joka mahdollisti kotona selviämistä. Muita tekijöitä olivat; positiivinen elämänsä, uskonto, terveys ja perhe. Sosiaalisella toiminnalla ja harrastamisella todettiin olevan myönteinen vaikutus iäkkään kotona selviytymiseen.</p>
<p>Routasalo Pirkko, Pitkälä Kaisu ja Mäkinen Birgitta. Luopuminen ikääntyneiden</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mistä asioista ikääntyneet ovat kokeneet ja</p>	<p>Tutkimusaineisto muodostui 180 päiväkirjasta. Ryhmat</p>	<p>Aineistomenetelmänä käytettiin päiväkirjoja, jotka ryhmänvetäjät olivat</p>	<p>Ryhmiä keskusteluissa tuli ilmi monenlaisia ikääntymiseen liittyviä</p>

<p>henkilöiden ryhmäkeskusteluissa.2006</p>	<p>kokevat joutuvansa luopumaan sekä miten he ovat kokeneet ja kokevat luopumisen. Tutkimuksessa etsittiin myös vastausta siihen, miten erilaisista asioista luopuminen ilmenee ikääntyneiden ihmisten keskinäisissä puheissa.</p>	<p>muodostuivat 74- vuotta täyttäneistä kotona asuvista henkilöistä (n=120), jotka olivat ilmaisseet kärsivänsä yksinäisyydestä.</p>	<p>kirjoittaneet ikääntyneiden yksinäisten ryhmätapaamisten jälkeen. Ryhmänvetäjät kirjoittivat ryhmien tapahtumista ja ryhmissä käydyistä keskusteluista vapaamuotoista päiväkirjaa kaikkien ryhmätapaamisten jälkeen. Tekstiä kertyi kaiken kaikkiaan n. 400 sivua. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>luopumisen aiheita kuten; kuolemaan liittyvä luopuminen, terveydestä ja jaksamisesta, sosiaalisesta kanssakäymisestä, fyysisestä kosketuksesta ja sukupuolisuudesta, elämänhallinnasta sekä merkityksellisistä rooleista luopuminen.</p>
<p>Teinonen timo, Isoaho Raimo, Kivelä Sirkka-Liisa 2007 Vanhusten sosiaalinen osallistuminen ja elinajan ennuste Lieto</p>	<p>tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko sosiaalinen osallistuminen yhteydessä vanhusten elinajan ennusteeseen ja onko sosiaalisen toiminnan laadulla vaikutusta mahdolliseen yhteyteen.</p>	<p>tutkimukseen kutsuttiin 1990-luvun alussa kaikki kunnan 65 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat asukkaat. Kutsutuista (n = 1 360) osallistui 1 196 henkilöä (488 miestä ja 708 naista) aineistosta karsittiin mm.dementikot ja jos henkilö sai alhaisen tuloksen mmse-testistä Aineistosta poistettiin lisäksi laitoksessa asuvat . Näin ollen tähän tutkimukseen jäi 1 081 vanhusta.</p>	<p>Haastattelu .Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen vuosina 1990-91 osallistuneiden kuolemantapauksia seurattiin 12 vuoden ajan. Sosiaalisen osallistumisen yhteyttä kuolleisuuteen tarkasteltiin ensin Coxin yksimuuttuja-analyysin ja sen jälkeen monimuuttuja-analyysin yhdessä kuolleisuuden muiden vaaratekijöiden kanssa</p>	<p>Tulokset viittaavat siihen, että eliniän ennusteen kannalta on merkitystä sekä sosiaalisen osallistumisen määrällä että laadulla. Määrän puolesta puhuu summamuuttujan yhteys elinajan ennusteeseen. Toiminnan laadulla on myös merkitystä.</p>
<p>Vilja Raija.2000 Huumori vanhusten arkielämässä. Hoitotieteen pro gradu-tutkielma. Kevät 2000. Hoitotieteen laitos. Tampereen Yliopisto</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata huumoria niiden vanhusten arkielämässä jotka asuvat kotonaan yksin ja viettävät kerran viikossa ohjatun päivän kaupungin ylläpitämässä vanhusten päiväkeskuksessa.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui 20 henkilöä, joiden keski-ikä oli 81 vuotta. Kohderyhmän ikääntyneet selvitytyivät kotonaan itsenäisesti iän tuomista toimintakyvyn muutoksista huolimatta.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin teemahastattelun avulla. Tutkimusaineisto analysoitiin kvalitatiivisesti sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan ikääntyneet kuvasivat huumoria myönteisenä asenteena elämään joka tuo myös hyvää mieltä. Huumorilla todettiin olevan myös keskeinen merkitys ikääntyneiden keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Huumori liitettiin myös yksin olemiseen, muistoihin ja harrastuksiin.</p>
<p>Viramo Petteri 1998. Vanhakin vertyy. Helsingin, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos, Oulun Yliopisto, Oulu.</p>	<p>Selvittää viriketoiminnan ja päiväkuuntutuksen vaikutusta ikääntyneen toimintakyvyn ja terveyteen sekä eri toimintamuotojen välisiä</p>	<p>Aineiston muodostivat kahteentoista paikallisprojektiin eri puolilla Suomea(N=436)(Päiväryh</p>	<p>Kuntoutujat haastateltiin kahteen kertaan strukturoidulla lomakkeella. Aineiston kuvaamisessa käytettiin ristiintaulukointia,</p>	<p>Tarjoamalla vanhuksille aktiivista kuntouttavaa ja toimintakykyä tukevaa toimintaa, voidaa heidän itsenäisen selviytymisen</p>

	vaikutuseroja.	mä) sekä valtakunnalliseen Kansallisen Senioriliiton Terveenä Taipaleella- projektiin(TerTa)osallistun- eet kuntoutujat(N=213)Päivär- yhmän kuntoutujien keski-ikä oli 76,2 joista 82% oli naisia. TerTassa keski-ikä 68,5 joista 84 % naisia.	tilastollisessa testaamisessa khi-neliötestiä, jatkuvien muuttujien osalta t-testiä tai Kruskall-Wallis testii. Perusasetelmanan vertailussa käytettiin ns. Päivä-ryhmän ja TerTan välistä vertailua sekä ryppäiden sisällä eri ryhmien vertailua.	edellytyksiä tukea. Vanhusten Psykkistä toimintakykyä voidaan jopa parantaa ja depressiivistä oirehdintaa vähentää kuntouttavilla toimintatavoilla.
--	----------------	---	---	---

LIITE 2 TUTKIMUSLUPAHAKEMUS



KOTKAN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut
PL 205 (Kustaankatu 2) 48101 KOTKA
puh. (05) 234 51 www.kotka.fi


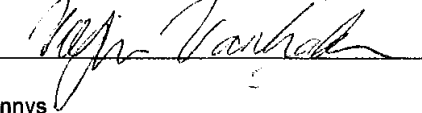
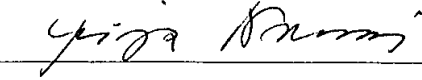
1 (6)

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS	
Oppinnäytetyö	
1	Tutkimuksen nimi Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky
2	Tutkimuksesta vastaava tutkija/tutkijat, tutkijaryhmä, tutkimusorganisaatio Sairaanhoitajaopiskelijat Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu Sosiaali- ja terveysala Kotka Hoitotyön koulutusohjelma. SairaanhoitajaAMK ryhmä HO06S
3	<p>Tutkimuksen suorittajat ja tutkimuksen suorituspaikka (nimi, virka/työ, virka-/työpaikka, yhteystiedot)</p> <p>a) <u>tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä</u> sairaanhoitaja-opiskelijat Heidi Hänninen (heidi.m.hanninen@student.kyamk.fi), puh. Vilja Vanhala (vilja.vanhala@student.kyamk.fi) puh. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala Kotka. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja AMK</p> <p>b) <u>opinnäytetyön ohjaaja</u> Mirja Nurmi, lehtori, TtM (mirja.nurmi@kyamk.fi) puh.</p> <p>c) <u>tutkijat, joille lupaa haetaan</u> sairaanhoitaja AMK opiskelijat Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala</p> <p>d) <u>tutkimuspaikka ja osoite</u></p> <p><u>Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna</u> Haastattelussa käytetään teemahaastattelua ryhmähaastatteluna. Haastattelu tehdään Karhuvuorikodin 3.kerrokseen. Karhuvuorikoti 3 krs., Vuorenrinne 4, 48350 Kotka</p> <p><u>Esitutkimus</u> Esitutkimuksessa käytetään teemahaastattelua ryhmähaastatteluna. Esitutkimus tehdään Pihkapolun hoivakodissa. Pihkapolun hoivakoti, Pihkapolku 1, 48350 Kotka</p>
4	<p>Yhdysesikö (nimi, osoite, yhteystiedot)</p> <p><u>Työelämän yhteysesiköt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Maija Rantala, hoiva-asumisen johtaja, Karhuvuorikoti, Vuorenrinne 4, 48350 Kotka. puh. 044 7027335, 05-2345911, maija.rantala@kotka.fi Tiina Holm, osastonhoitaja, Karhuvuorikoti, vuorenrinne 4, 48350 Kotka, puh. 0400-925213. tiina.holm@kotka.fi

	<p><u>Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:n kanssa</u></p> <p><u>Yhteyshenkilöt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Hannele Tiainen, vastaava sairaanhoitaja, Karhulakoti. Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry. Sudenkatu 6, 48600 Kotka, puh. 0447233120. hannele.tiainen@koskenrinne.net Eeva-Liisa Säisä, johtaja, Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry, puh. 05-2297122, 044-0950070 eeva-liisa.saisa@koskenrinne.net
5	<p>Tutkimuksen luonne (asiakkaisiin/henkilökuntaan kohdentuva, haastattelu/kyselytutkimus)</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmä Tutkimuksen kohderyhmänä ovat hoivakodin asukkaat. Haastattelut perustuvat vanhusten omiin mielipiteisiin ja kokemuksiin.</p> <p>Otantakriteeri Otantakriteerinä on hoivakodin aikaan ja paikkaan orientoituneet vanhukset, näin rajataan tutkimuksestamme pois vahvasti dementoituneet asukkaat. Hoivayksikön hoitajat valitsevat haastateltavat näiden kriteerien ja halukkuuden perusteella.</p> <p>Tutkimusaineiston kokoaminen Tutkimusaineisto kootaan teema-haastatteluilla, jotka toteutetaan ryhmähaastatteluina hoivakodin asukkaille. Esitutkimus tehdään Pihkapolku 1. Teemahaastattelut ryhmähaastatteluina tehdään Karhuvuorikodin kolmanteen kerrokseen.</p>
6	<p>Tutkimuksen kesto (kertaluonteinen tutkimus/seurantatutkimus) syyskuu 2008 – joulukuu 2009. Haastattelut tehdään maalis-huhtikuun 2009 aikana.</p>
7	<p>Tutkimussuunnitelman tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoitus Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalista toimintakykyä, sosiaalisten suhteiden, aktiviteettien, harrastusten, viriketoiminnan, psyykkisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn osalta. Tutkimus toteutetaan tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa. Opinnäytetyöllä pyritään nostamaan esille vanhuksen psykososiaalisen toimintakyvyn kehittämisalueita, joiden pohjalta hoitotyötä voidaan kehittää.</p> <p>Tutkimusongelmat Tutkimusongelmat ovat: 1.Miten vanhukset kokevat sosiaaliset suhteensa sekä yksinäisyyden tunteen? 2.Miten vanhukset kokevat harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden sekä laadun ? 3. Millaisena ikääntyneet kokevat psyykkisen hyvinvointinsa? 4.Millaisena ikääntyneet kokevat toimintakykynsä?</p> <p>Teemahaastattelun teemat Teemahaastatteluteemat perustuvat tutkimusongelmiin. Teemahaastattelurunko liitteenä (liite5)</p>

	<p><u>Esitutkimus</u> Esitutkimus tehdään Kotkan Kaupungin hoiva-yksikkö Pihkapolku 1. maaliskuuhun 2009 aikana. Esitutkimushaastatteluun osallistuu Pihkapolku 1. hoitajien valitsema 3-5 asukkaan ryhmä. Esitutkimuksen ryhmähaastattelut tehdään Pihkapolku 1. viikonloppuna, iltapäivällä henkilökunnan kanssa sovittuna ajankohtana.</p> <p><u>Teemahaastattelu ryhmähaastatteluina</u> Teemahaastattelut tehdään ryhmähaastatteluina huhtikuun 2009 aikana Kotkan kaupungin hoiva-yksikkö Karhuvuorikodin 3. kerrokseen. Haastatteluun osallistuu hoitajien valitsemat, kaikki aikaan ja paikkaan orientoituneet vanukset ko. yksiköstä, jotka haluavat vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseemme. Yhteensä haastateltavia on n. 20 hlöä. Haastateltavista muodostetaan pienryhmät (3-5 hlö/ryhmä). Ryhmähaastattelut tehdään Karhuvuorikodissa viikonloppuisin iltapäivällä henkilökunnan kanssa sovittuna ajankohtana.</p>
8	<p>Tutkimusmenetelmän kuvaus</p> <p><u>Otanta</u> Karhuvuorikodin 3.krs:ssa asuvat vanukset, jotka ovat aikaan ja paikkaan orientoituneita ja halukkaita osallistumaan haastatteluihin. Karhuvuorikodin 3.krs:n hoitajat valitsevat haastateltavat näiden kriteerien perusteella. Haastateltavia on yhteensä n.20. Haastattelut tehdään 3-5 hengen pienryhmissä.</p> <p><u>Esitutkimus</u> Esitutkimus tehdään otantakriteerit täyttävillä Pihkapolku 1. asukkaille, jotka Pihkapolku 1. hoitajat valitsevat. Esitutkimus tehdään maaliskuuhun 2009 aikana viikonloppuisin iltapäivällä henkilökunnan kanssa sovittuna aikana. Esitutkimuksessa käytetään teemahaastattelua ryhmähaastatteluina teemahaastattelurungon (liite 5) mukaisesti. Yhden haastattelun kesto on puolesta tunnista tuntiin. Ryhmähaastattelut tehdään tarvittaessa 1-3 kertaa samalle ryhmälle. Haastattelut nauhoitetaan. Esitutkimuksessa haastattelut tekevät Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala.</p> <p><u>Teemahaastattelu ryhmähaastatteluina</u> Teemahaastattelu ryhmähaastatteluina tehdään Karhuvuorikodin 3.krs:ssa teemahaastattelurungon (liite 5) mukaisesti. Karhuvuorikodin 3.krs:n hoitajat valitsevat haastateltavat otantakriteerien mukaisesti. Haastateltavista muodostetaan 3-5 hengen ryhmät. Kukin ryhmä tavataan tarvittaessa 1-3 kertaa. Ryhmähaastattelun kesto on puolesta tunnista tuntiin. Haastattelu tehdään huhtikuun 2009 aikana viikonloppuisin iltapäivällä henkilökunnan kanssa sovittuna aikana. Haastattelut nauhoitetaan. Karhuvuorikodissa haastattelut tekee Heidi Hänninen.</p> <p><u>Haastateltavien informointi</u> Henkilökunta kertoo ensin asukkaille tutkimuksestamme ja kysyy heidän halukkuuttansa osallistua haastatteluun.(liite 1)</p> <p><u>Haastateltavien suostumus</u> Ennen jokaista haastattelua kerromme opinnäytetyöstämme. Kerromme vanhuksille, että heidän anonymisyytensä pysyy suojattuna, vain opinnäytetyön tekijät Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala käsittelevät tutkimusaineistoa eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu. Varmistamme myös halukkuuden osallistua haastatteluun.(liite 2) Haastateltavilta pyydetään kirjallinen sekä suullinen suostumus itse haastatteluun sekä haastattelujen nauhoitukseen.(liite 3)</p>

	<p><u>Tulosten raportointi</u> Tulokset analysoidaan induktiivisen sisällön analyysin avulla. Tulokset raportoidaan niin, ettei kenenkään haastatellun henkilöllisyys paljastu. Opinnäytetyön raportissa ei mainita myöskään yksiköitä joissa haastattelut on tehty.</p> <p><u>Teemahaastattelurunko</u> 1.Miten vanhuksat kokevat sosiaaliset suhteensa ja yksinäisyyden tunteen? 2. Miten vanhuksat kokevat harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden ja laadun? 3. Millaisena ikääntyneet kokevat psyykkisen hyvinvointinsa? 4.Millaisena ikääntyneet kokevat toimintakykynsä?</p> <p>Haastatteluteemat pohjautuvat tutkimusongelmiin. Liitteenä 5 on kuvattu Teemahaastattelurunko apukysymyksineen.</p> <p>Tutkimuslupahakemuksen liitteenä myös tutkimussuunnitelma (43 sivua , 6 liitettä)</p>
9	<p>Tutkimuksessa käytettäväksi pyydetty aineisto (asiakirjatiedot)</p> <p>Emme tarvitse tutkimukseemme mitään asiakirjatietoja, koska henkilökunta valitsee haastateltavat. Emme tiedä tai mainitse missään asukkaiden nimiä tai henkilöllisyyttä. Emme mainitse opinnäytetyön raportissa yksiköiden nimiä.</p>
10	<p>Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot (muut asiakirjatiedot, tutkittavilta haastatteluin/kyselyin saatavat tiedot)</p> <p><u>Tyytyväisyyskysely hoivapalvelun asukkaille</u> Kotkan kaupungin hoivakodit sekä Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry ovat tehneet tyytyväisyyskyselyn hoivapalvelun asukkaille marraskuussa 2008. Opinnäytetyön tekijät ovat analysoineet tyytyväisyyskyselyn tulokset (avoimet kysymykset) induktiivisella sisällön analyysillä ja hyödyntäneet tuloksia tämän opinnäytetyön tutkimusongelmien perustana. Tyytyväisyyskyselyn tulokset raportoidaan opinnäytetyössä.</p>
11	<p>Tutkimusrekisterin tietotyypit</p> <p>a) Tutkimusrekisteriin kerättävät henkilön yksilöintitiedot eriteltyinä</p> <p>Henkilökunta valitsee haastateltavat. Haastattelijat eivät saa asukkaiden nimiä selville.</p> <p>b) Muut tiedot ja tietotyypit</p>
12	<p>Tutkimusaineiston suojaus, arkistointi ja hävittäminen (salassa pidettävän tiedon käsittely, suojaus, käytön valvonta, hävittäminen)</p> <p>Tutkimusaineistoa(haastattelunauhoitukset ja muistiinpanot nauhoituksista ym.) käsittelee ainoastaan Vilja Vanhala sekä Heidi Hänninen. Tiedot muokataan niin, että tutkittavien anonyymisyys säilyy. Nauhoitukset ja muistiinpanot hävitetään tutkimuksen jälkeen. Kirjalliset suostumuslomakkeet jäävät yksikköön.</p>
13	<p>Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus Emme tarvitse.</p>

14	<p>Tutkimustulosten hyödyntäminen (julkaiseminen ym.)</p> <p>Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyön raportissa. Opinnäytetyön pohjalta teemme vihkosen vanhuksen psykososiaalisesta toimintakyvystä ja sen tukemisesta. Vihkonen toimitetaan sähköisenä sekä kirjallisena versiona Karhuvuorikotiin sekä Maija Rantalalle.</p>
15	<p>Sitoumukset</p> <p>Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus eikä luovuta saamiani salassa pidettäviä henkilötietoja sivulliselle.</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus <u></u></p> <p><u>9.3.09</u> Nimen selvennys <u>Heidi Hänninen</u></p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus _____</p> <p><u>9.3.09</u> Nimen selvennys <u>Vilja Vanhala</u></p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus <u></u></p> <p>_____ Nimen selvennys _____</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus _____</p> <p>_____ Nimen selvennys _____</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus _____</p> <p>_____ Nimen selvennys _____</p>
16	<p>Liitteet</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma</p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimusta varten myönnettyt muut luvat</p> <p><input type="checkbox"/> Luonnos rekisteriselosteeksi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöille annettavasta yhteydenotto- ja informointikirjeestä liitteet 1 ja 2</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöiltä pyydettävästä suostumuksesta liite 3</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Muut liitteet: liite 5 teemahaastattelurunko</p>
17	<p>Päiväys, hakijan allekirjoitus ja osoite</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus _____</p> <p>_____ Osoite _____</p>
18	<p>Päiväys ja vastaavan ohjaajan allekirjoitus</p> <p>Päiväys 5.3.2009 Allekirjoitus <u></u></p> <p>_____ Nimen selvennys <u>Mirja Nurmi</u></p>

19	<p>Tutkimuslupahakemus toimitetaan osoitteeseen</p> <p>Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut Kirjaamo PL 205, 48101 KOTKA</p>
20	<p>Hyvinvointipalvelujen tehtäväalueen johtoryhmän lausunto</p> <p>Kokouspäivä ja asianumero:</p>
21	<p>Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös</p> <p>Päiväys <u>27.3.2009</u></p> <p>Viranhaltijan allekirjoitus <u><i>Mauno Vintala</i></u></p> <p>Nimenselvennys <u>VAAPO VINTALA</u></p> <p>Tehtävänimike <u>VANHUUSTENHUOLLON JOHTAJA</u></p>

Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut
PL 205 (Kustaankatu2), 48101 KOTKA
puh. (05) 234 51, faksi (05) 234 5226
kirjaamo@kotka.fi
www.kotka.fi

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

opinnäytetyö

Tutkimuksen nimi

Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky

Tutkimuksesta vastaava tutkija/tutkijat, tutkijaryhmä, tutkimusorganisaatio

Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysala Kotka. Hoitotyön koulutusohjelma. SairaanhoitajaAMK ryhmä HO06S

Tutkimuksen suorittajat ja tutkimuksen suorituspaikka

(nimi, virka/työ, virka-/työpaikka, yhteystiedot)

tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä

sairaanhoitaja-opiskelijat

Heidi Hänninen(heidi.m.hanninen@student.kyamk.fi, puh.

Vilja Vanhala. ,(vilja.vanhala@student.kyamk.fi puh

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala Kotka. Hoitotyön koulutusohjelma.

Sairaanhoitaja AMK

opinnäytetyön ohjaaja

Mirja Nurmi. lehtori, TtM (mirja.nurmi@kyamk.fi) puh.

tutkijat, joille lupaa haetaan

sairaanhoitaja AMK opiskelijat Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala

tutkimuspaikka ja osoite

Esihaastattelu: Kotkan kaupungin Pihkapolun hoivakoti,Pihkapolku 1, 48350 Kotka

Varsinainen haastattelu: Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:n Karhulakodin kotipalvelu Sudenkatu 6, 48600 Kotka

Tutkimus tehdään yhteistyössä Kotkan kaupungin hoivayksikkö Karhuvuorikoti 3 krs.,Vuorenrinne 4, 48350 Kotka sekä esihaastattelu Kotkan kaupungin Pihkapolun hoivakoti, Pihkapolku 1, 48350 Kotka

Yhdysesikö (nimi, osoite, yhteystiedot)

Maija Rantala, hoiva-asumisen johtaja, Karhuvuorikoti, Vuorenrinne 4, 48350 Kotka. puh. 044 7027335, 05-2345911, maija.rantala@kotka.fi

Tiina Holm, osastonhoitaja, Karhuvuorikoti, vuorenrinne 4, 48350 Kotka, puh. 0400-925213. tiina.holm@kotka.fi

Hannele Tiainen, vastaava sairaanhoitaja, Karhulakoti. Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry. Sudenkatu 6, 48600 Kotka, puh. 0447233120. hannele.tiainen@koskenrinne.net

Eeva-Liisa Säisä, johtaja, Palvelutalokoskenrinne ry, puh. 05-2297122, 044-0950070
eeva-liisa.saisa@koskenrinne.net

Tutkimuksen luonne (asiakkaisiin/henkilökuntaan kohdentuva, haastattelu/kyselytutkimus)

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat hoivakodin aikaan ja paikkaan orientoituneet vanhukset, näin rajaamme tutkimuksestamme pois vahvasti dementoituneet asukkaat. Tutkimusaineisto kootaan teema-haastatteluilla jotka toteutetaan ryhmähaastatteluina hoivakodin asukkailla. Haastattelu tehdään Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry:n Karhulakodin kotipalvelu-puolelle. Opinnäytetyö tehdään yhteistyössä Kotkan kaupungin Hoivayksiköiden Pihkapolku 1:n , jonne teemme

esihaastattelun sekä Karhuvuorikodin 3.krs kanssa, jonne teemme varsinaisen haastattelun. Haastattelut perustuvat vanhuksen omiin mielipiteisiin ja kokemuksiin.

Tutkimuksen kestoaika (kertaluonteinen tutkimus/seurantatutkimus)
syyskuu 2008 – joulukuu 2009. Haastattelut tehdään maaliskuuhun 2009 aikana

Tutkimussuunnitelman tiivistelmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalista toimintakykyä, sosiaalisten suhteiden, aktiviteettien, harrastusten, viriketoiminnan, psyykkisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn osalta. Tutkimus toteutetaan tiiviissä yhteistyössä työelämän kanssa. Opinnäytetyöllä pyritään nostamaan esille vanhuksen psykososiaalisen toimintakyvyn kehittämisalueita, jotta työelämän taho voisi puuttua niihin ja kehittää hoitotyötä.

Tutkimusongelmamme ovat:

1. Miten vanhukset kokevat sosiaaliset suhteensa sekä yksinäisyyden tunteen?
2. Miten vanhukset kokevat harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden sekä laadun?
3. Millaisena ikääntyneet kokevat psyykkisen hyvinvointinsa?
4. Millaisena ikääntyneet kokevat toimintakykynsä?

Esihaastattelu: Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna Kotkan Kaupungin hoiva-yksikkö Pihkapolku 1. maaliskuun 2009 aikana. Teemahaastattelun teemat ovat samat kuin tutkimusongelmat. Varsinainen haastattelu: Teemahaastattelu tehdään ryhmähaastatteluna maaliskuuhun 2009 aikana Karhulakodin kotipalvelupuolelle. Haastatellaan myös Kotkan kaupungin Karhuvuorikodin 3.krs:n asukkaita. Otantakriteeri: Kaikki aikaan ja paikkaan orientoituneet vanhukset yksiköistä, jotka haluavat vapaaehtoisesti osallistua tutkimukseemme, yhteensä n. 20 hlöä/ yksikkö. Työelämän edustajat valitsevat haastateltavat pienryhmät (3-5 hlö/ryhmä) Ryhmähaastattelut tehdään Karhulakodissa viikonloppuisin henkilökunnan kanssa sovittuina ajankohtina.

Tutkimusmenetelmän kuvaus

Tyytyväisyyskyselyt on tehty Kotkan kaupungin hoivakodeissa sekä Palvelutalo yhdistys Koskenrinne ry:n yksiköissä syksyllä 2008. Olemme analysoineet tyytyväisyyskyselyn tulokset (avoimet kysymykset) induktiivisella sisällön analyysillä ja hyödynnämme tuloksia työssämme tutkimusongelmien perustana. Tyytyväisyyskyselyn tulokset raportoidaan opinnäytetyössä.

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kootaan teemahaastatteluina jotka toteutetaan ryhmähaastatteluina. Ryhmän koko on 3-5 henkilöä. Kukin ryhmä tavataan 2-3 kertaa. Ryhmähaastattelun kesto noin puoli tuntia. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelut tekee Karhulakodissa Vilja Vanhala. Työelämän edustajat valitsevat ryhmät.

Haastateltavien informointi: Henkilökunta kertoo ensin asukkaille tutkimuksestamme ja kysyy heidän halukkuuttansa osallistua haastatteluun.

Haastateltavien suostumus: Haastateltavilta pyydetään suostumus itse haastatteluun sekä haastattelujen nauhoitukseen.

Anonyymisyys: Kerromme haastateltaville, että heidän anonyymisyytensä pysyy suojattuna, vain tutkijat Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala käsittelevät tutkimusaineistoa eikä kenenkään henkilöllisyys paljastu.

(kts. tutkimussuunnitelman liitteet 1, 2 ja 3)

Tulokset analysoimme induktiivisen sisällön analyysin avulla. Tulokset raportoidaan niin että kenenkään haastatellun henkilöllisyys ei paljastu. Opinnäytetyön raportissa ei mainita myöskään yksiköitä joissa haastattelut on tehty.

Tutkimuksessa käytettäväksi pyydetty aineisto (asiakirjatiedot)

Emme tarvitse tutkimukseemme mitään asiakirjatietoja, koska henkilökunta valitsee haastateltavat. Emme tiedä tai mainitse missään asukkaiden nimiä ja henkilöllisyyttä. Emme mainitse opinnäytetyön raportissa yksiköiden nimiä.

Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot

(muut asiakirjatiedot, tutkittavilta haastatteluin/kyselyin saatavat tiedot)

Tyytyväisyyskysely hoivapalvelun asukkaille tulosten analysointi ja tulosten raportointi opinnäytetyössä.

Teema-haastattelulla saadut tiedot (ihmissuhteet, psyykkinen hyvinvointi, toimintakyky, aktiviteetti, viriketoiminta ja harrastukset)

Haastattelut perustuvat vanhusten omiin mielipiteisiin ja kokemuksiin.

Tutkimusrekisterin tietotyypit

Emme tarvitse.

Tutkimusaineiston suojaus, arkistointi ja hävittäminen

(salassa pidettävän tiedon käsittely, suojaus, käytön valvonta, hävittäminen)

Tutkimusaineistoa(haastattelunauhoitukset ja muistiinpanot nauhoituksista ym.) käsittelee ainoastaan Vilja Vanhala sekä Heidi Hänninen. Tiedot muokkaamme niin, että tutkittavien anonyymisyys säilyy. Nauhoitukset ja muistiinpanot hävitetään tutkimuksen jälkeen.

Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus

Emme tarvitse.

Tutkimustulosten hyödyntäminen (julkaiseminen ym.)

Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyö-muodossa sekä teemme vihkosen vanhuksen psykososiaalisesta toimintakyvystä, jonka jaamme sekä Palvelutalo Koskenrinne ry:n yksiköihin Kotkan Kaupungin hoivapalvelu yksiköihin. Kartoitamme siis vanhusten psykososiaalista toimintakykyä, jotta työelämän taho pystyisi kehittämään hoitotyötä.

Sitoumukset

Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus enkä luovuta saamiani salassa pidettäviä henkilötietoja sivulliselle.

Päiväys _____ Allekirjoitus Heidi

9.3.09 Nimen selvennys Heidi Hänninen

Päiväys _____ Allekirjoitus Vilja Vanhala

9.3.09 Nimen selvennys Vilja Vanhala

Liitteet

- Tutkimussuunnitelma
 Tutkimusta varten myönnetyt muut luvat
 Luonnos rekisteriselosteeksi
 Malli tutkimushenkilölle annettavasta yhteydenotto- ja informointikirjeestä
 Malli tutkimushenkilöiltä pyydettävästä suostumuksesta
 Muut liitteet

Päiväys, hakijan allekirjoitus ja osoite

Päiväys _____ Allekirjoitus _____

_____ Osoite _____

Päiväys ja vastaavan ohjaajan allekirjoitus

Päiväys _____ Allekirjoitus Mirja Nurmi

20.2.2009 Nimen selvennys MIRJA NURMI

Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös

Päiväys 16.3.2009

Viranhaltijan allekirjoitus Marja-Liisa **Palvelutaloyhdistys
KOSKENRINNE ry**

Nimenselvennys MARJA-LIISA

Tehtävänimike LOVASTAJA

KOTKAN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelut
Vanhustenhuollon vastuualue
Vanhustenhuollon johtaja

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §

Sivu

27.3.2009

14

1

Dnro SOTE: 76 /2009

Tutkimuslupa/Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala

Valmistelija: Johdon sihteeri Pirjo Tamminen

Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala ovat anoneet tutkimuslupaa aiheesta "Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky".

Opinnäytetyön ohjaajana toimii lehtori Mirja Nurmi, TtM. Haastattelussa käytetään teemahaastattelua ryhmähaastatteluna.

Liitteenä tutkimuslupahakemus.

Päätös: Tutkimuslupa myönnetään.

Toimeenpano:

Ote: Ao. henkilöt

Lautakunnan puheenjohtaja

Oikaisuvaatimusohjeet


Vanhustenhuollon johtaja Varpu Vistala

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä 7.4.2009

LIITE 3 HANKKEISTUSSOPIMUS

OPISKELIJA

Opiskelijanumero	Viralliset etunimet Heidi
Sukunimi Hänninen	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin
Toimipiste ja koulutusohjelma Kymnk / hoitotöiden ko	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus Sairaanhoitaja Ho065	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.

Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.

Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Mirja Nurmi
Sähköposti Mirja.Nurmi@kymnk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Maija Rantala Hannele Tiainen
Sähköposti Maija.Rantala@kotka.fi Hannele.Tiainen@korkeammk.fi

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä)	
Hoivakodissa aruvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä)	
Tavoitteena karkottaa hoivakodissa aruvien vanhuksen psykososiaalista toimintakykyä.	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä)	
Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna, aineiston analyysi sisällönanalyysillä.	
Opinnäytetyön aloitus	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Syysy 2008	<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *)	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/ti/tiltkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS	<i>Hannele</i>
Kotka 16.12.2009	<i>Mari Laitinen</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka 16.12.2009	<i>Heidi</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS	
Kotka 16.12.2009	<i>Yrjö Nieminen</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajaryitykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

OPISKELIJA

Opiskelijanumero	Viralliset etunimet Vilja
Sukunimi Vanhala	
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin
Toimipiste ja koulutusohjelma Kyaamk / Hoitotyön ko sairaanhoitaja amk	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus sairaanhoitaja amk, H0065	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö
Lähiosoite	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti	Puhelin

OPINNÄYTETYÖN HANKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) Mirja Nurmi MIRJA NURMI
Sähköposti mirja.nurmi@kyaamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Maija Rantala Hannele Tiainen
Sähköposti Maija.Rantala@kotka.fi Hannele.Tiainen@kaskennine.net

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä)	
Hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä)	
Tarkoituksena kartoittaa hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalista toimintakykyä	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä)	
Teemahaastattelu ryhmähaastatteluna, Aineiston analyysi sisällönanalyysillä	
Opinnäytetyön aloitus	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,

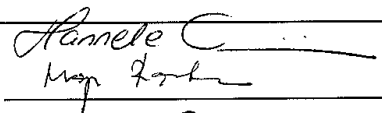
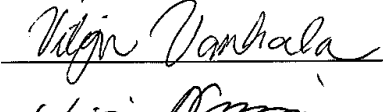
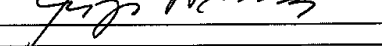
<http://www.tilastokeskus.fi/tii/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laittoisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisella sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIAANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS		
KOTKA	16.12.2009	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS		
KOTKA	16.12.2009	
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS		
KOTKA	16.12.2009	

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajaryitykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.

LIITE 4

TYÖELÄMÄN INFORMAATIO HOIVAKODIN ASUKKAILLE TUTKIMUKSESTAMME

Sairaanhoitajaopiskelijat Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta tekevät opinnäytetyötä vanhusten psykososiaalisesta toimintakyvystä. He haluavat selvittää miten vanhuset kokevat oman vointinsa, jotta työelämä pystyisi parantamaan vanhusten hyvinvointia palvelutaloissa. He haastattelevat asukkaita tutkimustaan varten pienryhmittäin. Antamanne vastaukset käsitellään niin ettei henkilöllisyytenne paljastu. Olisitteko halukas osallistumaan tähän tutkimukseen ja auttaa parantamaan teidän omaa hyvinvointianne?

LIITE 5

TUTKIMUKSESTA KERTOMINEN ASUKKAILLE HAASTATTELUTILANTEESSA

Olen sairaanhoitajaopiskelija Heidi Hänninen/Vilja Vanhala Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta. Teen yhdessä opiskelijatoverini Heidi Hännisen/Vilja Vanhalan kanssa opinnäytyötä hoivakodissa asuvien vanhusten psykososiaalisesta toimintakyvystä, eli haluamme selvittää miten vanhukset voivat hoivakodeissa. Tarkoituksena olisi haastatella teitä teidän ihmissuhteista, harrastuksista, mielen hyvinvoinnista sekä toimintakyvystänne. Nauhoitamme nämä haastattelut ja kaikki mitä kerrotte pysyy luottamuksellisena eli antamanne vastaukset käsitellään tutkimuksessa niin, että henkilöllisyyttänne ei yhdistetä antamiinne tietoihin. Haastattelunauhoja kuuntelee ja kirjoittaa teksteiksi ainoastaan minä Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala, jonka jälkeen nauhat ja muistiinpanot tuhotaan. Oletteko kaikki vapaaehtoisesti halukkaita osallistumaan haastatteluun ja saammeko kaikilta luvan haastattelun nauhoittamiseen? Onko teillä kysymyksiä koskien haastattelua?

Kiitos vielä osallistumisestanne!

LIITE 6

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

Haluan osallistua Heidi Hännisen ja Vilja Vanhalan opinnäytetyön hoivakodissa asuvan vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky haastatteluun. Haastatteluiden avulla pyritään selvittämään vanhusten omaa kokemusta hyvinvoinnistaan palvelutalossa. Haastattelut nauhoitetaan ja niitä kuuntelee ja kirjoittaa teksteiksi ainoastaan Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala. Osallistuneiden henkilöllisyys pysyy suojattuna. Annan tällä suostumuksen haastatteluun sekä haastattelujen nauhoitukseen.

Kiitos osallistumisestanne!

Allekirjoitus

Vanhuksen psykososiaalinen toimintakyky		
<u>Tutkimustehtävä</u>	<u>Teoria-osan sivu</u>	<u>Haastattelukysymys</u>
Miten vanhukset kokevat sosiaalisen toimintakykynsä sekä yksinäisyyden tunteen?	9	Keitä teidän läheisiinne kuuluu?Ketkä ovat läheisimpiä ihmisiä teidän elämässänne?
	9, 10	Ihmissuhteiden merkitys teille?
	9	Kuinka usein olette yhteydessä läheisiinne?-Millaisia nämä tapaamiset ovat?(esim.puhelin- kontakti, kirjeet, vierailu jne?)
	10	Löytyykö teiltä palvelutalon sisältä ystäviä?-Mikä merkitys heillä on teidän elämäännne?-Mitä heidän kanssaan tehdään?
	11, 12	Onko teillä sairauksia tai muita rajoitteita jotka vaikuttavat ystävien ja muiden läheidten tapaamista?-Miksi?
	11,12	Tunnetteko yksinäisyyttä?-Mikä teidän mielestä aiheuttaa yksinäisyyden tunnetta?Mitkä tekijät helpottavat yksinäisyyden tunnetta?
Miten vanhukset kokevat harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden , laadun?	14, 15	Harrastatteko mitään?-Minkälaisia harrastuksia teillä on?(esim.lehtien luku, kirjojen lukeminen, tv:n katselu, radion kuuntelu, urheilun seuraaminen, ulkoilu, kerhoissa käyminen, kirkossa käyminen, korttien pelaaminen, musiikin kuuntelu jne.)
	13, 14, 17	-Mikä merkitys harrastuksilla on elämäännne?
	15, 17	Oletteko tyytyväisiä palvelutalossa saataviin virikkeisiin ja harrastemahdollisuuksiin?-miksi?, miksi ette?
	17	-Minkälaista toimintaa tai virikkeitä toivoisitte?(esim. käsitöitä, jumppaa, askartelua, laulamista, vapaata seurustelua, ulkoilua, tietovisoja jne.)
Millaisena vanhukset kokevat psyykkisentoimintakykynsä?	18	Oletteko tyytyväisiä elämäännne tällä hetkellä?-Miksi, miksi ette?
	20	Oletteko edelleen kiinnostuneita samoista asioista kuin aikaisemminkin?-mistä?
	18	Minkälaisia asioita odotatte tulevaisuudelta?
	18,21	Minkälaiset asiat tekevät iloiseksi?
	18, 19, 21	Minkälaiset asiat tekevät surulliseksi?
	18	Onko palvelutalon henkilökunnalla merkitystä omaan hyvään oloonne?-miten?
Millaisena vanhukset kokevat fyysisen ja kognitiivisen toimintakykynsä?	25	Käytettättekö apuvälineitä liikkumiseen?-mitä ja kuinka usein?
	22,23	Harrastatteko liikuntaa?-minkälaista?
	22,23,24,25,26	Mitkä asiat vaikuttavat omaan fyysiseen jaksamiseenne?
	24,25,	Miten koette oman kuntonne?(näkö?kuulo?liikuntakyky?muisti?)
	26	Miten koette mahdollisen toimintakyvyn heikkenemisen?
	23, 26	Kuinka tärkeää teidän mielestänne on omatoimisuuden ylläpitäminen?
	25	Mitkä asiat saavat teidät liikkumaan?(esim.terveysvaikutukset kuten oman kunnon ylläpito, läheiset ihmiset, mielihyvän kokemukset jne?)
	23, 25	Miten toimintakykyvyn ylläpitäminen mielestänne vaikuttaa ihmissuhteisiin, omaan mielialaan ja aktiivisuuteen?

LIITE 8

HAASTATTELU RUNKO

Teema: Sosiaalinen toimintakyky

1.Miten vanhukset kokevat sosiaalisen toimintakykynsä ja yksinäisyyden tunteen?

Vanhuksilta kysytään;

-Keitä teidän läheisiinne kuuluu? -Ketkä ovat läheisimpiä ihmisiä teidän elämässänne?

-Ihmissuhteiden merkitys teille?

-Kuinka usein olette yhteydessä läheisiinne?-Millaisia nämä tapaamiset ovat?(esim.puhelin- kontakti, kirjeet, vierailu jne?)

-Löytyykö teiltä palvelutalon sisältä ystäviä?-Mikä merkitys heillä on teidän elämäännne?-Mitä heidän kanssaan tehdään?

-Onko teillä sairauksia tai muita rajoitteita jotka vaikuttavat ystävien ja muiden läheidten tapaamista?-Miksi?

-Tunnetteko yksinäisyyttä?-Mikä teidän mielestä aiheuttaa yksinäisyyden tunnetta?Mitkä tekijät helpottavat yksinäisyyden tunnetta?

Teema: Harrastukset, virikkeet ja aktiiviteetit

2.Miten vanhukset kokevat harrastusten, aktiiviteettien ja virikkeiden merkityksen, riittävyyden , laadun?

-Vanhuksilta kysytään;

-Harrastatteko mitään?-Minkälaisia harrastuksia teillä on?(esim.lehtien luku, kirjojen lukeminen, tv:n katselu, radion kuuntelu, urheilun seuraaminen, ulkoilu, kerhoissa käyminen, kirkossa käyminen, korttien pelaaminen, musiikin kuuntelu jne.)

-Mikä merkitys harrastuksilla on elämäänne?

-Oletteko tyytyväisiä palvelutalossa saataviin virikkeisiin ja harrastemahdollisuuksiin?-miksi?, miksi ette?

-Minkälaista toimintaa tai virikkeitä toivoisitte?(esim. käsitöitä, jumppaa, askartelua, laulamista, vapaata seurustelua, ulkoilua, tietovisoja jne.)

Teema: Psyykinen toimintakyky

3. Millaisena vanhuksat kokevat psyykkisen toimintakykynsä?

-Vanhuksilta kysytään;

-Oletteko tyytyväisiä elämäänne tällä hetkellä?-Miksi, miksi ette?

-Oletteko edelleen kiinnostuneita samoista asioista kuin aikaisemminkin?-mistä?

-Minkälaisia asioita odotatte tulevaisuudelta?

-Minkälaiset asiat tekevät iloiseksi?

-Minkälaiset asiat tekevät surulliseksi?

-Onko palvelutalon henkilökunnalla merkitystä omaan hyvään oloonne?-miten?

Teema: Fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky

4. Millaisena vanhuksat kokevat fyysisen ja kognitiivisen toimintakykynsä?

-Vanhukselta kysytään;

-Käytättekö apuvälineitä liikkumiseen?-mitä ja kuinka usein?

-Harrastattekö liikuntaa?-minkälaista?

-Mitkä asiat vaikuttavat omaan fyysiseen jaksamiseenne?

-Miten koette oman kuntonne?(näkö?kuulo?liikuntakyky?muisti?)

-Miten koette mahdollisen toimintakyvyn heikkenemisen?

-Kuinka tärkeää teidän mielestänne on omatoimisuuden ylläpitäminen?

-Mitkä asiat saavat teidät liikkumaan?(esim.terveysvaikutukset kuten oman kunnon ylläpito, läheiset ihmiset, mielihyvän kokemukset jne?)

-Miten toimintakykyvyn ylläpitäminen mielestänne vaikuttaa ihmissuhteisiin, omaan mielialaan ja aktiivisuuteen?

LIITE 9

Kotkan kaupungin hoiva-asuminen ja
Palvelutaloyhdistys Koskenrinne ry

KYSELY HOIVA-ASUMISEN ASIAKKAILLE

Hyvä hoiva-asumisen asiakas!

Tämän kyselyn tarkoituksena on selvittää Kotkan kaupungin hoiva-asumisen ja Palvelutaloyhdistys Koskenrinteen asiakkaiden tyytyväisyyttä saamastaan hoidosta ja huolenpidosta. Toiminnan kehittämisen kannalta mielipiteenne on meille tärkeä, joten toivomme, että vastaatte tähän kyselyyn. Tulosten pohjalta toimintaa kehitetään entistä paremmin vastaamaan teidän tarpeitanne ja odotuksianne.

Taustatiedot

1. Asun

- 1 Karhula-kodin palveluasumisessa
- 2 Karhula-kodin hoiva-asumisessa
- 3 Koskenrinteen vuokra-asunnoissa
- 4 Koskenrinteen hoiva-asumisessa
- 5 Kotka-kodin palveluasumisessa

- 6 Karhuvuorikodissa
- 7 Ilmarikodissa
- 8 Koivulakodissa
- 9 Oivakodissa
- 10 Pihkapolun hoivakodissa

Olen asunut _____ vuotta ko. talossa

2. Olen

- 1 nainen
- 2 mies

3. Iältäni olen

- 1 40 vuotias tai alle
- 2 41-50 vuotias
- 3 51-60 vuotias
- 4 61-70 vuotias
- 5 71-80 vuotias
- 6 81-90 vuotias
- 7 91 vuotias tai yli

Kysymyksissä 4-14 ympyröikää jokaisen väittämän kohdalla mieltäpidettäne parhaiten vastaava vaihtoehto.

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
4. Olen tyytyväinen saamaani hoitoon ja huolenpitoon	1	2	3	4	5
5. Pystyn vaikuttamaan hoitooni	1	2	3	4	5
6. Minua kohdellaan kunnioittavasti	1	2	3	4	5
7. Tunnen oloni turvalliseksi	1	2	3	4	5
8. Saan riittävästi ohjausta ja neuvontaa	1	2	3	4	5
9. Henkilökunta on ammattitaitoista	1	2	3	4	5
10. Henkilökunta on ystävällistä	1	2	3	4	5
11. Minun yksilölliset tarpeeni huomioidaan hyvin	1	2	3	4	5
12. Virikkeltä ja toimintaa on riittävästi	1	2	3	4	5
13. Tilat ovat asianmukaiset ja viihtyisät	1	2	3	4	5
14. Ympäristö on turvallinen	1	2	3	4	5

Kysymyksiin 15-16 voitte vastata vapaasti omin sanoin.

15. Mitä mielestänne on hyvä hoito?

16. Mitä asioita toivoisitte kehitettävän ja parannettavan?

Kiitos vastauksestanne!

LIITE 10 Esimerkki yhteenveto kyselystä hoiva-asumisen asukkaille

Kysely hoiva-asumisen asiakkaille; yhteenvedot Yksikkö 1.

Vastanneiden määrä:

Vastannut: 14

Ei vastannut: 8

Naisia vastanneista: 7

Miehiä vastanneista: 7

Vastanneiden iät:

51-60 v: 4

61-70 v.: 4

71-80 v.: 4

81-90 v.: 1

91 v.tai yli.:1

Vastanneiden asumisaika ko. yksikössä (keskiarvo): 5,3 vuotta.

Yhteenvedo monivalintakysymyksistä

	Täysin eri mieltä	Osittain eri mieltä	En osaa sanoa	Osittain samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
olen tyytyväinen saamaani hoitoon ja huolepitoon				4	9
pystyn vaikuttamaan hoitooni				7	6
minua kohdellaan kunnioittavasti		1		2	10
tunnen oloni turvalliseksi				1	13
saan riittävästi ohjausta ja neuvontaa				1	12
henkilökunta on ammattitaitoista				1	12
henkilökunta on ystävällistä		1		2	10
minun yksilölliset tarpeeni huomioidaan hyvin				3	10
virikkeitä ja toimintaa on riittävästi		2		5	6
tilat ovat asianmukaiset ja viihtyisät		1		1	12
ympäristö on turvallinen					14

HUOM. Kaikki eivät välttämättä vastanneet joka kohtaan.

Hoivakodissa asuvan vanhuksen hyvinvoinnin kehittäminen



Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Heidi Hänninen ja Vilja Vanhala 2010

Vanhusten hyvinvointia voidaan tarkastella sosiaalisten suhteiden, harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden, psyykkisen- sekä fyysisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin kautta. On tärkeää tietää mitkä tekijät edistävät sekä heikentävät vanhusten hyvinvointia, jotta näitä eri osa-alueita voidaan kehittää, tukea sekä parantaa. Taulukossa 1 on kuvattu hyvinvointia edistävät ja heikentävät tekijät ja kuvassa 1 miten vanhuksen hyvinvointia voidaan kehittää.

SOSIAALISET SUHTEET

Vanhusten sosiaalisia suhteita edistävät hyvä sosiaalinenverkosto, yhteisöllisyys, yhteiset ruokailu-tilanteet sekä sosiaaliset tavat, kuten hyvänyön ja aamun toivotukset. Hyvän sosiaalisenverkoston ylläpitämiseksi tärkeää ovat yhteydet sekä hoivakodin sisälle, että sen ulkopuolellekin. Erityisesti kontaktit omaisiin ovat tärkeitä. Vanhukset kokevat usein kontaktit omaisiin liian harvoin omaisten kiireestä johtuen. Tiiviillä yhteydenotoilla ja vierailuilla voidaankin tukea vanhuksen sosiaalista suhteita, kun taas heikko sosiaalinen verkosto ja harvat yhteydet omaisiin heikentävät ikääntyneen hyvinvointia. Tärkeää on myös turvata sujuva tiedonkulku omaisten ja hoitohenkilökunnan välillä.

Vanhusten sosiaalista verkostoa tulisikin tukea mahdollistamalla yhteydenotot omaisiin, sekä kannustamalla hoivakodin arjessa kanssakäymistä toisten asukkaiden kanssa. Hoitohenkilökunnan tulisi erityisesti kiinnittää huomiota myös asukkaiden välisiin suhteisiin, tukemalla ystävyysuhteiden luomista ja puuttamalla asukkaiden keskinäisiin ristiriitoihin.

Yhdessä oleminen, kuten yhteiset jumppahetket edistävät ystävyysuhteiden luomista. Sosiaalisten tilanteiden puute ja toimettomuus, jotka voivat aiheutua virikkeiden riittämättömydestä, saattavat heikentää vanhuksen sosiaalisia suhteita. Pitäisi kuitenkin muistaa, että vanhukselle myös oma rauha ja tila ovat tärkeitä. Omassa huoneessa tai tilassa vanhukset saavat välillä hengähtää sosiaalisista velvoitteista.

Sosiaalisia suhteita heikentävät ikääntyminen ja sen mukanaan tuomat muutokset. Erilaiset sairaudet, aistien heikkeneminen kuten huono näkö ja kuulo sekä puheentuottamisen- ja liikkumisen ongelmat voivat vähentää kontakteja muihin

ihmisiin. Myös erilaiset menetykset kuten puolison, ystävän tai muun läheisen ihmisen kuolema saattaa heikentää sosiaalisia suhteita ja johtaa yksinäisyyteen.

Iän mukanaan tuomista muutoksista huolimatta positiivinen asenne sekä aktiivisuus edistävät ystävyssuhteita, kun taas luovuttaminen ja kiinnostuksen puute muita ihmisiä kohtaan heikentävät suhteita muihin. Vanhuksia tulisikin kannustaa omaan aktiivisuuteen ja antaa positiivista palautetta.

HARRASTUKSET, AKTIVITEETIT JA VIRIKKEET

Harrastuksia, aktiviteetteja ja virikkeitä tulisi järjestää kaikille vanhuksille omien mieltymysten ja kiinnostuksen kohteiden mukaan. Vanhuksille on tärkeää päästä ulkoilemaan ja myös muita virikkeitä tulisi järjestää hoivakodin ulkopuolelle kuten retkiä, ostoksilla ja kirkossa käymistä. Hoivakodeissa järjestettävistä virikkeistä kaivattaisi lisää lehdenlukua, tanssimista, haastavampaa jumppaa, (esim. painavampia painoja voisi kokeilla hyväkuntoisemmille asukkaille), askartelua, laulamista ja tietokilpailuja.

Hyvä toimintakyky on yksi merkittävä tekijä harrastusten, aktiviteettien ja virikkeiden edistäjä. Vähäiseen harrastamiseen vaikuttaa oma asenne, kuten saamattomuus sekä virikkeiden puute. Iän tuomien fyysisten muutosten vuoksi hoitajilta sekä omaisilta saama apu ja tuki ovat erityisen tärkeitä harrastusten jatkuvuuden kannalta. Näin ollen hoitajien kiire ja puute vaikuttavat hoivakotien virikkeiden määrään ja laatuun heikentävästi. Henkilökuntaa kaivattaisiinkin hoivakoteihin lisää, jotta aikaa jäisi myös virikkeiden järjestämiseen.

PSYKKINEN HYVINVOINTI

Ikääntyneen psyykinen hyvinvointi on yhteydessä ihmissuhteisiin sekä muihin sosiaalisiin kontakteihin. Sosiaaliset suhteet ja keskustelut läheisten, muiden hoivakodin asukkaiden sekä hoitohenkilökunnan kanssa lisäävät yhteisöllisyyden tunnetta ja näin ollen parantavat myös psyykkistä hyvinvointia.

Hoivakotien hoitohenkilökunnan ammatillinen ja yksilöllinen kohtelu on osana hyvää hoitotyötä. Hoitohenkilökunnan kiire ja vaihtuvuus vaikuttavatkin negatiivisesti mielialaan. Henkilökunnan ollessa tuttua, vanhus kokee olonsa turvalliseksi

hoitokodissa. Kiirettömyys tai kiireen vähentäminen jokapäiväisissä askareissa, etenkin aamuisin olisi vanhuksille erityisen tärkeää.

Vanhusten tarpeet ja kyky toimia tulisi huomioida yksilöllisesti. Elämään tyytyväisyys ja mielekäs tekeminen, sekä sosiaalisiin tilanteisiin kuten juhliin osallistuminen tuovat vanhuksille onnistumisen kokemuksia ja näin ollen tukevat myös ikääntyneen psyykkistä hyvinvointia ja jaksamista. Juhlien ja muiden tapahtumien järjestämistä hoivakotien sisällä kaivattaisiinkin lisää.

Psyykkistä hyvinvointia heikentävät sairaudet, sekä pelko sairastumisesta. Myös liikkumattomuus vaikuttaa negatiivisesti psyykkeeseen. Se voi ilmentyä sisäänpäin kääntymisenä, sekä vähäisenä kiinnostuksena ympäröivää maailmaa kohtaan. Menetykset ja niihin liittyvä yksinäisyys ovat osa vanhenemista ja näin ollen liikkumattomuus voi olla seurausta menetysten ja yksinäisyyden aiheuttamasta masennuksesta.

FYYSINEN JA KOGNITIIVINEN HYVINVOINTI

Fyysiseen ja kognitiiviseen hyvinvointiin vaikuttavat positiivisesti oma terveydentila ja mieliala, sekä aktiivisuus ja osallistuminen aktiviteetteihin. Positiivinen asenne ja usko omiin kykyihin lisäävät myös vanhuksen toimintakykyä. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan tukea myös liikunnalla, riittävällä unen saannilla, sekä tarjoamalla maukas ja riittävä ruoka. Tärkeää on saada myös ruokailu-tilanteet sujuviksi ja ruokaa riittävän usein. Lääkehoidolla, sekä mielekkäällä tekemisellä voidaan vaikuttaa fyysiseen ja kognitiiviseen hyvinvointiin. Lääkehoitoon kaivattaisiin kuitenkin lisää tarkkuutta ja huolellisuutta.

Heikko terveydentila voikin johtua sairauksista, sekä liikunnan ja muiden virikkeiden vähydestä. Terveydentilan ollessa heikko, vanhuksen toimintakyky laskee ja kiinnostus liikuntaa ja muita aktiviteetteja kohtaan vähenee. Liikkumattomuuteen, sekä vähäiseen kiinnostukseen harrastuksia kohtaan vaikuttavat iän mukanaan tuomat fyysiset muutokset, sekä vanhuuden väsymys. Liikuntaa, kuten fysioterapeutin ohjaamaa jumppaa ja aktiviteetteja lisäämällä on mahdollista puuttua vanhusten fyysiseen ja sosiaaliseen passiivisuuteen, parantaa ikääntyneiden fyysistä kuntoa, sekä henkistä vireystilaa. Tärkeää on myös päästä lääkäriin tarvittaessa.

Monet vanhukset joutuvat heikon terveydentilansa takia turvautumaan apuvälineisiin. Apuvälineiden käyttö vaikuttaa sekä rajoittavasti, että edistävasti ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Apuvälineiden käyttö voi vähentää omatoimisuutta, sekä lisätä riippuvuutta hoitohenkilökuntaan. Toisaalta apuvälineet antavat tukea liikkumiseen ja auttavat selviytymään arjen askareista itsenäisemmin.

Taulukko 1 VANHUSTEN HYVINVOINTIA HEIKENTÄVÄT JA EDISTÄVÄT TEKIJÄT

Vanhuksen hyvinvointi			
	<u>Edistävät tekijät</u>	<u>Heikentävät tekijät</u>	
Sosiaaliset suhteet	hyvä sosiaalinen verkosto	heikko toimintakyky/sairaudet	
	oma rauha/tila	sosiaalisten tilanteiden puute	
	tiivit yhteydet omaisiin	heikko sosiaalinen verkosto	
	sosiaaliset tavat	harvat yhteydet omaisiin	
	oma asenne/aktiivisuus	menetykset	
	ruokailutilanteet	epäsosiaalisuus	
	yhteisöllisyys	yksinäisyys	
	yhteiset liikuntahetket	toimettomuus	
		ikäntyminen	
Aktiveetti, harrastaminen, viriketoiminta	mielekkäät/yksilölliset virikkeet	virikkeiden puute	
	ulkoileminen	hoitajien puute	
	hyvä sosiaalinen verkosto	heikko toimintakyky/sairaudet	
	hoitajien apu	hoitajien kiire	
	omaisten apu	korkea ikä	
	Hyvä toimintakyky	saamattomuus	
Psyykinen hyvinvointi	elämäntyytyväisyys	heikko terveydentila /sairaudet	
	läheiset	pelko sairastumisesta	
	yhteisöllisyys	inaktiivisuus	
	yksilöllisyys	hoitajien kiire	
	henkilökunnan hyvä kohtelu	hoitajien vaihtuvuus	
	mielekäs tekeminen	luovuttaminen	
	positiivisuus	yksinäisyys	
	hetkessä eläminen	menetykset	
	juhlat	riittämättömyden tunne	
	liikunta	kykenemättömyys	
	keskustelu	hoitajien puute	
	onnistumisen tunteet		
	Fyysinen ja kognitiivinen hyvinvointi	apuvälineiden käyttö (helpottava)	apuvälineiden käyttö (rajoittava)
		fysioterapeutin ohjaama liikunta	kiireys
omaihoitajuus		huono mieliala	
tuttu henkilökunta		oma asenne	
hyvä mieliala		inaktiivisuus	
oma aktiivisuus/osallistuminen		harrastusten, virikkeiden, liikunnan vähyys	
hyvä terveydentila		heikko terveydentila /sairaudet	
omatoimisuuden ylläpitäminen			
positiivinen asenne			
riittävä liikunta			
riittävän unen saanti			
kiireettömyys			
lääkkeet			
oma asenne			
mielekäs tekeminen			
omatoimisuus			
ruoka			

Kuva 1

Vanhuksen hyvinvoinnin kehittäminen

Sosiaalisten suhteiden tukeminen

- Omaisten ja läheisten huomiominen hoidossa
- Yhteyksien pidon tukeminen
- Sosiaalisten suhteiden tukeminen ja edistäminen hoiva-kotien sisällä
- Huomion kiinnittäminen/ puuttuminen hoivakodin asukkaiden välisiin erimielisyyksiin ja kiistoihin
- Yhteisöllisyyden tunteen luominen
- Oman tilan/ rauhan takaaminen

Harrastusten, virikkeiden ja aktiviteettien takaaminen

- Harrastusten tukeminen
- Mielekkäät virikkeet, kuten:
 - Lehtien lukua
 - Tanssimista
 - Lisää jumppaa
 - Haastavammat jummat, esim. painavammat painot
 - Lisää askartelua
 - Lisää laulamista
 - Lisää ulkoilua
 - Lisää tietokilpailuja
 - Lisää retkiä, ostoksilla ja kirkossa käymistä

Fyysisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin tukeminen

- Apuvälineiden käyttäminen
- Aktiivisuuden ja osallistumisen tukeminen
- Riittävä liikunta
- Riittävä unen saanti
- Mielekäs tekeminen
- Lääkehoito
- Kiireettömyys päivän askareissa
- Maistuva ja riittävä ruoka
- Mielialan huomioiminen/parantaminen

Hyvä asiakaspalvelu

- Kunnioittavaa
- Ystävällistä
- Yksilöllistä
- Iän, elämäntarinan, kokemusten, menneisyyden ja toiveiden huomiointi
- Henkilökunnan riittävyys
- Lääkäriin pääsy tarvittaessa
- Kiireetön hoito, etenkin aamuisin
- Tiedonkulkua sujuvammaksi, kuten tiedottamista omaisille
- Lääkehoitoon tarkennusta ja huolellisuutta

Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen

- Sosiaalisten suhteiden ja tilanteiden tukeminen, kuten juhlien järjestäminen
- Yhteisöllisyyden tunteen parantaminen
- Yksilöllisyyden huomioiminen
- Mielekäs tekeminen
- Keskusteleminen
- Onnistumisen tunteiden antaminen