

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Kati Hietava
Silja Kettunen

PERHEHOIDON VAIKUTUS IKÄIHMISEN TOIMINTAKYKYYN
OMAISEN NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyö
Helmikuu 2019



OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2019
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijät
Kati Hietava, Silja Kettunen

Nimeke
Perhehoidon vaikutus ikäihmisen toimintakykyyn omaisen näkökulmasta

Toimeksiantaja
Perhehoitoliitto ry

Tiivistelmä

Väestö ikääntyy Suomessa nopeasti, ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä kaipaa uudistumista. Meneillään olevan muutoksen painopiste keskittyy erityisesti kotona asuminen tukemiseen. Ikäihmisten perhehoitoa on kehitetty aktiivisesti viime vuosina, ja uuden hoivamallin toivotaankin vakiinnuttavan asemansa yhtenä ikäihmisen hoivapalveluista.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn. Tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia perhehoidolla on ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi selvitettiin omaisten tyytyväisyyttä perhehoitoon. Tietoja kerättiin Pohjois-Karjalan alueella perhehoidon piirissä olevien ikäihmisten omaisilta. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin kyselyn ja puhelinhaastattelun avulla.

Opinnäytetyön tulokset ovat suuntaa antavia ja omaisten mielipiteitä. Tuloksista käy ilmi, että perhehoidolla nähtiin olevan toimintakykyä edistävä vaikutus erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn osalta. Perhehoito virkisti ikäihmisten mielialaa, vähensi yksinäisyyden tunnetta ja lisäsi turvallisuuden tunnetta. Muutokset fyysisessä toimintakyvyssä olivat lievempiä, mutta esimerkiksi vuorokausirytmien, unenlaadun ja ruokahalun nähtiin parantuneen. Pitkäaikaisessa perhehoidossa asuvien ikäihmisten toimintakyky edistyi hieman lyhytaikaisen perhehoidon piirissä olevia ikäihmisiä enemmän. Kaikki kyselyyn vastanneet omaiset olivat tyytyväisiä perhehoitoon. Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla samansuuntaisen tutkimuksen toteuttaminen Suomen laajuisesti. Lisäksi toimintakykymittaristoa ikäihmisen toimintakyvyn perusteellisempaan arviointiin voisi kehittää.

Kieli
suomi

Sivuja 79
Liitteet 5
Liitesivumäärä 12

Asiasanat
perhehoito, ikäihminen, fyysinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky



THESIS
February 2018
All Degree Programmes

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
FINLAND
+ 358 13 260 600

Authors
Kati Hietava, Silja Kettunen

Title
The Effect of Family Foster Care for the Elderly People's Ability to Function

Commissioned by
Perhehoitoliitto ry

Abstract

The Finnish social and health services need to reform itself to meet tomorrow's challenges with ageing population. Family foster care for the elderly has only recently become a focus of political discussion and development. The goal of the policy is to promote the family foster care to be one of the options available in care for elderly.

The aim of this study was to investigate the effects of the family foster care on elderly's physical, psychical or social functional ability. Furthermore, the goal of the study was to determine how content elderly's next of kins are for the Family foster care. Data for this study was obtained through a questionnaire which was distributed to the next of kins of the elderly placed in adult foster care in North Karelia. The study was quantitative by nature.

It was discovered that foster family home care program was seemed to improve especially elderly's psychical and social functional ability. The life satisfaction improved, feeling of loneliness decreased and sense of security strengthened. In fact, there were less significant differences in changes in physical functional ability. The study indicates that all next of kins that replied to the questionnaire were content with adult foster-care. However, the results are only indicative and based on the opinions of the next of kins.

Future studies should aim to replicate the results in a larger scale, across Finland. Additionally, for further study more research is needed on developing indicators to be able to estimate more thoroughly the elderly's functional ability when placing them to family foster care.

Language

Finnish

Pages 79

Appendices 5

Pages of Appendices 12

Keywords

family foster care, elderly, elderly people, ability to function, functional ability

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Perhehoito ikäihmisen hoivamuotona	7
2.1	Perhehoito osana palvelujärjestelmää	7
2.2	Perhehoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset	9
2.3	Ikäihmisten perhehoito Suomessa	10
2.4	Perhehoitaja	12
3	Ikääntyminen ja toimintakyky	16
3.1	Toimintakyky käsitteenä	16
3.2	Fyysinen toimintakyky	16
3.2.1	Päivittäiset toiminnot ja liikkuminen	17
3.2.2	Ravitsemus	20
3.2.3	Vuorokausirytmii ja uni	21
3.3	Psyykinen toimintakyky	22
3.3.1	Mieliala ja myönteinen elämänasenne	23
3.3.2	Arvostuksen tunne ja yksilöllisten toiveiden huomioiminen	24
3.3.3	Kognitiivinen toimintakyky	25
3.4	Sosiaalinen toimintakyky	27
3.4.1	Sosiaalinen verkosto	28
3.4.2	Sosiaalinen osallistuminen	29
3.4.3	Yksinäisyys ja turvallisuuden tunne	29
4	Perhehoito ikäihmisen toimintakyvyn tukena	31
4.1	Toimintakyvyn tukeminen	31
4.2	Tutkimustuloksia perhehoidon vaikutuksesta toimintakykyyn	36
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	39
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	39
6.1	Tutkimusmenetelmä	39
6.2	Opinnäytetyöprosessi	40
6.3	Kohdejoukko ja aineiston keruumenetelmä	40
6.4	Tutkimuksen analysointi	42
7	Tulokset	44
7.1	Taustatiedot	44
7.2	Fyysinen toimintakyky	46
7.3	Psyykinen toimintakyky	51
7.4	Sosiaalinen toimintakyky	56
7.5	Tyytyväisyys perhehoitoon	60
8	Pohdinta	64
8.1	Johtopäätökset	64
8.2	Tutkimuksen luotettavuus	67
8.3	Tutkimuksen eettisyys	69
8.4	Ammatillinen kasvu	71
8.5	Kehittämissuhteita ja jatkotutkimusaiheita	71
8.6	Yhteenveto	72

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Saate perhehoitajille
Liite 3	Saate kyselyn vastaanottajille
Liite 4	Kyselylomake
Liite 5	Tutkimuspäiväkirja

1 Johdanto

Väestö ikääntyy Suomessa nopeasti. Suomessa on tällä hetkellä hieman yli miljoona yli 65-vuotiasta. Tilastokeskuksen ennustuksen mukaan yli 65-vuotiaiden määrä nousee lähes 1,5 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. (Nyman & Valta-kari 2016, 3.) Samanaikaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmä kaipaa uudistumista. Palveluntuotantoa tulisi monipuolistaa, palvelujen laatua ja vaikuttavuutta parantaa sekä palvelujen saatavuus tulisi turvata. Haaste koskee koko maata, mutta erityisesti Itä-Suomea, missä ikääntyneiden osuus kasvaa muuta väestöä nopeammin. (Steffansson, Pulliainen & Lappi 2015, 8.)

Pohjois-Karjalan alueella on lähdetty ponnekkaasti kehittämään ikäihmisten perhehoitoa vaihtoehtoisena hoivan muotona. Perhehoito on uudehko ja vielä tois-taiseksi melko heikosti tunnettu ikäihmisten hoivamuoto. Siun soten alueella per-hehoidon laajuus on kuitenkin valtakunnallisesti merkittävä, sillä vuonna 2017 noin viidesosa pitkäaikaisessa perhehoidossa olevista ikäihmisistä asui Siun so-ten alueella sijaitsevassa perhekodissa. Hoivapalveluiden rakennemuutosta on vauhditettu muun muassa Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla -hankkeella, jonka yhtenä tavoitteena on lisätä ikäihmisten perhehoitopaikkoja jo-kaiseen Pohjois-Karjalan kuntaan. (Siun sote 2017.) Ikäihmisten hoivamallien ke-hittäminen on nostettu esille myös Sipilän hallitusohjelmassa, jossa on ehdotettu perhehoidon sisällyttämistä yhdeksi hoivamallin vaihtoehdoksi vanhuspalvelula-kiin (Valtioneuvoston kanslia 2015, 25).

Tämä opinnäytetyö käsittelee ikäihmisten perhehoitoa. Opinnäytetyön tarkoituk-sena oli selvittää omaisten mielipiteitä perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toi-mintakykyyn. Tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia perhehoidolla on ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tietoa kerät-tiin ikäihmisten omaisilta, joiden arvioitiin parhaiten kykenevän havaitsemaan muutoksia toimintakyvyssä perhehoitoon siirtymisen jälkeen. Tutkimusmene-telmä oli kvantitatiivinen. Opinnäytetyön toimeksiantajana toimi Perhehoitoliitto ry.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä niin sairaanhoitajille, opiskelijoille kuin kaikille perhehoidon parissa työskenteleville ammattilaisillekin. Sairaanhoitajan on tärkeä olla tietoinen perhehoidosta yhtenä ikäihmisen hoivapalveluista ja lisätä tunnettavuutta kentällä. Lisäksi sairaanhoitajan tulee kyetä tukemaan ikäihmisen toimintakykyä kuntouttavaa työtettä hyödyntäen. Perhehoito luo oivalliset olosuhteet ikäihmisen toimintakyvyn tukemiseksi pidemmälläkin tähtäimellä.

2 Perhehoito ikäihmisen hoivamuotona

2.1 Perhehoito osana palvelujärjestelmää

Perhehoito määritellään perhehoitolaissa (263/2015) seuraavasti:

Perhehoito on hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämistä perhehoitajan yksityiskodissa tai hoidettavan kotona. Kuntakuntayhtymä tekee toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa tai sopimuksen perhehoidon järjestämisestä yksityisen perhehoidon tuottajan kanssa. (3. §.)

Suomessa perhehoitoa on mahdollista toteuttaa sekä toimeksianto- että ostopalvelusopimuksella (Steffansson ym. 2015, 100). Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhehoitoa koskeva sopimus tehdään suoraan perhehoitajan ja kunnan tai kuntayhtymän välillä. Perhehoidon aloittamisesta sovitaan ikäihmisen asiakas- tai palvelusuunnitelmassa. Tämän jälkeen kunta tai kuntayhtymä tekee päätöksen ikäihmisen sijoittamisesta perhehoitoon sekä solmii toimeksiantosopimuksen perhehoitajan kanssa. (Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 8–23.) Perhehoidon järjestämiseksi kunnalla tulee olla toimintaohje, joka määrittelee, miten kunta aikoo järjestää, tuottaa ja toteuttaa toimeksiantosuhteisen perhehoidon. Sijoittaja- sekä sijoituskunta järjestävät yhdessä ikäihmisen tarvitsemat muut sosiaali- ja terveyspalvelut. (Hakkarainen, Haverinen, Kuukkanen & Leinonen 2018, 11–12.) Sijoittavalla kunnalla on velvollisuus valvoa tekemiensä sijoitusten sekä asiakas- tai palvelusuunnitelmiin perustuvien päätösten mukaisten palveluiden ja tukitoimien toteutumista (Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 23).

Perhehoitoa tarjoavat myös yksityisiin sosiaalipalveluihin kuuluvat ammatilliset perhekodit (Leinonen 2017, 211). Ammatilliset perhekodit luokitellaan perhehoidon ja laitoksen välimuodoiksi. Lähtökohtaisesti ne toimivat kuten toimeksiantosuhteiset perhekodit, mutta niiltä vaaditaan vahvempaa osaamista. Tämä puolestaan mahdollistaa erityistä hoitoa vaativien henkilöiden sijoittamisen perhehoitoon. (Ammatillisten perhekotien liitto ry 2018.) Aluehallintovirastot antavat luvan yritysmuotoiselle perhehoitokodille. Luvan myöntämiseksi arvioidaan perhekodin tai perhehoitajan sopivuutta, olosuhteita, resursseja ja valmiutta tehtävään. Yksityisen palveluntuottajan kuuluu tehdä omavalvontasuunnitelma ja seurata sen toteutumista. Aluehallintavirasto ja kunta tai kuntayhtymä valvovat yhdessä yritysmuotoisen perhekodin toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 9.)

Perhehoitoliitto ry on valtakunnallinen asiantuntijajärjestö toimeksiantosuhteiselle perhehoitotyölle. Se toimii myös alueellisten jäsenyhdistysten kattojärjestönä. Perhehoitoliitto pyrkii parantamaan perhehoidon ja perhehoitajien asemaa ja tunnettavuutta. Se järjestää myös ikäihmisten perhehoidon kouluttajakoulutusta. (Perhehoitoliitto 2017, 4.)

Ikäihmisten perhehoitoa voidaan harjoittaa joko pitkäaikaisena eli jatkuvana tai lyhytaikaisena eli määräaikaisena hoitomuotona (Hakkarainen ym. 2018, 4). Pitkäaikainen perhehoito on toistaiseksi voimassaolevaa ja ympärivuorokautista perhehoitoa (Nevalainen 2017, 9). Pitkäaikaista perhehoitoa järjestetään kodin omaisessa perhekodissa, yleisimmin perhehoitajan omassa kodissa. Tällöin ikäihminen elää perheessä ja osallistuu perheen normaaliin arkeen sekä saa tarvitsemansa hoivan jopa vuosien ajan. (Hakkarainen ym. 2018, 4.)

Lyhytaikainen perhehoito tukee ikäihmisen kotona asumista. Se voi olla ympärivuorokautista tai osavuorokautista perhehoitoa. Ympärivuorokautinen lyhytaikainen perhehoitojakso on kestoltaan määräaikaista ja kunnat määrittävät rajat sen kestolle. Palvelua voidaan käyttää omaishoidon sijaishoitona, sairaalahoidon jälkeisenä hoitojaksona tai äkillisissä tilanteissa. Osavuorokautinen perhehoito soveltuu ikäihmiselle, jolla on tarve vain päivä- tai yöhoitoon. Myös kiertävän per-

hehoitajan työ on yleensä lyhytaikaista perhehoitotyötä. Hän voi työskennellä joko ikäihmisen kotona sijaistaen omaishoitajaa tai perhehoitokodissa sijaistaen perhehoitajaa. (Nevalainen 2017, 9–10.)

2.2 Perhehoitoa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset

Ikäihmisten perhehoitoa ohjaavat seuraavat lait ja asetukset:

- perhehoitolaki (263/2015)
- sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- laki (734/1992) ja asetus (912/1992) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
- julkisten alojen eläkelaki (81/2016)
- työtapaturma -ja ammattitautilaki (459/2015)
- sairausvakuutuslaki (1224/2004)
- hallintolaki (434/2003)
- hallintolainkäyttölaki (586/1996)
- kotikuntalaki (201/1994)
- henkilötietolaki (523/1999)
- laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (980/2012)
- laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista annetun lain 2 §:n muuttamisesta (267/2015)
- tapaturmavakuutuslaki (608/1948)
- laki tapaturmavakuutuslain muuttamisesta (314/1992)
- työntekijän eläkelaki (395/2006)
- kunnallinen eläkelaki (549/2003)
- terveydenhuoltolaki (1326 /2010)
- pelastuslaki (379/2011).

Lisäksi Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystalvelujen kuntayhtymässä, eli Siun sotessa, ikäihmisten perhehoidon järjestämisessä noudatetaan sosiaali- ja terveystministeriön *Hyvä perhehoito* -työryhmän laatimaa raporttia perhehoitolain toimeenpanon tueksi 2017 sekä *Laatusuosituksista hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja talvelujen parantamiseksi 2017-2019*. (Nevalainen 2017.)

Perhehoitolain (263/2015) tarkoituksena on turvata hoidettavalle perheenomai- nen ja hoidettavan tarpeiden mukainen perhehoito. Perhehoidon tavoitteena on

mahdollistaa perhehoidossa olevalle henkilölle kodinomainen hoito ja läheisiä ihmissuhteita sekä edistää perusturvallisuutta ja sosiaalisia suhteita. Lakia sovelletaan henkilön hoidon tai muun osa- tai ympärivuorokautisen huolenpidon järjestämisestä perhehoitajan kodissa tai hoidettava kotona. (1. §.)

Perhehoitolakiin tehtiin muutoksia vuonna 2016. Muutokset koskivat perhehoitajien vähimmäispalkkion ja vähimmäisvapaiden määrää, hyvinvointi- ja terveystar kastusten järjestämistä sekä hoidettavien enimmäismäärää. Edellä mainitut muutokset koskivat toimeksiantosuhteista perhehoitoa. Muutosten tavoitteena oli kehittää ja lisätä perhehoitoa erityisesti iäkkäiden hoidossa. Muutoksella haluttiin parantaa perhehoitajien työssäjaksamista sekä perhehoitajien sijaishoitajärjestelyjen toimivuutta. Perhehoitoa ja omaishoitoa kehittämällä on tarkoitus tukea kotona asumista ja korvata kalliimpaa hoitoa, ja siten pienentää kuntien kustannuksia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 1–4.)

2.3 Ikäihmisten perhehoito Suomessa

Ikäihmisten perhehoito on aiheena ajankohtainen. Suomen väestörakenne muuttuu tulevana vuosina nopeasti ja iäkkäiden osuus kasvaa voimakkaasti. Kuntia veloitetaan vanhuspalvelulain nojalla laatimaan suunnitelma ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja itsenäisen suoriutumisen edistämiseksi ja iäkkäiden tarvitsemien palveluiden järjestämiseksi. Suunnittelun pääpaino on kotona asumisessa. Tavoitteena on hallittu rakennemuutos, jossa laitospaikoista pääsääntöisesti luovutaan ja tilalle luodaan ikäihmisten tarpeita vastaavia asumisen ja ympärivuorokautisen hoivan sisältäviä ratkaisuja. Palvelurakenteen tulisi muodostaa kokonaisuus, jossa ympärivuorokautisen hoivan ja kotona asumisen tukemisen lisäksi kuuluisi myös asumisen vaihtoehtojen kehittäminen. (Ympäristöministeriö 2013, 2–4.)

Ikäihmisten perhehoidon kehittäminen on nostettu esille Sipilän hallitusohjelmassa 2015. Ohjelman yhtenä tavoitteena on tukea perhehoitoa ja sen sisällyttämistä yhdeksi hoivamallin vaihtoehdoksi vanhuspalvelulakiin on myös ehdotettu. Ikäihmisten lyhyt- ja pitkäaikaista perhehoitoa pyritään siis lisäämään.

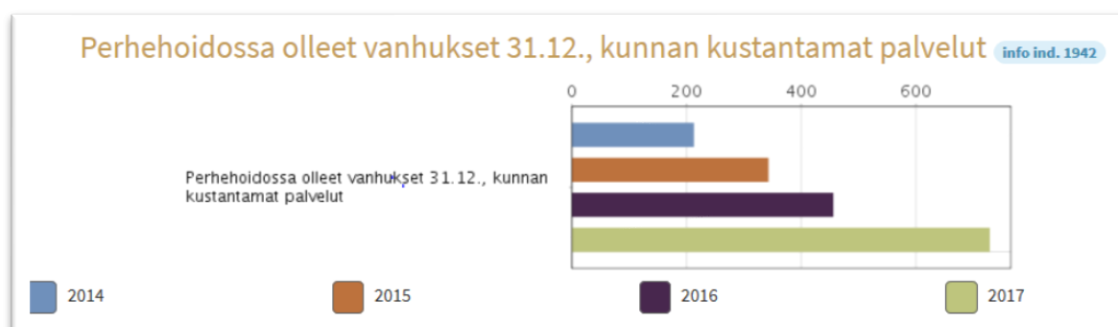
Perhehoitojärjestelmän ehtoja ja kannustimia kehitetään ja perhehoitajien tuke-
mista lisätään eri tavoin. Myös tiedottamista perhehoidosta hoivapalvelun vaihto-
ehtona pyritään lisäämään. Perhehoidon kehittämiseen budjetoidaan 10-20 mil-
joonaa euroa vuosittain 2016-2020. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 63.)
Vuodesta 2018 alkaen omais- ja perhehoidon kehittämisen lisämääräraha kun-
nille on vuosittain 95 miljoonaa euroa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 1).
Vaikka kehittämisestä aiheutuu lisäkustannuksia, perhehoito on edullisempi vaih-
toehto verrattuna laitoshoittoon tai tehostettuun palveluasumiseen (Valtioneuvos-
ton kanslia 2015, 63).

Sosiaali- ja terveysministeriössä on sote-uudistuksen ohella meneillään viisi hal-
lituksen kärkihanketta sekä lainsäädäntöhankkeita. Kärkihankkeiden tarkoituk-
sena on parantaa muun muassa iäkkäille, omais- ja perhehoitajille tarkoitettuja
palveluja, yhdistää palvelut asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja levittää hyvät
terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintamallit kaikkialle Suomeen. *Kehite-
tään ikäihmisen kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa* -kärkihank-
keen (I&O-kärkihanke) tavoitteena oli kehittää iäkkäiden sekä omais- ja perhe-
hoitajien palveluja nykyistä yhdenvertaisemmiksi ja paremmin koordinoituiksi.
Palveluja uudistettiin kahdeksassa eri alueellisessa hankkeessa. Niissä luotiin
koti- ja omaishoitoon malleja, joita voidaan ottaa valtakunnallisesti käyttöön. (So-
siaali- ja terveysministeriö 2018.)

Arvokasta vanhenemista omatoimisuutta tukemalla (AVOT-hanke) toteutti sosi-
aali- ja terveysministeriön I&O-kärkihanketta Pohjois-Karjalan alueella. AVOT-
hankkeessa luotiin Siun soten alueelle yhteen sovitettu ikäihmisten palvelujen
kokonaisuus, jolla turvataan ikäihmisille yhdenvertaiset palvelut. Hankkeen ta-
voitteena oli tukea kotona asumista ja lisätä elämän mielekkyyttä ja turvallisuus-
den tunnetta. Tarkoituksena oli, että perhehoitoa voidaan tarjota jokaisessa Poh-
jois-Karjalan kunnassa ja lisätä ikäihmisten perhehoitopaikkoja. Lisäksi
tarkoituksena oli vahvistaa kaikenikäisten omais- ja perhehoitoa ja luoda verkos-
tomainen omais- ja perhehoidon ohjauskeskus. Sen myötä sosiaali- ja terveyden-
huollon kehittäjäosaaminen sekä kokemusasiantuntijoiden, vertaisohjaajien ja

järjestöjen osaaminen yhdistyvät. Omais- ja perhehoitajien jaksamista ja osamista erilaisin tukitoimin yhdessä järjestöjen ja seurakuntien kanssa vahvistettiin. (Siun sote 2018.)

Pitkäaikaisessa perhehoidossa olleiden ikäihmisten määrä on kasvanut Suomessa. Vuonna 2017 perhehoidossa oli 729 ikäihmistä, kun vastaava luku oli 213 vuonna 2014 (kuvio 1).



Kuvio 1. Pitkäaikaisessa perhehoidossa olleet vanhuksset 31.12., kunnan kustantamat palvelut (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2018).

Syyskuussa 2018 Siun soten alueella perhehoidon piiriin kuului 132 ikäihmistä, joista 70 oli lyhytaikaisessa ja 62 pitkäaikaisessa perhehoidossa. Siun Soten alueella on 26 perhekotia. Perhehoitajia on 40, ja 27 heistä toimii pitkäaikaisen ja seitsemän lyhytaikaisen perhehoidon parissa. Lisäksi kuusi henkilöä toimii kiertävänä perhehoitajana. (Nevalainen 2018.)

2.4 Perhehoitaja

Perhehoitolain (263/2015) mukaan perhehoitajaksi voidaan hyväksyä henkilö, joka koulutuksensa, kokemuksensa tai henkilökohtaisten ominaisuuksiensa perusteella on sopiva antamaan perhehoitoa. Perhehoitaja on velvollinen suorittamaan ennakkovalmennuskurssin ennen perhehoitajaksi ryhtymistä. (6. §.) Perhehoitoa järjestävä kunta on vastuussa perhehoitajaksi ryhtyvälle henkilölle annettavasta ennakkovalmennuksesta. Kunnan tulee myös tarjota tarvittavaa lisävalmennusta, koulutusta ja työnohjausta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017, 19.) Siun soten alueella ikäihmisten perhehoitovalmennuksen järjestää Kiteen

evankelinen kansanopisto. Perhehoitajaksi aikova maksaa itse ennakkovalmennuskurssimaksun, jonka Siun sote kuitenkin korvaa käynnistämiskorvauksena ensimmäistä toimeksiantosopimusta solmittaessa. (Nevalainen 2017, 6.)

Ennakkovalmennuksen tavoitteena on turvata perhehoitoon osallistuvan ikäihmisen hyvä hoito ja huolenpito. Valmennuksella halutaan varmistaa, että perhehoitaja pystyy vastaamaan ikäihmisen yksilöllisiin tarpeisiin sekä tekemään yhteistyötä ikäihmisen läheisten, kunnan ja muiden tahojen kanssa. Ennakkovalmennus antaa perhehoitajuutta harkitsevalle mahdollisuuden perehtyä perhehoitajan tehtävään ja auttaa häntä tekemään päätöksen tehtävään ryhtymisestä. (Hakkarainen ym. 2018, 21–22.)

Perhehoitoa koskeva toimeksiantosopimus tehdään suoraan perhehoitajan ja kunnan tai kuntayhtymän välillä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2017, 8). Toimeksiantosopimus on asiakirja, jolla kunta tai kuntayhtymä siirtää julkisen hallintotehtävän perhehoitajalle. Perhehoitaja ja sijoittava kunta sopivat perhehoitoon liittyvät molemminpuoliset oikeudet ja velvollisuudet. Työsopimuslain (55/2001, 2. §) mukaan toimeksiantosuhte ei kuitenkaan ole työsuhde eikä perhehoitaja ole siten työsuhteessa kuntaan. (Perhehoitoliitto 2018.) Toimeksiantosopimuksella tehty tehtävä takaa perhehoitajalle palkkion ja jonkinlaisen sosiaaliturvan, mutta ei kuitenkaan varsinaisia työsuhteisiin liittyviä etuuksia. Perhehoitaja ei ole myöskään yrittäjä, vaikka tehtävä pitää sisällään yrittäjyyteen liittyviä ominaisuuksia, kuten vastuukysymykset, säännöllisyyden, asiakkuudet, valvonnan ja suunnitelmallisuuden. (Leinonen 2017, 221.)

Perhehoitolaissa (263/2015) säädetään sopimuksen minimisisällöstä. Muilta osin toimeksiantosopimuksen tekemistä koskee laajahko sopimusvapaus. Siten sopimuksessa voidaan huomioida yksittäiseen perhehoitosuhteeseen liittyviä erityispiirteitä joustavasti. Toimeksiantosopimuksessa sovitaan muun muassa perhehoidon arvioidusta kestosta, perhehoitajalle maksettavasta palkkiosta ja perhehoidon käynnistämisestä aiheutuvien kustannusten korvaamisesta. Lisäksi sovitaan perhehoitajan oikeudesta vapaaseen sekä perhehoitajalle annettavasta

valmennuksesta, työnohjauksesta ja koulutuksesta. Toimeksiantosopimuksessa sovitaan myös kunnan ja perhehoitajan välisestä yhteistyöstä ja toimeksiantosopimuksen irtisanomisesta. (10. §.)

Yhdellä perhehoitajalla saa olla enintään neljä henkilöä hoidettavanaan. Mikäli taloudessa asuvia perhehoitajia on kaksi, ja he ovat molemmat osallistuneet ennakkovalmennukseen, hoidettavia voi olla enintään kuusi. Vähintään toisella heistä tulee olla tehtävään sopiva koulutus ja kokemusta hoitotyöstä. (Hakkarainen ym. 2018, 5.)

Leinosen (2018, 188–189) mukaan perhehoitajan tehtävää kuormittavia tekijöitä olivat muun muassa rajoittunut sosiaalinen elämä kodin ulkopuolella ja perhehoitajan kokoaikainen vastuu ikäihmisistä. Kuormittaviksi tekijöiksi koettiin myös liian vähäisen tuen tai tiedon saaminen, taloudelliset vaikeudet, lomien puute ja ympäristön kielteinen asenne perhehoitotyötä kohtaan. Perhehoitajuuden voimavariksi koettiin sen sijaan työn tarkoituksenmukaisuus, mahdollisuus työskennellä itsenäisesti ja antaa ikäihmiselle aikaa. Tyytyväisyyttä tehtävään lisäsi myös ikäihmisten ja heidän omaistensa arvostus perhehoitoa kohtaan. Perhehoitajan ystävät ja läheiset nähtiin tärkeänä tukiverkostona tehtävän jaksamisen kannalta. Perhehoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten huumorintaju, myötätunto ja aitous koettiin merkityksellisempinä kuin itse koulutus. Sisäinen halu auttaa muita vaikutti olevan tekijä, joka auttoi selviytymään perhehoitajan tehtävässä ilmestyneistä vaikeuksista.

Toimeksiantosuhteisessa perhehoidossa perhekotina toimii kunnan tai kuntayhtymän hyväksymä perhehoitajan yksityiskoti (Hakkarainen ym. 2018, 5). Perhekodin sopivuutta arvioitaessa avainasemassa ovat perhehoitolain 5. §:n säännökset perhekodin olosuhteista (Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 12). Perhehoitolaki (236/2015) määrittelee perhehoitokodin olosuhteet seuraavasti:

Perhekodin pitää olla terveydellisiltä ja muilta olosuhteiltaan siellä annettavalle hoidolle sopiva. Perhekodin sopivuutta harkittaessa on kiinnitettävä erityistä huomiota perhekodin ihmissuhteisiin, perhehoitajan mahdollisuuksiin ottaa huomioon ja vastata perhehoitoon sijoitettavan tarpeisiin hänen etunsa mukaisesti. Lisäksi on selvitettävä, hyväksyvätkö muut per-

hekodin jäsenet perhehoitoon sijoitettavan ja voiko perhehoitoon sijoitettava henkilö saada perhekodin muihin jäseniin nähden tasavertaisen aseman. Perhekodin tulee myös rakenteeltaan, tiloiltaan ja varustetasoltaan olla siellä annettavalle hoidolle sopiva. (5. §.)

Lain mukaan perhekodin olosuhteiden tulee luoda turvallinen elinympäristö ikäihmiselle. Olosuhteilla tarkoitetaan tässä tapauksessa sekä perhekodin henkistä ilmapiiriä että perhekodin fyysisiä rakenteita. Henkiseen ilmapiiriin kuuluvat hoitajan mahdollisuus vastata perhehoitoon sijoitetun tarpeisiin ja perhekodin ihmissuhteet, kuten tasavertainen ja hyväksyty asema muiden perhekodin asukkaiden kanssa. Fyysisiin olosuhteisiin luetaan riittävä esteettömyys, turvallisuus, yksityisyys ja ikäihmisen tarvitsema apuvälineet ja varustelutaso. Sekä sijoittaja- että sijoituskunnan sosiaalihuollosta vastaavalla toimielimellä on tarvittaessa oikeus tarkastaa perhehoitopaikan toiminnan järjestämisessä käytettävät toimintayksiköt ja toimitilat. Perhehoitoa on mahdollista antaa myös hoidettavan kotona. (Sosiaali ja terveysministeriö 2017, 12–23.)

Hyväksyttäessä kotia perhekodiksi ja sen turvallisuutta varmistaessa tehdään yhteistyötä pelastusviranomaisten kanssa. Vaikka perhekoti on yksityiskoti, pelastusviranomaiset saattavat asettaa sille erityisiä turvallisuusvaatimuksia pelastuslain perusteella. Perhekodin tulee toimia turvallisuutta koskevissa asioissa paikallisen pelastusviranomaisen ohjeen mukaisesti. (Nevalainen 2017, 7.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan laadintaan osallistuvat muun muassa ikäihminen, omainen, vastuutyöntekijä ja perhehoitaja (Nevalainen 2017, 9). Tärkeintä on valita ikäihmisen ja hänen omaistensa toiveita ja tarpeita vastaava perhekoti. Yhteistyö ikäihmisen omaisten kanssa on tärkeää, ja sitä tuetaan perhehoidon aikana. Perhehoidon aloittamiseen liittyy hoidon kannalta tarvittavien tietojen vaihtaminen ja ikäihmisen, hänen omaisensa ja perhehoitajan tutustuminen toisiinsa. (Perhehoitoliitto 2018.)

3 Ikääntyminen ja toimintakyky

3.1 Toimintakyky käsitteenä

Toimintakyky on moniulotteinen käsite, ja sitä voidaan jäsentää eri tavoin. Toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä selviytyä päivittäisistä askareista häntä itseään tyydyttävällä tavalla. Kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF kuvailee toimintakykyä elinjärjestelmien toimintoina ja suorituksina, jotka mahdollistavat osallistumisen yhteisön elämään. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 119.)

Toimintakyky jaetaan yleisesti kolmeen eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Nämä ulottuvuudet kytkeytyvät tiiviisti toisiinsa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Tutkimustuloksien on todettu, että vähäinen elämästä nauttiminen ja ilon tuntemusten puuttuminen voivat olla yhteydessä fyysisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja sairauksien ilmenemiseen vanhemmalla iällä (Steptoe, Oliveira, Demakakos & Zaninotto 2014, 6). Toimintakyky on myös yhteydessä ympäristöön sekä yksilön terveydentilaan ja henkilökohtaisiin ominaisuuksiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016).

3.2 Fyysinen toimintakyky

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön kykyä selviytyä olennaisista fyysisistä ponnisteluvaativista tehtävistä omassa toimintaympäristössään. WHO:n kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) mukaan fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat kehon toiminnot ja rakenteet sekä niissä ilmenevät joko ajoittaiset tai pysyvät häiriöt. Fyysinen toimintakyky pohjautuu sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön että tuki- ja liikuntaelimistön toimintaan. Tuki- ja liikuntaelimistön toiminnassa olennaisista on ennen kaikkea lihas- ja luidoksessa sekä nivelten liikkuvuudessa tapahtuvat muutokset. (Pohjalainen 2009, 49.)

Fyysisen toimintakyvyn osa-alueet ryhmitellään muun muassa lihasvoimaan, hapenottokykyyn, havaintomotoriikkaan, nivelten liikkuvuuteen ja kehon koostumukseen. Lihasvoimaa voidaan kartoittaa esimerkiksi käden puristusvoimalla. Hapenottokykyyn kuuluvat sydämen ja verisuoniston tehokkuus ja lihasten kyky käyttää happea. Havaintomotorisiin toimintoihin kuuluvat reaktio- ja liikeaika ja tasapaino. Nivelliikkuvuudesta kertoo esimerkiksi olkanivelen koukistusliike ja kehon koostumuksesta lihasmassa tai luuntiheys. (Pohjolainen & Salonen 2012, 236.) Liikuntaelimistön toimintakyky on keskeinen osa fyysistä toimintakykyä. Liikuntakyvyllä tarkoitetaan kykyä tuottaa liikettä kehon eri osissa. Liikkeeseen tarvitaan lihasten koordinaatiota ja voimantuottoa, nivelten notkeutta ja energia-ai-neenvaihduntaa suorituksen laadusta ja kestosta riippuen. (Pohjolainen & Heimonen 2009, 49).

3.2.1 Päivittäiset toiminnot ja liikkuminen

Itsenäisen ja turvallisen sisällä liikkumisen onnistuminen riippuu yksilön toimintakyvystä, tilojen ja kalusteiden esteettömyydestä sekä käytössä olevasta tekniikasta (Reisbacka & Rytönen 2014, 7). Ulkona liikkuminen on keskeistä aktiivista ikääntymistä edistettäessä, joten ikäihmistä tulisi kannustaa ulkoiluun ja eri elinpiirin alueilla liikkumiseen (Tsai 2017, 62–63). Tavanomainen elinpiiri muodostuu yksilön lähiympäristöstä, kuten kodista tai paikoista, joissa käydään usein (Tilastokeskus 2018). Tutkittaessa ikäihmisen liikkumisen ja fyysisen kunnon merkitystä elinpiirin laajuuteen ilmeni, että ulkona käveleminen ja kohtuullisesti kuormittava fyysinen aktiivisuus auttoivat ylläpitämään laaja-alaista elinpiiriä ja selviytymään itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Suurimmalla osalla ikäihmistä, joiden elinpiiri oli kaventunut, fyysinen aktiivisuus oli heikentynyt. (Tsai 2017, 62–63.) Ikäihmisen hyötyliikunnan määrää ja ympäristön asettamia liikkumisen esteitä kartoittaessa havaittiin, että pitkät välimatkat palveluihin pienensivät asioiden hoitamisessa käytettävää hyötyliikuntaa. Palveluiden ja houkuttelevan kävely-ympäristön sijaitseminen kodin lähellä edistää itsenäisesti ulkoilevien iäkkäiden fyysistä aktiivisuutta. (Tsai, Rantakokko, Portegijs, Viljanen, Saajanaho, Eronen & Rantanen 2013, 7.)

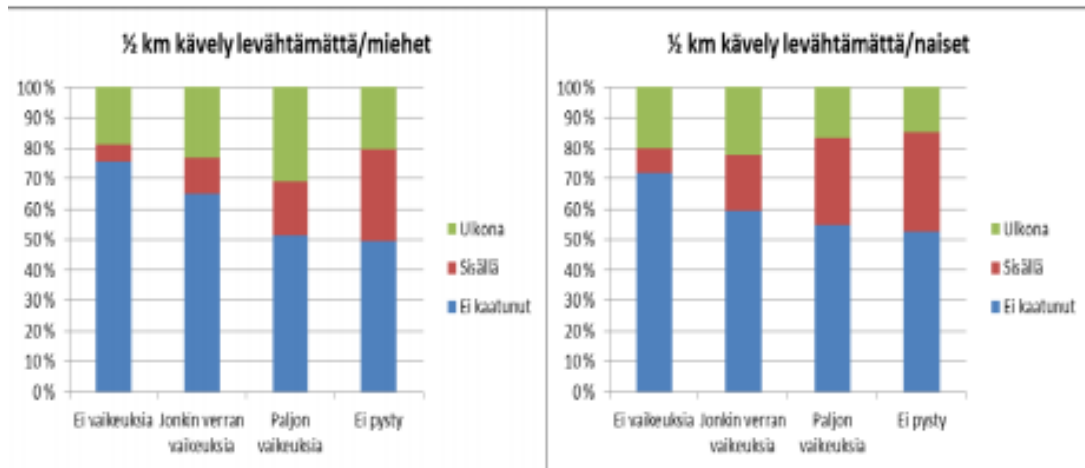
Ikäihmisen fyysinen toimintakyky, varsinkin mitattu kävelynopeus ja alaraajojen lihasvoima, vaikuttaa merkittävästi siihen, miten hän suoriutuu päivittäisistä eli ADL-toiminnoista (Activities of Daily Living). ADL-toiminnot voidaan jaotella edelleen päivittäisiin perustoimintoihin eli PADL-toimintoihin (Physical Activities of Daily Living) sekä välineellisiin päivittäistoimintoihin eli IADL-toimintoihin (Instrumental Activities of Daily Living). Kyky hoitaa vaativampia toimia, kuten käyttää puhelinta, hoitaa raha-asioita tai pestä pyykkiä, kuuluu välineellisten IADL-toimintojen piiriin. PADL-toimintoihin kuuluvat itsenäinen pukeutuminen, peseytyminen, WC:ssä käyminen, ruokaileminen sekä sisällä ja ulkona liikkuminen. (Pohjolainen & Salonen 2012, 236.) Peseytyminen, pukeutuminen ja WC-toiminnot sisältyvät henkilökohtaiseen hygieniaan. Kyky pukeutua ja riisuutua itsenäisesti on sekä fyysisesti että henkisesti tärkeää ikäihmisen kotona selviytymisen kannalta. Ikäihmisen pukeutuminen vaikeutuu hormonitoiminnan vähentyneistä johtuvien kehon asennossa tapahtuvien muutosten ja liikeratojen supistumisen seurauksena. (Reisbacka & Rytönen 2014, 14, 37–46.) Ikääntyneen toimintakyvyn heikentyessä hankaluudet näkyvät ensin IADL-toiminnoissa ja myöhemmin PADL-toiminnoissa (Pohjolainen & Salonen 2012, 236).

Ikä ja sukupuoli vaikuttavat ADL-toiminnoista selviytymiseen. 75–84-vuotiaat miehet suoriutuivat paremmin PADL-toiminnoista kuin saman ikäiset naiset. Ero oli samansuuntainen IADL-toiminnoista suoriutumisessa, varsinkin 75–79-vuotiaiden ikäihmisten keskuudessa. Kaikissa tutkituissa ikäryhmissä PADL-toimintojen kohdalla vähiten vaikeuksia tuotti syöminen ja eniten ulkona liikkuminen. (Laukkanen 1998, 53–57.) Ikääntymisen seurauksena lihasmassa ja -voima pienenevät jo 60 ikävuoden jälkeen kolme prosenttia vuosittain. Koska naisten lähtökohtainen voimataso on miehiä heikompi, vähäinenskin lihasmassan lisämenetys johtaa nopeasti vaikeuteen suoriutua päivittäisistä toiminnoista. (Saarikoski 2016, 1–2.) Eripainoisten miesten tai naisten fyysistä aktiivisuutta vertailtaessa huomattiin, että ikääntyneet miehet olivat fyysisesti aktiivisempia kuin naiset ja naisilla esiintyi suurempia vaikeuksia kaikissa fyysisissä toiminnoissa. Merkittävästi lihaviiden iäkkäiden naisten, joiden painoindeksi oli yli 30, fyysinen suorituskyky jäi kaikkein heikoimmaksi. Iäkkäistä naisista fyysisesti aktiivisempia olivat lievästi ylipainoiset naiset, joiden painoindeksi oli 25–29,9. (Gretebeck, Sabatini, Black & Gretebeck 2017, 38.)

Vanhenemisesta, fyysisen aktiivisuuden vähentymisestä sekä kroonisista hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksista aiheutuvista muutoksista johtuen ikäihmisen kestävyystoimintojen kyky heikkenee. Tämä vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Suominen & Era 2013, 359.) Kestävyyskunnan heikentyessä vältellään rasitusta aiheuttavia toimintoja, mikä puolestaan heikentää maksimaalista hapenottokykyä, vähentää lihasmassaa ja -voimaa sekä heikentää liikuntakykyä. (Pohjalainen, Simonen, Penttinen & Eriksson 2015, 146.)

Kyky nousta tuolilta ylös kertoo alaraajojen lihasvoimasta ja linkittyy suoraan kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista, kuten kyvystä nousta portaita tai kyykistyä. Iäkkäät käyttävät jopa 80 % reisilihasten maksimivoimasta noustessaan ylös tuolilta tai sängyltä. Nuoremmilla aikuisilla vastaava luku on vain 40-50 %. Alaraajojen ja keskivartalon hyvä lihasvoima vaikuttaa merkittävästi tasapainon ylläpitämiseen ja ehkäisee kaatumista. (Saarikoski 2016, 1.) Tasapainovaikeudet koetaan suurimpana uhkana päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti selviytymiseen. Tasapainovaikeuksia aiheuttavat havaintomotoristen toimintojen hidastuminen ja reaktioajan pidentyminen. Tämä johtuu pääasiassa keskushermostossa tapahtuvan tiedon prosessoinnin hidastumisesta. Myös näkökyvyn, jalkapohjien ja nivelten reseptorien toiminnan heikkeneminen vaikeuttaa asennon tunnistamiskykyä. (Pohjalainen & Salonen 2012, 236.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksen mukaan liikuntaa harrastavat ikäihmiset kaatuvat huomattavasti vähemmän kuin he, jotka eivät harrasta liikuntaa (kuviot 2). Yli 75-vuotiaista, jotka suoriutuvat puolen kilometrin matkasta levähtämättä, 25 % kaatui keskimäärin kerran vuodessa. Iäkkäistä, jotka kokivat suuria vaikeuksia puolen kilometrin matkasta selviytymisessä, kaatui jopa 50 % kerran vuodessa. (Sievänen, Katinkanta, Tokola, Pajala, Vasankari & Kaikkonen 2014, 1–2.)



Kuvio 2. Liikkumiskyvyn merkitys iäkkäiden kaatumisiin. (Sievänen ym. 2014, 2).

Partalan mukaan fyysisen aktiivisuuden harrastamisen määrässä on suurta hajontaa. Yli puolet yli 60-vuotiaista (51 %) tutkimukseen osallistuvista ei liikkunut lainkaan, ja hieman alle puolet (49 %) arvioi liikkuvansa jopa 50 tuntia viikossa. Tutkimuksessa fyysistä aktiivisuutta kuvasivat raskaat aktiviteetit, lievät aktiviteetit ja kävely. (Partala 2009, 30–40.) Kartoitettaessa keski-ikäisen fyysisen aktiivisuuden yhteyttä vanhuuden liikuntakykyyn todettiin, että keski-ikässä aktiivisesti liikkuneilla oli iäkkäinä parempi liikuntakyky. Miehillä keski-ikäisen fyysinen aktiivisuus edisti myös vanhuuden ajan käden puristusvoimaa ja kävelynopeutta. Naisilla tätä yhteyttä ei havaittu. Yksilöllisesti räätälöidyllä laaja-alaisella geriatrisella interventiolla havaittiin olevan myönteisiä vaikutuksia ikäihmisen fyysiseen toimintakykyyn. Hauraus-raihnaisuus-oireyhtymän omaavilla kävelykyky säilyi ennallaan, ja liikunnallisesti aktiivisilla naisilla liikuntakyky ja voimat paranivat. (Tikkanen 2015, 46–47.)

3.2.2 Ravitseminen

Ikääntyneiden ravitsemustila, ruokailu ja ravinnonsaanti ovat vahvasti yhteydessä sekä terveydentilaan että toimintakykyyn (Suominen, Finne-Soveri, Hakala, Hakala-Lahtinen, Männistö, Pitkälä, Sarlio-Lähteenkorva & Soini 2010, 9–14). Vaikka fyysisen aktiivisuuden vähentyessä ikäihmisen ruokahalu ja energiankulutus laskevat, ravintoaineiden, kuten proteiinin, vitamiinien sekä muiden suojaravintoaineiden ja kuidun tarve jopa lisääntyy (Jyväkorpi, Havas Urtamo &

Karvinen 2014, 14). Myös C- ja D-vitamiinin, foolihapon, kalsiumin ja sinkin riittävä saanti on usein heikentynyt ikäihmisen vähäisen tai yksipuolisen ruokavalion takia. Toimintakyvyn ylläpidon kannalta ravitsemuksen merkittäviä tavoitteita ovat yksilöllinen ravitsemushoito, painonvaihteluiden ehkäiseminen ja lihaskunnon ylläpitäminen. (Suominen ym. 2010, 9–14.) Ravitsemustilan ollessa puutteellinen liikuntaharjoittelu saattaa jopa heikentää kuntoa, vähentää lihasmassaa ja päivittäisissä toimissa käytettävää voimaa (Jyväkorpi 2014, 10).

Ikäihmisen heikentynyt ravitsemustila lisää sairastumis- ja tulehdusriskiä ja kiihdyttää vanhuuteen liittyvää lihaskatoa eli sarkonomiaa. Myös sairauksista toipuminen hidastuu. Ikääntymiseen liittyvät nielemisvaikeudet, hampaattomuus ja suun kuivuminen vaikeuttavat ravinnonsaantia. Useat lääkkeet ja ruuansulatuskanavan ongelmat tai sairaudet aiheuttavat painon laskua. Yli 80-vuotiailla heikko energiansaanti ja laihtuminen ovat ravitsemustilan heikentymisen huomattavin riski. Heikentyneellä ravitsemustilalla on havaittu olevan yhteys masentumiseen, yksinäisyyteen, köyhyyteen, monilääkitykseen, alkoholin liikakäyttöön ja lonkkamurtumiin. (Suominen ym. 2010, 12–16.) Ikääntyessä myös janon tunne heikenee. Liian vähäinen nesteennauttiminen aiheuttaa väsymystä, verenpaineen laskua ja sekavuutta sekä toimintakyvyn heikkenemistä. (Sulkava 2009, 3.)

3.2.3 Vuorokausirytmii ja uni

Riittävä yöuni on perusta henkiselle vireydelle, ja unettomuus saattaa romahduttaa ikäihmisen toimintakyvyn. Unen tarve ei vähene ikääntyessä, mutta unen rakenteessa tapahtuu useita fysiologisia muutoksia. (Alanen & Leinonen 2014, 3422.) Käpyrauhasesta erittyvä melatoniinin määrä vähenee ihmisen vanhentumessa. Tämä vaikeuttaa nukahtamista ja vähentää perusunen sekä REM- eli vilkeunen määrää. REM-uni on tärkeä ikäihmisen muistin, oppimisen, ongelmanratkaisutaidon ja suorituskyvyn kannalta. Se ohjaa muistia muuttamalla lyhytaikaiset muistitoiminnot pitkäaikaiseksi. (Saccomano 2014, 39.)

Ikääntyessä sirkadisen rytmii säätelytoiminta heikentyy, jolloin ikäihmisen vuorokausirytmii häiriintyy ja yölliset heräilyt lisääntyvät (Saccomano 2014, 39). Tämä

puolestaan johtaa yön keston lyhenemiseen, jolloin päiväunien tarve voi lisääntyä. Ikääntymiseen kuuluvat normaalit öiset heräilyt koetaan usein unettomuutena. (Alanen & Leinonen 2014, 3422.)

Joidenkin tutkimusten mukaan jopa 30 % ikäihmisistä kärsii pitkäkestoisesta unettomuudesta (Huutoniemi 2016, 1). Unihäiriöt voivat johtua neurologisista, psykiatrisista tai yleissairauksista (Alanen & Leinonen 2014, 3422). Pitkäaikainen unettomuus puolestaan suurentaa riskiä sairastua psykiatrisiin sairauksiin, kuten masennukseen. Pitkäaikaiskipuja potevat ikäihmiset kärsivät useammin nukah-tamisvaikeuksista ja unen katkonaisuudesta. Unettomuus taas voimistaa kiputun-temuksia. (Käypä hoito -suositus 2018, 30–34.)

Yleisiä syitä iäkkään unettomuuteen ovat levottomat jalat, uniapnea tai närästys-vaivat. Unettomuutta lisäävät myös urogenitaaliset ongelmat, kuten eturauhasen liikakasvu tai virtsan karkailu. Tämä lisää WC:ssä käynnin tarvetta. Hengityseli-mistön sairaudet, kuten astma tai COPD, vaikeuttavat nukkumista. (Saccomano 2014, 39.) Unettomuus saattaa olla muistisairauden, kuten Alzheimerin tai Par-kinson taudin, ensioire. Myös masennus ja ahdistuneisuus lisäävät unettomuutta. Iäkkään psykoosipotilaan vuorokausirytmii voi häiriintyä yöllisten pelkojen ja har-hojen vuoksi. Mania saattaa johtaa jopa täydelliseen ja hengenvaaralliseen nuk-kumattomuuteen. Lisäksi monet lääkehoidot saattavat lisätä unihäiriöiden riskiä. (Alanen & Leinonen 2014, 3422.)

3.3 Psyykinen toimintakyky

Psyykinen toimintakyky on käsitteenä laaja ja moniulotteinen. Käsitteen keskei-senä osa-alueena ovat kognitiiviset eli tiedon käsittelyssä tarvittavat toiminnot. Näitä ovat muun muassa havaitseminen, muistitoiminnot, oppiminen, ajattelu, on-gelmanratkaisu ja päätöksenteko.

Käsitteeseen sisältyvät myös yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot havainto-, muisti, oppimis- ja ajattelutoiminnoistaan. Tärkeitä osatekijöitä ovat myös persoo-

nallisuus ja voimavarat, kuten luonteenpiirteet ja minäkäsitys. Psykkisen toimintakyvyn eri osa-alueet ja puolet ovat jatkuvasti yhteydessä toisiinsa. (Ruoppila & Suutama, 2003, 159.)

3.3.1 Mieliala ja myönteinen elämänasenne

Psykkisen toimintakyvyn alueelle voidaan sisällyttää psyykinen terveys eli mielenterveys yhtenä psyykkisen toimintakyvyn edellytyksenä (Ruoppila 2002, 121). Psykkisiin voimavaroihin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa mielialaan liittyvät tekijät ja elämän tarkoituksellisuuden tunne. Kokemus siitä, missä määrin ja miksi elämä tuntuu mielekkäältä ja elämisen arvoiselta, liittyy elämän tarkoituksellisuuden tunteeseen. Tunne on yhteydessä myös koettuun terveyteen. Onnistumisen kokemukset vahvistavat itsetuntoa, minkä vuoksi on tärkeää, että ikäihminen voi tehdä ja kokea itselleen merkityksellisiä asioita. (Ihalainen ym. 2016, 173.) Elämän tarkoituksellisuuden tunteeseen liittyy ihmisarvon kunnioittaminen itseisarvona, elämän kokeminen mielekkäänä sekä itsensä hyväksytyksi ja tarpeelliseksi kokeminen. Lisäksi toisten auttaminen, toimiminen täysivaltaisena yhteiskunnan jäsenenä ja mahdollisuus toteuttaa itseään lisäävät elämän merkityksellisyyttä. (Ylä-Outinen 2012, 164.)

Tyytyväisyyden tunne kertoo ihmisen kokemasta hyvinvoinnista. Optimistisella elämänasenteella on merkitystä tyytyväisyyden tunteeseen. Toiveikas ja luottavainen suhtautuminen nykyisyyteen ja tulevaisuuteen kumpuavat positiivisesta elämänasenteesta. Myönteisyys voi ilmetä ikäihmisellä esimerkiksi tyytyväisyytenä omaan toimintakykyyn tai omiin olosuhteisiin. (Ihalainen & Kettunen 2016, 173.)

Myönteinen elämänasenne on nähty hyvää toimintakykyä ja elämää ylläpitäväksi voimavaraksi ikäihmisillä. Myönteisen elämänasenteen on kuitenkin todettu heikentyvän erityisesti 70–80-vuotiailla henkilöillä. Myös tarpeellisuuden tunne, eli tunne siitä, että joku todella tarvitsee sinua, laskee ikääntyessä. Miessukupuolen ja yksin asumisen on todettu ennustavan elämänasenteen heikentymistä. Myön-

teisen elämänasenteen säilymisen kannalta oleellisia ovat muutoksista ja menetyksistä selviytymisen keinot ja omat voimavarat. Mikäli ikäihmisen selviytymiskeinot ja tuki eivät ole riittävät, muutokset voivat johtaa mielen hyvinvoinnin heikkenemiseen ja mielen tasapainon järkkymiseen. Puolison tai muun samassa taloudessa asuvan läheisen tuki auttaa yleensä ikäihmistä selviytymään arkipäiväisistä askareistaan terveyden ja toimintakyvyn heikentyessä ja samalla vahvistaa positiivisen elämänasenteen säilymistä. Elämänasenteen pysyvyys viittaakin mahdollisuuteen säilyttää myönteinen elämänasenne pitkälle vanhuuteen. (Eloranta, Isoaho, Viitanen, Lehtonen & Arve 2013, 234–242.)

3.3.2 Arvostuksen tunne ja yksilöllisten toiveiden huomioiminen

Oman elämän edes rajoitetussa määrin tapahtuva hallinta tarkoittaa sitä, että ikäihminen kokee kykenevänsä itsenäisesti vaikuttamaan elämäänsä ja tekemään sitä koskevia ratkaisuja ja päätöksiä. Elämän hallinta sisältää myös taidot käsitellä elämän muutos- ja kriisitilanteita. Se sisältää myös niiden erilaisten sosiaalisten roolien hallinnan, joita ikäihmiselle hänen elinympäristössään asetetaan. Erilaiset psyykkiset aktiviteetit tähtäävät osaltaan oman pätevyyden tunteen ylläpitämiseen ja kehittämiseen. (Ruoppila & Suutama 2003, 165.)

Psykososiaalisen tuen toteutumisen on osoitettu vaikuttavan ikäihmisen psyykkiseen hyvinvointiin. Työmuotoja kehitettäessä tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota ikäihmisen yksilöllisten tarpeiden tunnistamiseen ja heille itselleen tärkeiden keinojen etsimiseen niiden vahvistamiseksi. Ikäihmisen omien näkemysten tulisi olla entistä vahvemmin toiminnan lähtökohtana. Tutkittaessa ikäihmisen psyykkisen hyvinvoinnin ja psykososiaalisen tuen toteutumista kotihoidossa todettiin, että yli puolet asiakkaista koki, etteivät työntekijät anna riittävästä myönteistä palautetta silloin, kun ikäihminen onnistui itse suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista. Suurin osa ikäihmisistä arvioi, etteivät työntekijät kiinnitä riittävästi huomiota heidän vahvuuksiinsa, eivätkä kannusta riittävästi tekemään itse niitä päivittäisiä toimintoja, joista he vielä selviytyivät. (Eloranta, Isoaho, Arve, Routasalo & Viitanen 2012, 19–24.) Kannustuksella ja myönteisellä palautteella on mielialaa ja jaksamista edistävä vaikutus. Vuorovaikutuksessa tapahtuvaan kannustukseen kuuluvat rohkaisevat lauseet ja kosketus. Myönteinen palaute ja

rohkaiseminen omatoimiseen yrittämiseen lisäävät ikäihmisen arvostuksen tunnetta ja edistävät jaksamista. Hoitajan ystävällinen, avulias ja iloinen käyttäytyminen kohottaa ikäihmisen mielialaa sekä edistää jaksamista. Saatu tuki lisää yritteliäisyyttä ja omatoimisuutta. Ikäihmisen tekemisen huomioiminen lisää tunnetta siitä, että hänet huomioidaan yksilönä. Saatu tuki ja kannustus antavat voimia, rohkeutta ja lisäävät elämänhalua. Rohkaisevalla lauseella, kannustavalla kosketuksella tai vain hymyilemisellä on suuri merkitys ikäihmisen mielialaan ja toimintaan. (Liponkoski & Routasalo 2001, 258–264.)

Yhteisöön kuuluminen ja sen jäsenenä toimiminen lisäävät ikäihmisen arvostuksen tunnetta. Yksilöllisten tarpeiden ja ominaisuuksien huomioiminen koetaan tärkeänä. Ikäihminen haluaa, että hänet huomioidaan ihmisenä ja hyväksytään sellaisena kuin hän on. Mielenkiinnon kysyminen ja sen kunnioittaminen auttavat pitämään itsearvostusta ennallaan. Arvostuksen tunnetta lisäävät mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja olla osallisena sosiaalisessa toiminnassa. (Hoy, Lillesto, Slettebo, Saeteren, Heggstad, Caspari, Aasgaard, Lohne, Rensfeldt, Råholm, Lindwall & Nåden 2016, 91–98.) Merkitykselliseen toimintaan osallistuminen ylläpitää ikäihmisen omia voimavaroja ja vahvistaa hänen identiteettiään (Ylä-Outinen 2012, 135).

3.3.3 Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivinen toimintakyky tarkoittaa tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa, joka mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjessa ja sen vaatimuksissa. Kognitiivisia toimintoja ovat tiedon vastaanottaminen, käsittely, säilyttäminen ja psyykkisiin toimintoihin liittyvä tiedon käyttö. Kognitiivinen toimintakyky pitää sisällään muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen, tarkkaavaisuuden, hahmottamisen, ongelmien ratkaisun ja tiedon käsittelyn. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Yleisen käsityksen mukaan normaaliin ikääntymiseen liittyy ainakin jonkinasteista heikkenemistä kognitiivisessa toimintakyvyssä (Saarenheimo 2003, 93). Ikääntyessä voi ilmetä lieviä muistivaikeuksia ja oppiminen voi hidastua. Myös keskittymiskyky voi heikentyä, jolloin ikääntyneen voi olla vaikeampi muistaa tai tehdä

useampaa asiaa yhtä aikaa. Kognitiivisen toimintakyvyn heikentyminen tapahtuu useimmiten vähitellen, jolloin ikääntyneen on itse vaikea tunnistaa muistin heikentymistä. Tämän vuoksi lähipiirissä olevien henkilöiden havainnot ovat merkityksellisiä toimintakykyä arvioitaessa. (Ihalainen & Kettunen 2016, 172.)

Muutokset ajattelussa, tarkkavaisuudessa tai muistin toiminnassa on tutkimusten mukaan osoitettu liittyvän pikemminkin diagnosoitavissa oleviin sairauksiin kuin ikääntymiseen itsessään. Jonkinasteinen kognitiivisten toimintojen hidastuminen selittyy kuitenkin pelkästään iän karttumisella. Tiedon käsittelyssä tapahtuvalla hidastumisella on vaikutuksia ikäihmisen arkielämään. Asioiden pohtimiseen ja päätösten tekemiseen kuluu enemmän aikaa. (Saarenheimo 2003, 93.)

Muistisairaus heikentää muistia ja muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, hahmottamista ja toiminnanohjausta. Muistisairaudesta puhutaan silloin, kun vähintään kaksi kognitiivista toimintoa on heikentynyt siten, että itsenäisen selviytymisen taso päivittäisissä toiminnoissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa laskee. (Ihalainen & Kettunen 2016, 176–177.) Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertohäiriöstä tai otsa-ohimorappeutumasta johtuva muistisairaus sekä Lewyn kappale -tauti. 8,1 % yli 65-vuotiaista ikäihmisistä kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta. Pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä kolme neljäsosaa kärsii muistisairaudesta. (Hallikainen, Paajanen & Erkinjuntti 2016, 1–4.)

Laitoshoitoon siirtymisen ennakoivia riskitekijöitä ja syitä ovat ensisijaisesti muistisairaahan liikkumiseen liittyvät tekijät, kuten harhailu ja eksyminen. Myös pärjäämättömyys jokapäiväisissä toiminnoissa, tai kaatuminen ja sen seurauksena aiheutunut murtuma, ovat yleisiä syitä laitoshoitoon siirtymiseksi. Muistisairaudesta johtuvia liikkumisen ongelmia voidaan ehkäistä pitämällä yllä fyysistä toimintakykyä. (Lehtiranta, Leino-Kilpi, Koskenniemi, Jartti, Hupli, Stolt & Suhonen 2014, 120–121.)

3.4 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi toimia aktiivisesti arjessa ja sosiaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Sekä yksilö että yhteisö elävät vuorovaikutuksessa yhteiskunnan kanssa. Sosiaalinen toimintakyky pitää sisällään myös tekijät, joiden avulla henkilö selviytyy ympäristössään. (Metsävainio 2013, 97.)

Sosiaalinen toimintakyky voidaan jakaa potentiaaliseen ja aktuaaliseen ulottuvuuteen. Potentiaaliseen sosiaaliseen toimintakykyyn kuuluvat vuorovaikutus ja ihmissuhteet. Se koostuu yksilöön liittyvistä tekijöistä, kuten temperamentti tai sosiaaliset taidot, sekä sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön ja yhteiskunnan vuorovaikutuskentän tarjoamista mahdollisuuksista. (Pynnönen & Tikkanen 2018, 2.) Vaikka toimintakyvyn potentiaalinen ulottuvuus on olemassa, se ei kuitenkaan välttämättä toteudu varsinaiseksi toiminnaksi. Yhteiskunta, ympäristö, yhteisö ja sosiaalinen verkosto toimivat sekä mahdollistavana että rajaavana tekijänä yksilön toimijuuteen. (Isojärvi 2015, 5.) Aktuaalinen sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa ihmisen toimijuutta sosiaalisessa verkostossa. Se pitää sisällään esimerkiksi selviytymisen arkipäiväisistä tilanteista, vuorovaikutussuhteiden muodostamisen ja harrastamisen. Siihen kuuluu myös kokemukset yhteisyydestä ja osallisuudesta. Aktuaalisessa sosiaalisessa toimintakyvyssä toteutuvat valinnat, joita yksilö on tehnyt ympäristönsä tarjoamista mahdollisuuksista. (Isojärvi 2015, 5.)

Yksilön sosiaalinen toimintakyky tai sen heikentyminen tulee näkyväksi yleensä vasta elämänhallinnan ongelmien, osallisuuden toteutumattomuuden, sopeutumattomuuden tai ihmissuhdevaikeuksien kautta (Isojärvi 2016, 6). Ikäihmisten sosiaalista toimintakykyä heikentää sairaudet, kivut, fyysinen voimattomuus, liikuntavaikeudet, masentuneisuus, suru, heikko kuulo tai näkökyky. Myös heikko taloudellinen tilanne voi olla esteenä sosiaaliselle osallistumiselle. Ikääntyessään moni vetäytyy turhista sosiaalisista suhteista säästääkseen voimiaan. (Makkonen 2012, 12–13, 52.)

3.4.1 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalinen verkosto muodostuu ihmissuhteista ja vuorovaikutuksesta. Ihmissuhteiden määrällä voidaan kuvailla sosiaalisen verkoston kokoa. Yhteydenpito läheisten kanssa, kontaktien tiheys ja laatu sekä ihmissuhteiden läheisyys luonnehtivat sosiaalisen verkoston ihmissuhteita. Sosiaalisen verkoston kuvaajina toimivat myös yksilöiden homogeenisyys eli jäsenten samanlaisuus toisiinsa verrattuna. Lisäksi vuorovaikutus voi olla yksi-, kaksi vai monisuuntaista. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 4.)

Ihmissuhteiden avulla yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään, saa emotionaalista tukea, aineellista apua, tietoa ja uusia kontakteja. Läheiset ihmissuhteet voivat jopa pienentää kuolemanriskiä yli 60-vuotiailla. Erityisesti ystävien tapaamistiheys ja sosiaalisen verkoston koko ovat merkittäviä terveyden kannalta. Keskeistä on myös luotettavan ja auttavan henkilön olemassaolo. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 4.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan 58 % suomalaisista iäkkäistä miehistä tapasivat läheisiään kerran tai kaksi viikossa. Naisten kohdalla vastaava luku oli 66 %. Leskeksi jääneet tapasivat läheisiään useammin kuin naimisissa olevat, naimattomat tai eronneet. 84 % naisista ja 66% miehistä pitivät yhteyttä läheisiin viikoittain puhelimitse. Yli puolet iäkkäistä käyttivät internettiä yhteydenpitovälineenä. (Holstila, Helakorpi & Uutela 2012, 22.) Nykyään vuorovaikutukseen tarvitaan yhä enemmän teknisiä valmiuksia yhteisön digitalisoituessa (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 3).

Kanssakäymiseen kuuluvat yksilön kyvykkyys ja halukkuus keskustella sekä vaihtaa mielipiteitä toisten ihmisten kanssa. Oleellista on myös yhdessä toimimisen taito. (Suomen Mielenterveysseura 2018.) Keskustelun myötä on mahdollista käsitellä monia vanhenemisen myötä tapahtuvia elämänmuutoksia tai kriisejä. Saman ikäisten kokemukset ja tuki auttavat niiden läpikäymisessä. (Pohjolainen & Salonen 2012, 242–243.) Vuorovaikutuskykyyn tarvitaan kognitiivisia ja emotionaalisia valmiuksia sekä fyysisiä tekijöitä, kuten näköä ja kuuloa. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 3). Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa empatian tuntemisen kyky on keskeistä. Empatialla tarkoitetaan kykyä tunnistaa ja huomioida toisen

ihmisen tunteita ja tarpeita. Tarkkaavainen kuunteleminen, läsnäolo, rohkaisu ja kannustaminen kuuluvat myönteisiin ja rakentaviin vuorovaikutustaitoihin. (Suomen Mielenterveys-seura 2018.)

3.4.2 Sosiaalinen osallistuminen

Sosiaalinen osallistuminen voidaan jakaa joko sosiaaliseksi tai produktiiviseksi toiminnaksi. Sosiaalinen toiminta keskittyy lähinnä harrastuksiin ja tilaisuuksiin osallistumisena produktiivisen toiminnan painottuessa vapaaehtoistoimintaan tai toisten auttamiseen. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 8.) Sosiaalisella yhteisyydellä voidaan kuvailla, miten henkilö viettää vapaa-aikaansa ja kokeeko hän oman elämänsä mielekkääksi (Isojärvi 2016, 32).

Sosiaalista osallistumista tapahtuu sekä kodin lähiympäristössä että vieraillessa naapureiden, ystävien ja sukulaisten luona. Aktiivisempi sosiaalinen osallistuminen ilmenee toimintana erilaisten järjestöjen, seurakunnan tai kerhojen parissa. (Makkonen 2012, 51.) Yhdistys- ja järjestötoimintaan osallistuneet kertoivat haastattelussa olleensa aina aktiivisia toimijoita. Toiminnan mukana tuomat ystävyys-suhteet, yhteenkuuluvuuden ja yhteisöllisyyden tunne koettiin tärkeänä. (Salonen 2016, 38.) Eläköitymisen myötä aktiivisella ikäihmisellä on enemmän aikaa sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja osallistumiseen (Makkonen 2012, 39).

Säännöllistä osallistumista vapaa-ajan aktiviteetteihin voidaan kutsua ennaltaehkäiseväksi, toimijuutta ylläpitäväksi ja toimintakykyä edistäväksi toiminnaksi (Salonen 2015, 66). Sosiaalisesti toimintakykyinen yksilö kykenee toimimaan aktiivisesti arjessa, ympäristössä ja yhteiskunnassa. Hän on kykenevä täyttämään yhteiskunnan odotukset, ja toimimaan itsensä ja läheistensä hyvinvoinnin edistämiseksi. (Metsävainio 2013, 97–98.)

3.4.3 Yksinäisyys ja turvallisuuden tunne

Yksinäisyys voidaan jakaa emotionaaliseen ja sosiaaliseen yksinäisyyteen. Emotionaalista yksinäisyyttä koetaan läheisen ja kiintymystä tuottavan suhteen tai

kiintymyshahmon puuttuessa. Sosiaalisessa yksinäisyydessä koetaan epäonnistumista yhteisöön liittymisessä. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 6–7). Sosiaalisen verkoston sisimpään kehään kuuluvat puoliso, omaiset tai kotipalvelun työntekijä. Sisimmän kehän oheneminen, esimerkiksi puolison kuolema, aiheuttaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Yksinäisyys vähentää sosiaalisia voimavaroja, mikä puolestaan vaarantaa itsenäistä kotona selviytymistä. (Makkonen 2012, 39.) Muita ikäihmisen yksinäisyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat kumppanittomuus, lapsettomuus ja lapsenlapsettomuus sekä eläkkeelle jääminen (Tiilikainen 2016, 177). Tilviksen, Laitalan, Routasalon & Pitkälän (2011, 2–4) mukaan yksinäisyyttä näytti lisäävän myös korkea ikä, alempi koulutus, huono terveys, heikentynyt näkö ja kuulo, laitosasuminen, päivittäinen avun tarve ja kyvyttömyys käydä ulkona. Yli 84-vuotiaista iäkkäistä peräti 47 % kertoi kärsivänsä yksinäisyydestä. Naiset kokivat itsensä yksinäisemmäksi kuin miehet. Tiilikaisen (2016, 181) mukaan ikääntyvät kokivat yksinäisyyttä läheissuhteissa, laajemmissa yhteisöissä ja toisinaan myös ympäröivässä yhteiskunnassa. Yksinäisyys ilmeni kaipuuna rakkauteen ja kiintymykseen, yhteen kuulumattomuuden, arvottomuuden ja tarpeettomuuden tunteina.

Eristyneisyydellä tarkoitetaan ympäristöön kytkeytyviä mahdollisuuksia tai rajoitteita, eikä niinkään yksilön kykyä luoda tai ylläpitää ihmissuhteita. Sosiaalisesti eristyneellä henkilöllä läheiset ihmissuhteet puuttuvat tai ovat vähäisiä ympäristöön liittyvien rajoitteiden vuoksi. (Pynnönen & Tiikkainen 2018, 5.) Tällä hetkellä yksin asuvien määrä kehittyneissä maissa on korkeimmillaan todennäköisesti koko ihmiskunnan historian aikana. Ennusteen mukaan yksinäisyys tulee nousemaan entisestään vuoteen 2030 mennessä. Eristyneisyys ja ihmissuhteiden puuttuminen aiheuttavat terveyden heikentymistä, ja nostavat ennenaikaisen kuoleman riskiä. (Holt-Lunstad, Timothy, Smith, Baker, Harris & Stephenson 2015, 20–21.) Tutkittaessa ikääntyvien yksinäisyyden yhteyttä ennenaikaiseen kuolemaan, huomattiin yksinäisyyden lisäävän kuolemanriskiä jopa 30 % (Tilvis ym. 2011, 3).

Turvallisuudella tarkoitetaan ulkoisten uhkien ja yksilön kokeman turvallisuuden tunteen suhdetta. Kotona asuvista ikäihmisistä turvattomuutta koki 9 %. Turvat-

tomuuden tunne oli yhteydessä ikäihmisten yksinäisyyteen, sosiaaliseen eristämiseen, ihmissuhteiden ja niiden tyydyttävyyttä mittaaviin muuttujiin. Turvattomuuden tunne oli yleisempää yksin asuvilla, lapsettomilla ja vain vähän ystäviä omaavilla ikäihmisillä. Turvattomuuden kokemisen kannalta ihmissuhteiden tyydyttävyyttä oli merkityksellisempää, kuin tapaamisten määrää. (Savikko, Routasalo, Tilvis & Pitkälä 2006, 203–204.) Tuttu ympäristö, palveluiden läheisyys, avun saaminen ja hyvät kulkuyhteydet lisäsivät ikäihmisten turvallisuuden tunnetta. Etenkin kaupunkiympäristössä yksin liikkuminen iltaisin oli keskeinen asuin- ympäristöön liittyvistä peloista. Myös terveyden menettämisen uhka ja talviaikainen liukkaus aiheuttivat pelkoa. Tietoisuus muualla tapahtuvista ikävistä asioista lisäsivät turvattomuuden tunnetta. (Isola, Juvani & Kyngäs 2006, 31.)

4 Perhehoito ikäihmisen toimintakyvyn tukena

4.1 Toimintakyvyn tukeminen

Asuin- ja elinympäristöön liittyvillä tekijöillä, muiden ihmisten tuella tai erilaisilla palveluilla voidaan tukea ikäihmisen toimintakykyä. Hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, ja niitä tukeva ympäristö auttavat ihmistä voimaan hyvin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Perhehoito luo oivalliset olosuhteet ikäihmisen toimintakyvyn tukemiseksi ja elämänlaadun lisäämiseksi (Perhehoitoliitto 2017).

Ikäihmisen itsenäisen sisällä liikkumisen tukemiseksi tilojen tulee olla riittävän väljiä ja liikkumiseen tarvittavia apuvälineitä tulee olla tarjolla. Esteetön kulkuyhteys pesutilaan ja WC:hen on välttämätöntä ikäihmisen omatoimisen hygienian ylläpitämiseksi. Erilaiset apuvälineet, kuten korotettu WC-istuin ja tukikaiteet, tukevat itsenäistä peseytymistä ja WC-toiminnoissa suoriutumista. Riittävän valaistuksen lisäksi tulisi kiinnittää huomioita henkilökohtaisten tavaroiden sijoitteluun, lattian pinnan liukkauteen, tasoeroihin ja värikontrasteihin. Muistisairaalle ihmiselle peili saattaa aiheuttaa hämmennystä. Omatoimista pukeutumista voidaan

helpottaa käyttämällä erilaisia apuvälineitä, erikoissuunniteltuja asusteita ja jalkineita. Esteettömät tilat ja hyvä valaistus edistävät pukeutumisesta suoriutumista. (Reisbacka & Rytönen 2014, 1, 37–46.)

Liikkuminen hidastaa lihasvoimien heikkenemistä, parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa sekä auttaa säilyttämään tasapainoa ja nivelten liikkuvuutta. Hyvä liikuntakyky helpottaa päivittäisiä toiminnoista selviytymistä. (Jyväskylä 2014, 6.) On arvioitu, että joka kolmas vakavimmista lonkkamurtumista pystyttäisiin estämään, jos ikäihmiset lisääisivät liikuntaa 3-4 tuntia viikossa. Ikäihmisille tulisi tarjota mahdollisimman paljon fyysistä toimintakykyä lisäävää liikunta-aktiiviteettia. Kaatumista ehkäisevällä toiminnalla voidaan estää vakavia kaatumisvammoja, pienentää terveydenhuollon kustannuksia, parantaa ikäihmisen hyvinvointia ja turvallisuuden tunnetta. (Sievänen ym. 2014, 4.)

Ikäihmisten terveystoimintasuositukset painottavat liikkumattomuuden välttämistä ja säännöllistä liikunnan harjoittamista. Liikunnan tulisi sisältää lihaskuntaa, tasapainoa ja liikkuvuutta edistäviä osioita. Ikäihmisen kanssa tulisi laatia yksilöllinen liikuntasuunnitelma, jota päivitetään terveydentilan mukaan. Hyvä ravitsemustila tukee liikuntaharjoittelua. (Jyväskylä ym. 2014, 6–10.) Lihaskuntaa voidaan parantaa voimaharjoittelulla koko elämän ajan. Kuitenkin lyhytkin tauko harjoittelussa, kuten sairastuminen ja vuodelepo, aiheuttavat lihaskunnan nopean romahdamisen. Toimintakyvyn kannalta keskeisiä alaraajojen lihasryhmiä ovat reiden ojentajat ja koukistajat, pakaralihakset sekä nilkan ojentajat ja koukistajat. (Saarikoski 2016, 2.) Liikunta tulisi sisällyttää osaksi ikäihmisen jokapäiväistä arkitoimintaa (Laatikainen 2009, 29).

Säännöllinen punnitseminen on helpoin tapa seurata ikäihmisen ravitsemustilaa ja painon muutoksia. Ruokailun seuranta, energian, proteiinin ja ravinnonsaannin arviointi ovat merkityksellisiä ikäihmisen ravitsemushoidon ohjaamisessa, suunnittelussa ja toteutuksessa. Keskeistä on moniammatillinen yhteistyö hoitohenkilökunnan ja ruokapalvelun kesken. Toteutuneella ravitsemushoidolla voidaan kohentaa iäkkäiden ja monisairaiden ihmisten ravitsemustilaa, elämänlaatua ja toimintakykyä. (Suominen ym. 2010, 30–33.) Suositusten mukaan ikäihmisen

paino saa olla korkeampi kuin nuoremmilla, sillä pienen ylipainon on todettu suo-
jaavan ikäihmistä aliravitsemukselta, lihaskadolta ja osteoporoosilta. Ikäihmisen
painoindeksin suositellaan olevan 24–29 kg/m². (Jyväkorpi ym. 2014, 16.) Ra-
vinnon energia- ja ravintoainepitoisuutta voidaan lisätä käyttämällä ravintovalmis-
teita. Riittävän energian saannin turvaamiseksi ikäihmisille tulisi tarjoilla maistu-
via ruokia ja heidän tulisi ruokailla monta kertaa päivässä. (Suominen ym. 2010,
35–36.) Ikäihmisille tulisi antaa tarkka ohje tarvittavan nesteen määrästä, koska
pelkkää neuvoa juomisen lisäämisestä on usein vaikea noudattaa (Sulkava 2009,
3).

Aterioinnit ovat sosiaalisia tapahtumia, jotka tuottavat mielihyvää, rytmittävät päi-
vänkulkua ja luovat turvallisuuden tunnetta. Ruokailun ajoituksessa on tärkeää
ottaa huomioon ikäihmisen oma rytmi. Viihtyisän ja rauhallisen ympäristön sekä
tuoksujen merkitys korostuu. Ruokailuhetkiin voidaan yhdistää myös taustamu-
siikkia. Ruoanvalmistus yhdessä on ihanteellinen tapa aktivoida ikäihmistä liikku-
maan. (Suominen ym. 2010, 32–36.) Apuvälineiden avulla voidaan tukea heikko-
voimaista henkilöä suoriutumaan omatoimisesti ruoan valmistuksesta ja
ruokailusta. Puristusvoiman ollessa heikko, kevyiden astioiden ja paksuvartisten
välineiden käyttö ruokaillessa on suositeltavaa. Käsien vapistessa käytetään tu-
kevia astioita, painavia ruokailuvälineitä ja liukuestealustaa. Isokorvainen muki ja
jalkalasi helpottavat juomista. Ruoan, astioiden ja pöydän pinnan tulee erottua
selkeästi toisistaan. Muistisairas ikäihminen saattaa hahmottaa lautasessa olevat
kuviot ruuaksi. (Reisbacka & Rytönen 2014, 31).

Ikäihmisen unihäiriöt tulee aina selvittää ja hoitaa (Alanen & Leinonen 2014,
3422). Unettomuuden selvittämisessä keskeistä on arvioida, onko kyseessä en-
sisijainen unihäiriö, somaattiseen tai psykiatriseen sairauteen liittyvä häiriö. Taus-
talla voi olla myös päihteiden käyttöön liittyvä unettomuus. (Käypä hoito -suositus
2018, 33.) Ikäihmisen tapa kokea asioita, lääkitys ja elämäntilanne tulee kartoit-
taa (Kajaste 2015, 1). Unettomuutta arvioidaan haastattelujen, kyselylomakkei-
den ja unipäiväkirjan avulla. Unihäiriöitä voidaan selvittää myös unenaikaisen re-
kisteröinnin tai aktigrafitutkimuksen eli liikeaktiiviteetin mittauksen avulla.
(Huutoniemi 2016, 1.)

Ikäihmisen unihäiriöitä hoidetaan pääasiallisesti lääkkeettömästi (Huutoniemi 2016, 1). Kognitiivis-behavioraalinen terapia on osoitettu hyödylliseksi ikäihmisten unettomuuden hoidossa (Käypä hoito -suositus 2018, 28–30). Kognitiivisen hoitomenetelmän tavoitteena on vaikuttaa unettomuutta ylläpitäviin tekijöihin ja katkaista syntynyt noidankehä. Menetelminä käytetään esimerkiksi ympärivuorokautista unen huoltoa, rentoutusta ja vuoteessa olon rajoittamista. (Kajaste 2015, 1–3.) Turvalliseksi lääkkeettömäksi hoitokeinoksi voidaan luokitella myös vuorokausirytmien vahvistaminen, nukkumisympäristön rauhoittaminen ja kirkasvalohoidon käyttäminen. Unettomuuden ehkäisyssä keskeistä on huolehtia hyvästä terveydestä. Virikkeetön elämä aiheuttaa uneen pakenemista ja unihäiriöitä. (Käypä hoito -suositus 2018, 5, 28.)

Unilääkkeet saattavat helpottaa ikäihmisen unihäiriötä. (Huutoniemi 2018, 2). Unilääkkeet voivat kuitenkin suurentaa ikäihmisen kaatumisriskiä ja heikentää kognitiota (Käypä hoito -suositukset 2018, 28). Unihäiriöisen ikäihmisen lääkeshoidossa keskeistä on arvioida, onko unilääkkeistä, lähinnä bentsodiatsepiineista ja niiden kaltaisista Z-lääkkeistä, enemmän haittaa kuin hyötyä. Melatoniinilla ja sen johdoksilla ei ole havaittu olevan merkittäviä haittavaikutuksia. Useissa suosituksissa melatoniini onkin nostettu sopivimmaksi ikäihmisen nukahtamislääkkeeksi. (Alanen & Leinonen 2014, 3422.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan tukea monin keinoin. Ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa näihin keinoihin ja päättää itse niiden käyttämisestä tai käyttämättä jättämisestä. (Ruoppila & Suutama 2003, 165.) Elämän mielekkyyden kokeminen edellyttää kokemusta siitä, että omat asiat ovat edes jossain määrin omassa hallinnassa. Siten liiallinen auttaminen ja riippuvuuden vahvistaminen ovat selkeästi uhka ikäihmisen psyykkiselle hyvinvoinnille ja elämänhallinnan tunteelle. On oltava tarkkana tarjotun avun muodosta, jotta se ei huomaamatta heikentäisi ikäihmisen itsetuntoa ja vähentäisi hänen elämänhallintaansa. (Saarenheimo 2003, 95–96.)

Psyykkisen toimintakyvyn osalta eniten tutkimustuloksia on kognitiivisten toimintojen kehittämisestä ja ylläpitämisestä. Harjoitus lisää kognitiivista kapasiteettia tai ainakin hidastaa sen heikkenemistä. Harjoitus vaikuttaa ikäihmisiin, joiden

suorituskyky on laskenut jyrkästi sekä heihin, joilla tällaista laskua ei ole ollut tai se on ollut vähäistä. Jopa keskiasteista dementiaa sairastavien psyykkisen toimintakyvyn eräitä osa-alueita on kyetty harjoituksen avulla parantamaan. (Ruoppila & Suutama 2003, 160.)

Kognitiivisten taitojen harjoittelusta on hyötyä ikäihmiselle, olipa hän hyvämuistinen tai lievästä muistin heikkenemisestä kärsivä. Osallistuminen mielekkäisiin harrastuksiin tai sosiaaliseen toimintaan auttaa ylläpitämään kognitiivista toimintakykyä. Tällaista harrastustoimintaa voi olla esimerkiksi aktiiviset taideharrastukset, kulttuuriset harrastukset tai kädentaiteja kehittävät harrastukset. Musiikki, maalaus, elokuvat, kirjallisuus ja käsityöt ovat hyviä esimerkkejä kognitiivista toimintakykyä ylläpitävistä toiminnoista. (Pohjolainen & Salonen 2012, 242–243.)

Psyykkistä toimintakykyä ylläpitävää toimintaa on myös uusien asioiden opiskelu. Opiskelussa pääasia on, että henkilö voi harjoittaa tiedonkäsittelytoimintojaan häntä kiinnostavien uusien asioiden suhteen. (Ruoppila 2002, 125.) Harjoitukset auttavat osaltaan ylläpitämään ikäihmisen pätevyyden tunteen kehittämistä ja hallintaa (Pohjolainen & Salonen 2012, 242–243).

Sosiaalisen toimintakyvyn määrittely ja arviointi ovat haastavia, ja tieteellisesti yksiselitteistä arviointimenetelmää ei ole pystytty kehittämään. Sosiaalisen toimintakyvyn sijaan mitataankin usein sosiaalista osallistumista ja siinä onnistumista. Ikäihmisen sosiaalista toimintakykyä arvioitaessa tulisi kiinnittää huomiota ikääntyneen asiakkaan kohtaamiseen ja henkilökohtaiseen vuorovaikutukseen. (Isojärvi 2016, 65; Pynnönen & Tiikkainen 2018, 3–4.) Haasteelliseksi koetaan yksinäisyyttä ennaltaehkäisevien tukimuotojen kehittäminen ja kotona asuvien yksinäisten ihmisten löytäminen. (Kangassalo ym. 2017, 279).

Ikäihmisen sosiaalisen aktiivisuuden tukemiseksi ja yksinäisyyden lievittämiseksi pyritään kehittämään erilaisia interventioita. Näiden tavoitteina ovat sosiaalisten taitojen parantaminen sekä kontaktien, sosiaalisen tuen ja aktiivisuuden lisääminen. Käytettyjä muotoja ovat ryhmäaktiviteetit, jotka pohjautuvat toiminnan tai keskustelun ympärille. Myös kahdenkeskiset keskustelut ja kotikäynnit ovat hyödyllisiä. (Kangassalo & Teeri 2017, 279.)

4.2 Tutkimustuloksia perhehoidon vaikutuksesta toimintakykyyn

Perhehoidon vaikutuksia ikäihmisen toimintakykyyn on tutkittu jo 30 vuotta sitten Oktayn ja Vollandin (1987, 1505–1510) toimesta. Tutkimuksessa mitattiin ja vertailtiin sairaalasta kotiutuvien ikäihmisten kuntoutumista ja toimintakyvyn muutoksia. Noin puolet sairaalasta kotiutuvista ikäihmisistä sijoitettiin perhehoitoon ja puolet hoitokotiin. Mittauksia ja haastatteluja suoritettiin kerran kolmessa kuukaudessa vuoden ajan. Tutkimuksessa havaittiin, että perhehoidossa asuneiden ikäihmisten ADL-toiminnot olivat säilyneet ennallaan tai parantuneet verrattaessa niitä hoitokodissa asuneiden ADL-toimintoihin. Perhehoidossa suoriuduttiin paremmin päivittäisistä toiminnoista kuten peseytymisestä, pukeutumisesta tai lähiympäristössä liikkumisesta. Hoitokodissa asuvat ikäihmiset puolestaan selviytyivät WC-toiminnoista yhtä hyvin tai paremmin kuin perhekodissa asuneet. Perhehoidossa asuneilla myös IALD-toiminnot olivat parantuneet hieman enemmän kuin hoitokodissa asuneilla. Sosiaalista toimintaa kartoitettaessa huomattiin, että hoitokodissa asuneilla oli enemmän mahdollisuuksia osallistua sosiaalisiin toimintoihin, mutta perhekodissa asuvilla oli paremmat ulkoilumahdollisuudet. Tutkimus osoitti jo tuolloin perhehoidon olevan varteenotettava vaihtoehto ikäihmisen hoivapalveluna.

Cochranen julkaisemassa kirjallisuuskatsauksessa kartoitettiin, edistääkö pitkäaikainen kotona tai perhehoidossa asuminen ikäihmisen fyysistä toimintakykyä tai elämänlaatua enemmän, kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuminen. Tutkimuksessa vertailtiin perhehoidon ja laitoshoidon vaikutusta ikäihmisen toimintakykyyn. Ikäihmisten päivittäisistä toimista selviytymistä arvioitiin käyttämällä ADL-asteikkoa. Näyttöön perustuva tieto, edistääkö tai ylläpitääkö pitkäaikainen perhehoito ADL-toimintoja enemmän kuin laitoshoidon, jäi kuitenkin vähäiseksi. Tutkimuksessa vertailtiin myös perhehoidon ja laitoshoidon piirissä olevien ikäihmisten tyytyväisyyden tunnetta. Näyttöön perustuvaa tietoa ei kuitenkaan saatu siitä, että lisääkö perhehoito ikäihmisten tyytyväisyyden tunnetta laitoshoidon verrattuna. (Young, Hall, Gonçalves-Bradley, Quinn, Hooft, van Munster & Stott 2017, 15.)

Bradterin (2012, 69–70) mukaan perhehoito tarjoaa inhimillisen vaihtoehdon tilanteessa, jossa ikäihminen ei pysty asumaan enää kotona. Perhehoitoa kuvailtiin kodinomaiseksi asumismuodoksi, joka mahdollisti ikäihmisen osallistumisen perheen jokapäiväiseen arkeen sekä elämisen tutuissa maisemissa. Ympäri vuorokautisessa perhehoidossa olleiden ikäihmisten mahdollisuuden ulkoiluun ja osallistua arjen puuhiin todettiin olevan vähäistä. Ikäihmisten havaittiin olevan enimmäkseen yksin ruokailutilanteita lukuun ottamatta. Ikäihmiset tunsivat kuitenkin voivansa hyvin, eivätkä kokeneet itseään yksinäiseksi. Ympäri vuorokautisessa perhehoidossa asuva ikäihminen koki sekä asuvansa kotona perheen jäsenenä että olevansa hoidettavana. Ikäihmiset mielsivät perhehoidon enemmän koti- kuin perhepainotteiseksi hoivamuodoksi. Yhteydenpito omaisiin oli merkityksellistä.

Perhehoidon on nähty vastaavan ikäihmisen päivittäisiin hoivan tarpeisiin hyvin. Henkilökohtaisesta hygieniasta, ravitsemuksista, ulkoilusta ja levosta huolehdittiin, mikä vaikutti ikäihmisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Säännöllinen vuorokausirytmä, ruokailu ja nukkumaanmeno vaikuttivat kokonaisvaltaisesti ikäihmisen hyvään oloon. Perhehoito vaikutti myös psyykkiseen hyvinvointiin positiivisesti. Ikäihminen tunsu olevansa aktiivinen toimija perhekodin arjessa, eikä siten ehtinyt vajoamaan omiin ajatuksiinsa ja synkkyyteen. Yksinäisyyden tunne lievenyi, kun ympärillä oli muita ihmisiä. Myös ikäihmisen ja omaisen turvallisuuden tunne vahvistui, koska apu oli aina lähellä. Mahdollisuus ylläpitää taitoja ja osallistua arjen askareisiin lisäsivät tarpeellisuuden tunnetta ja antoivat onnistumisen kokemuksia. Ikäihmisen oli kuitenkin vaikea vaikuttaa asioihinsa perhehoidossa muistisairautensa vuoksi, mutta asiaa ei koettu kielteisenä. (Nurmi 2015, 41–44.) Tarkiaisen (2015, 3–21) mukaan perhekodissa asuvat ikäihmiset kokivat perhekodin mielekkäänä asumismuotona. Erityisesti arvostettiin perhekodissa toteutunutta yksilöllistä hoitoa, kodinomaista asumista sekä mahdollisuutta osallistua yhteiseen arkeen. Turvallisuuden tunne, toimintakyvyn ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen mainittiin myönteisinä tekijöinä.

Ikäihmiset arvioivat elämänlaatunsa olevan huomattavasti parempi perhehoidossa, kuin mitä se olisi ilman palvelua. Elämänlaatua parantavia tekijöitä olivat erityisesti ravitsemus ja turvallisuus. Edistystä nähtiin myös muilla osa-alueilla,

kuten asumisen siisteys, henkilökohtainen puhtaus, sosiaalinen osallistuminen ja mielekäs tekeminen. (Ahonen, Boman & Kaarakainen 2015, 29–33.)

Selvitettäessä osavuorokautisen perhehoidon vaikutuksia kotona asumisen tukena tuli ilmi, että perhehoito tuki ikäihmisen kotona asumista erityisesti sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueilla. Perhehoidossa käyminen tarjosi viirikeitä ja vaihtelua arkeen. Kodin ulkopuolinen toiminta ja sosiaaliset kontaktit vahvistivat kokemusta osallisuudesta ja omasta kyvykkyydestä. Erityisen merkityksellistä toimintaa oli niissä tilanteissa, joissa mahdollisuus osallistua itsenäisesti kodin ulkopuoliseen toimintaan oli vaikeutunut. Suurin osa ikäihmisistä koki päiväperhehoidossa käymisen vaikuttaneen elämäänsä myönteisesti. Perhekoti koettiin merkityksellisenä kodinomaisuuden, läheisyyden ja luonnollisuuden vuoksi. Perhekodin arkeen osallistuminen ja perheeseen kuulumisen koettiin myös tärkeänä. (Repo 2015, 46–48.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn. Tietoja kerättiin Pohjois-Karjalan alueella perhehoidossa asuvien ikäihmisten omaisilta. Tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia perhehoidolla on ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Tehtävänä oli kerätä tietoa kyselyn ja puhelinhaastattelun avulla.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten perhehoito on vaikuttanut ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn?
2. Miten tyytyväinen ikäihmisen omainen on perhehoitoon?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Kvantitatiivinen menetelmä vastasi ominaisuuksiltaan parhaiten tutkimuksen tarkoitusta. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tavoitteena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. (Kananen 2008, 10.) Tässä opinnäytetyössä pyrittiin tuottamaan yleistettävää tietoa siitä, miten perhehoito vaikuttaa ikäihmisen toimintakykyyn.

Tutkimustyyppi oli selittävä tutkimus, eli tarkoituksena oli tuottaa selityksen avulla tutkitusta asiasta perusteltua lisätietoa ja esittää asian taustalla vaikuttavia syitä. Selityksen tavoitteena oli tehdä tutkittu asia selvemmäksi ja aiempaa ymmärrettävämmäksi. Tutkimuksen tavoitteena oli esittää asioiden välisiä syy-seuraussuhteita eli kausaalisuhteita. Selittävä tutkimus pyrkii osoittamaan, millä tavalla esimerkiksi mielipiteet eroavat tai liittyvät toisiinsa. Aineiston keräämiseen soveltuu parhaiten strukturoitu internetkysely. (Vilkkä 2007, 19.)

6.2 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi maaliskuussa 2018 aiheen pohdinnalla. Huhtikuussa toimeksiantajaksi varmistui Perhehoitoliitto ry. Toimeksiantajan toiveena oli tutkimuksellinen opinnäytetyö. Lopullinen opinnäytetyön aihe varmistui elokuussa ja tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvantitatiivinen menetelmä.

Syyskuun aikana kirjoitettiin tietoperusta ja syys-lokakuun vaiheessa laadittiin kyselylomake. Kyselylomake esiteltiin ennen aineiston keruuta. Aineisto kerättiin ja analysoitiin lokakuussa. Opinnäytetyön tekeminen oli tauolla loppuvuoden sairaanhoitajaopintoihin liittyvän harjoittelun vuoksi. Opinnäytetyö esiteltiin helmikuun 2019 seminaarissa. (liite 5.)

6.3 Kohdejoukko ja aineiston keruumenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin otantatutkimuksena, sillä otos haluttiin rajata Pohjois-Karjalan alueelle. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yksi painopistealue on otoksen suhde perusjoukkoon. Perusjoukko tarkoittaa sitä väestöryhmää, johon tulokset halutaan yleistää. Otoksen vastaajien edellytetään siis edustavan perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79.) Tämän opinnäytetyön perusjoukko koostui koko Suomessa perhehoidossa asuvien ikäihmisten omaisista. Otos puolestaan koostui Pohjois-Karjalan alueella perhehoidon piirissä olevien ikäihmisten omaisista. Opinnäytetyö oli poikittaistutkimus, eli aineisto kerättiin kertaalleen, eikä toteutusta ole tarkoitus toistaa tietyn ajan kuluttua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42).

Kyselylomake on yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kyselylomakkeen taustalla tulee olla kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus. Tutkimuksessa käytettävät käsitteet on rajattava ja käsitteet on määriteltävä tarkasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Haastattelu on aineiston keräämisen tapa, jossa tutkija kysyy ja kirjaa tutkittavan vastauksen ennalta strukturoituun lomakkeeseen (Vilkkä 2007, 27).

Opinnäytetyössä käytettiin kahta aineistonkeruumenetelmää: kyselyä ja puhelinhaastattelua. Kyselylomaketta alettiin hahmottelemaan tietoperustan kirjoittamisen jälkeen. Kysymykset pyrittiin asettelemaan siten, että niiden avulla saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen laatimiselle varattiin aikaa useampi viikko. Toimeksiantaja sekä muut opinnäytetyöprosessissa mukana olleet asiantuntijat kommentoivat kyselylomaketta laadintavaiheessa. Kommenttien ja kehitysehdotusten saamisen myötä kyselyä korjattiin ja muokattiin. Kyselylomake esiteltiin kahdella henkilöllä ja myös esitestauksessa esille tulleet kehitysehdotukset huomioitiin.

Strukturoidussa lomakkeessa kysymysten järjestys ja sisältö ovat samat kaikille vastaajille. Kysymystyyppinä tässä opinnäytetyössä käytettiin monivalintakysymyksiä, mikä mahdollisti vastausten mielekkään vertailun (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 196). Tällaista lomaketta pidetään tehokkaana aineistonkeruumenetelmänä, sillä sen avulla aineisto tallentuu automaattisesti ja aineisto saadaan analysoitavaksi sähköiseen muotoon. Muita sähköisen kyselyn etuja ovat joustavuus, helppous, taloudellisuus ja ympäristön säästäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 88–92.) Tässä toteutuksessa kysely luotiin Webropol-ohjelmalla sähköiseen muotoon, mikä mahdollisti aineiston keruun nopeasti ja luotettavasti. Kyselystä laadittiin myös paperiversio (liite 4) niitä omaisia varten, joilla ei ollut mahdollisuutta vastata kyselyyn sähköisesti. Osa perhehoidossa asuvien ikäihmisten omaisista on itsekin ikääntynyt, eikä välttämättä omaa tietoteknisiä valmiuksia sähköiseen kyselyyn vastaamiseksi. Ikäihmisten omaiset huomioitiin myös mahdollisuudella osallistua kyselyyn puhelinhaastattelulla.

Kyselylomakkeen tulisi olla riittävän lyhyt, eikä vastaamiseen saisi kulua 15 minuuttia enempää aikaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 88). Tässä opinnäytetyössä käytetty kyselylomake pyrittiin pitämään tarpeeksi lyhyenä, jotta vastaaminen veisi korkeintaan 5 minuuttia. Aika kerrottiin saatteessa (liite 3), minkä toivottiin lisäävän halukkuutta vastata kyselyyn. Yksi haaste oli erottaa lukuisten sähköpostiin saapuvien nettikyselyiden joukosta ja saada vastaanottaja kiinnostumaan kyselystä.

Lomakkeen asetteluun ja ulkonäköön tulee kiinnittää huomiota, sillä hyvin suunniteltu ja ulkonäöltään esteettinen lomake houkuttelee vastaamaan (Kananen 2008, 36). Tässä opinnäytetyössä käytetyn lomakkeen suunnittelussa pyrittiin vastaajaystävällisyyteen ja houkuttelevuuteen. Kysymysten muotoilussa huomiointiin kohdejoukko, joka saattoi itsekkin olla ikääntynyttä väestöä. Kysymykset muotoiltiin kansankielisiksi ja helposti ymmärrettäviksi. Kysymykset pyrittiin pitämään mahdollisimman lyhyinä, koska lyhyitä kysymyksiä on helpompi ymmärtää kuin pitkiä (Hirsjärvi ym. 2007, 197).

Hirsjärven ym. (2007, 198) mukaan 'samaa mieltä / eri mieltä' -väittämät sisältävät vastaustaipumuksen, josta käytetään nimitystä *sosiaalinen suotavuus*. Teorian mukaan ihmisillä olisi taipumus valita se vastausvaihtoehto, jota he arvelevat odotettavan, eli jonka he arvelevat olevan yleensä suotava vastaus. Valitsimme opinnäytetyössä käytettäväksi vastausvaihtoehdoiksi 'edistänyt / heikentänyt' asteikon, jonka avulla myös tutkimustulosten analysointi oli selkeämpää.

Siun soten palvelupäällikkö Virpi Nevalainen ja Kiteen evankelisen opiston perhehoidon koordinaattori Sanna Kosonen välittivät kyselymme perhehoitajille sähköpostitse (liite 2). Perhehoitajat puolestaan välittivät kyselymme ikäihmisten omaisille. Katoa pyrimme ehkäisemään toimittamalla tulostettuja kyselylomakkeita joihinkin perhekoteihin, ja vieraillemalla lokakuussa perhehoitopäivillä kertomassa tämän opinnäytetyön tärkeydestä.

6.4 Tutkimuksen analysointi

Tässä opinnäytetyössä aineisto muodostui kyselylomakkeella ja puhelinhaastattelulla kerätystä tiedosta. Sähköinen materiaali tallentui suoraan tietokantaan ja paperilomakkeiden tiedot syötettiin tietokantaan manuaalisesti. Aineisto käytiin läpi ja tarkastettiin, löytyikö virheellisyyksiä tai puuttuiko tietoja. Lomakkeiden tiedot tarkastettiin ja arvioitiin vastausten laatu. Paperilomakkeet numeroitiin ja tiedot tallennettiin Webropoliin yhdessä tuplatarkastuksen varmistamiseksi.

Aineiston syötön jälkeen tarkastettiin, että muuttujien nimet ja arvot vastasivat kyselylomakkeessa olevia kohtia. Tavoitteena vastaavuuden säilyttämisessä oli

se, että analyysivaiheessa muuttujien virheellinen määrittely ei aiheuta tulkintavirheitä. Aineisto analysoitiin tarkastelemalla keskiarvoja ja vastausten prosenttiosuuksia. Analyysissa tarkasteltiin myös muuttujien välisiä eroja ristiintaulukoinnin avulla. Tässä opinnäytetyössä arvioitiin esimerkiksi ajan vaikutusta toimintakykyyn: Vaikuttiko aika, jonka ikäihminen on asunut perhekodissa, edistävästi toimintakykyyn. Suoria syy-seurausjohtopäätöksiä vältettiin kuitenkin tekemästä.

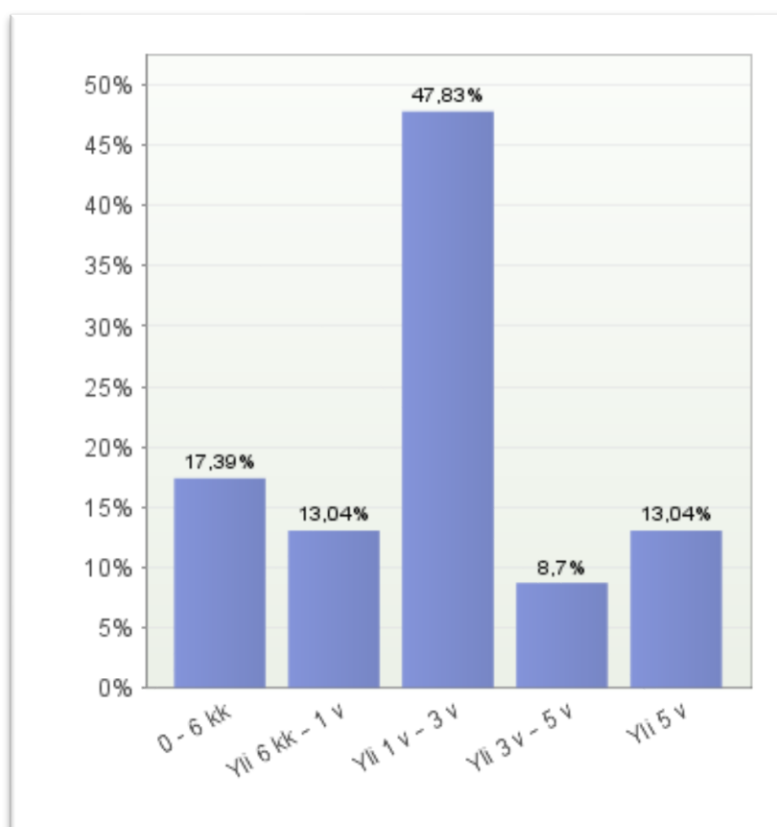
Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla, jota käytetään yleisesti määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. Tämän menettelytavan avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita tai käsitteitä. Sisällönanalyysilla voidaan kuvata tutkittavaa ilmiötä. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Tässä opinnäytetyössä avoimen kysymyksen vastaukset järjestettiin analyysia varten. Aineistosta etsittiin samankaltaisuudet ja laskettiin lukumäärät, kuinka monta kertaa esimerkiksi muistisairaus oli mainittu vastauksissa. Tämän jälkeen kohdat ryhmiteltiin ja tärkeimmät havainnot kirjoitettiin raporttiin. Raporttiin sisällytettiin myös suoria lainauksia, jolloin vastaajien mielipiteet tulivat sellaisenaan esille.

7 Tulokset

7.1 Taustatiedot

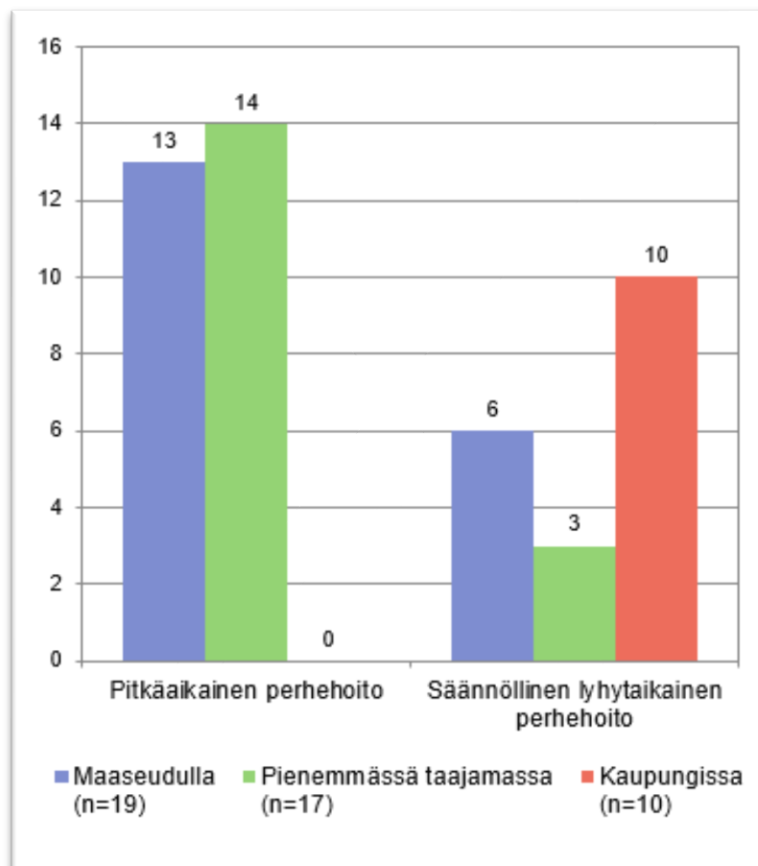
Kyselyyn tuli 46 vastausta (n=46). Webropolin kautta kyselyyn vastasi 24 henkilöä ja paperisen kyselylomakkeen palautti 15 omaista. Puhelinhaastatteluun osallistui seitsemän henkilöä.

Perhehoidon piirissä olevat ikäihmiset (n=45) olivat 67–98-vuotiaita. Ikäihmisten keski-ikä oli 81-vuotta. Tämän kysymyksen osalta hylkäsimme yhden vastauksen, koska ikä oli kirjoitettu virheellisesti näppäilyvirheen seurauksena. Ikäihmisistä 33 oli naisia ja 13 miehiä (n=46). Kyselyyn osallistui 10 ikäihmisen puolisoa, 23 lasta ja kolme lastenlasta. 10 vastaajista oli muita omaisia. Suurin osa, eli 48 % ikäihmistä oli ollut perhehoidon piirissä 1-3 vuotta (kuvio 3).



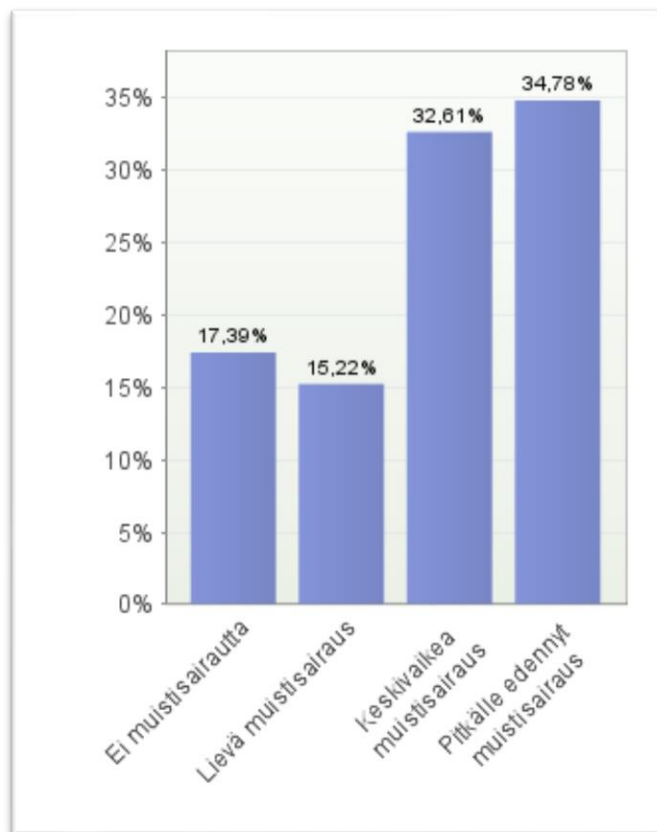
Kuvio 3. Aika, jonka ikäihminen (n=46) on ollut perhehoidon piirissä.

13 ikäihmistä asui pitkäaikaisessa perhehoidossa maaseudulla ja 14 taajamassa. Kuusi ikäihmistä oli säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon piirissä maaseudulla. Taajamassa puolestaan oli kolme ikäihmistä säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon piirissä ja kaupungissa heitä oli 10. (kuvio 4.)



Kuvio 4. Perhehoidon piirissä olevat ikäihmiset (n=46) ympäristön mukaan.

Suurimmalla osalla (35 %) ikäihmisistä oli pitkälle edennyt muistisairaus. 33 % ikäihmisistä oli keskivaikea muistisairaus ja 15 % lievä muistisairaus. 17 % ikäihmisellä ei ollut diagnosoitu muistisairautta. (kuvio 5.)



Kuvio 5. Muistisairauden aste (n=46).

7.2 Fyysinen toimintakyky

Kysyttäessä omaisten mielipiteitä fyysisissä toiminnoissa tapahtuneista muutoksista perhehoitoon siirtymisen jälkeen, havaittiin, että fyysiset toiminnot olivat keskimäärin pysyneet ennallaan. Omaiset arvioivat, että vuorokausirytmien selkiytymisessä ja unenlaadussa oli tapahtunut edistystä jonkin verran. 61 % omaisista arvioi, että vuorokausirytmien selkiytyminen oli tapahtunut. 37 % omaisista koki vuorokausirytmien pysyneen ennallaan. Suurin osa omaisista (65 %) arvioi unen laadun parantuneen jonkin verran tai paljon. 28 % koki, ettei unen laadussa ollut tapahtunut muutoksia. Loput 7% puolestaan arvioivat unen laadun heikentyneen jonkin verran. (taulukko 1.)

Suurin osa (52 %) omaisista arvioi, ettei ruokahalun osalta ollut tapahtunut muutoksia. Noin 43 % omaisista oli sitä mieltä, että ruokahalu oli parantunut jonkin verran tai paljon perhehoidon aloittamisen jälkeen. Myös kyvyn ruokailla itsenäisesti nähtiin pysyneen ennallaan (59 %). Kuitenkin 28 % omaisista koki, että kyky ruokailla itsenäisesti oli edistynyt paljon tai jonkin verran. Loput vastaajista (13 %) arvioivat, että itsenäisessä ruokailemisessa oli tapahtunut jonkin verran heikentymistä. (taulukko 1.)

46 % omaisista arvioi itsenäisen sisällä liikkumisen pysyneen ennallaan. 41 % vastaajista koki, että itsenäinen sisällä liikkuminen oli edistynyt jonkin verran tai paljon, kun taas 13 % vastaajista arvioi sisällä liikkumisen heikentyneen. 41 % omaisista oli sitä mieltä, että ulkona liikkumisessa ei ollut tapahtunut muutoksia. 35 % vastaajista arvioi, että ulkona liikkumisessa oli tapahtunut edistymistä, kun taas 24 % koki, että ulkona liikkuminen oli heikentynyt. (taulukko 1.)

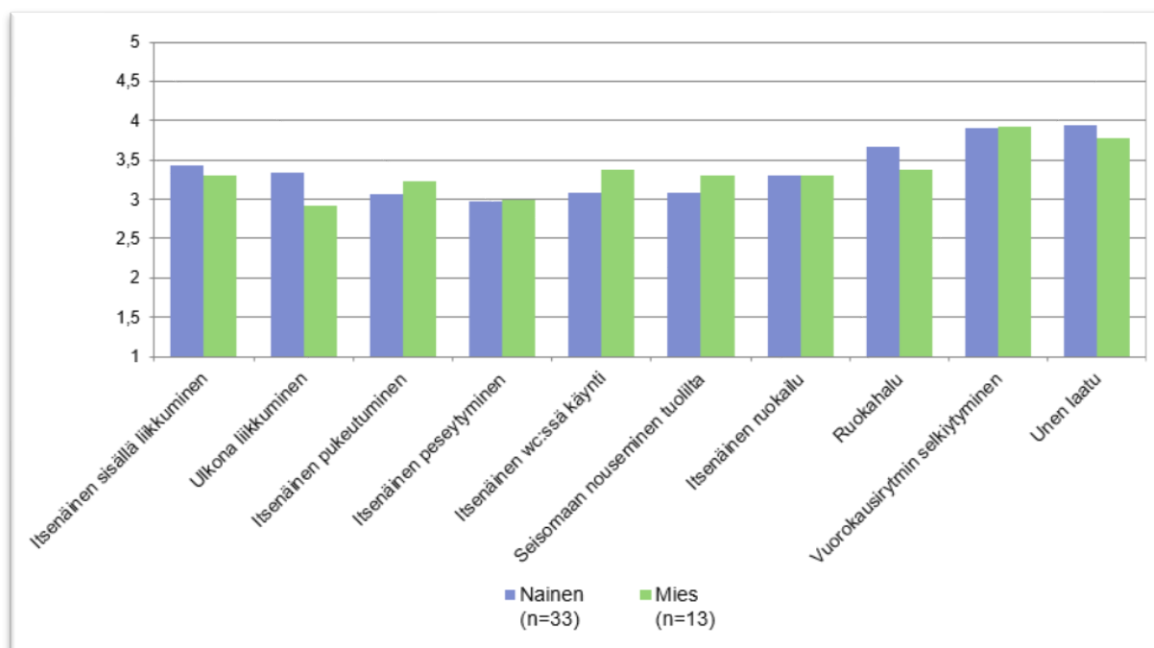
Päivittäisten toimintojen osalta vastauksissa oli havaittavissa hajontaa. Noin puolet omaisista koki, että kyky pukeutua ja peseytyä itsenäisesti oli pysynyt ennallaan. 28 % omaisista koki kyvyn pukeutua itsenäisesti edistyneen, kun taas 24 % koki kyvyn heikentyneen. Omaisista 22 % arvioi kyvyn peseytyä itsenäisesti edistyneen ja 28 % omaisista koki kyvyn heikentyneen.

Suurin osa (59 %) vastaajista arvioi, että ikäihmisen kyvyssä käydä itsenäisesti WC:ssä ei ollut tapahtunut muutoksia. Myös seisomaan nousemisen tuolilta koettiin pääsääntöisesti pysyneen ennallaan (48 %). 28 % vastaajista arvioi, että kyky nousta seisomaan tuolilta oli edistynyt, kun taas 24 % omaisista koki kyvyn heikentyneen jonkin verran. (taulukko 1.)

Taulukko 1. Omaisen arvio fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=46).

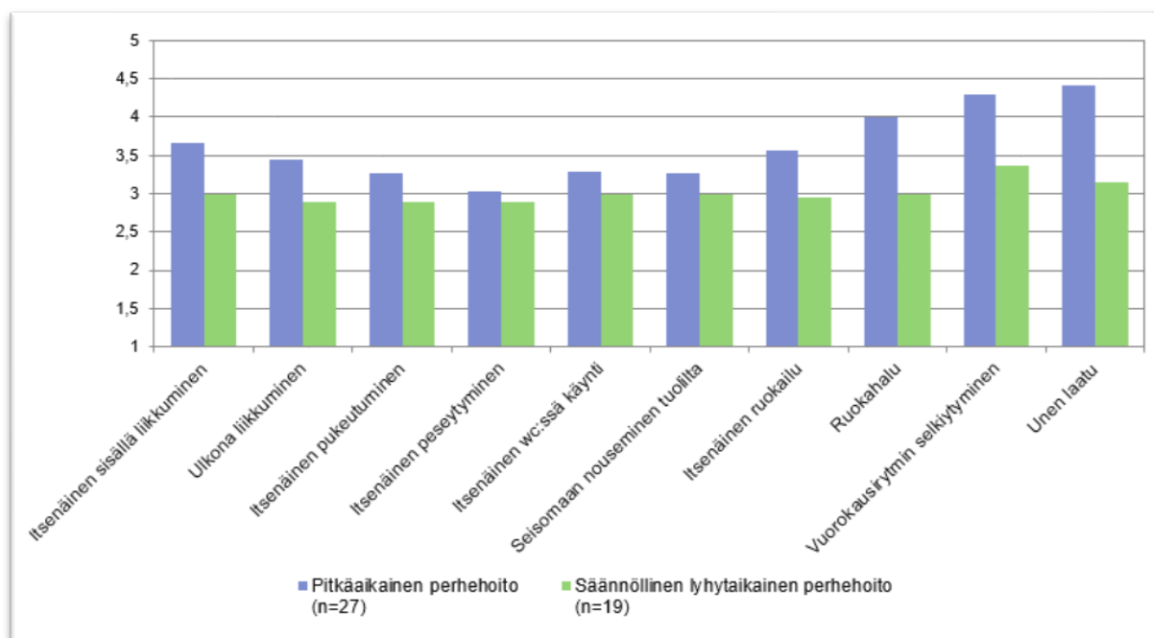
	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon	Keskiarvo
Itsenäinen sisällä liikkuminen	4,35%	8,7%	45,65%	26,09%	15,22%	3,39
Ulkona liikkuminen	2,17%	21,74%	41,3%	21,74%	13,04%	3,22
Itsenäinen pukeutuminen	4,35%	19,57%	47,83%	17,39%	10,87%	3,11
Itsenäinen peseytyminen	4,35%	23,91%	50%	13,04%	8,7%	2,98
Itsenäinen wc:ssä käynti	4,35%	10,87%	58,7%	15,22%	10,87%	3,17
Seisomaan nouseminen tuoilta	0%	23,91%	47,83%	17,39%	10,87%	3,15
Itsenäinen ruokailu	0%	13,04%	58,7%	13,04%	15,22%	3,3
Ruokahalu	2,17%	2,17%	52,17%	21,74%	21,74%	3,59
Vuorokausirytmien selkiytyminen	0%	2,17%	36,96%	28,26%	32,61%	3,91
Unen laatu	0%	6,52%	28,26%	34,78%	30,43%	3,89

Verrattaessa fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia sukupuolten välillä, ei havaittu suurta eroavaisuutta miesten ja naisten välillä (kuvio 6).



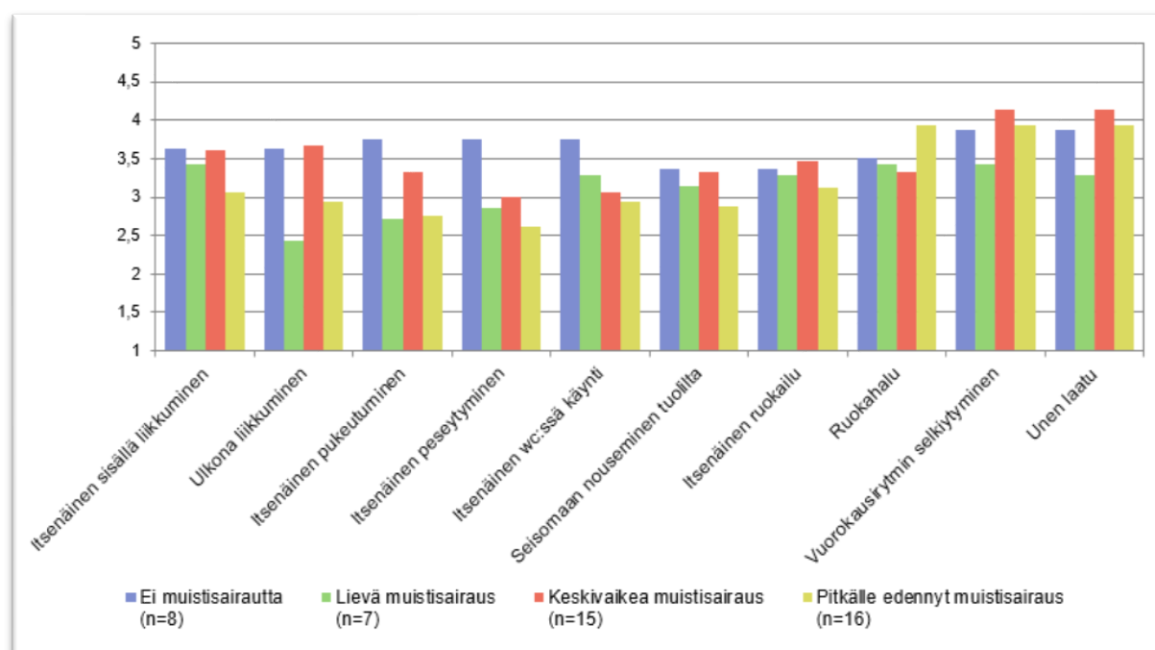
Kuvio 6. Fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset sukupuolen mukaan (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

Verrattaessa fyysisiä muutoksia pitkäaikaisen ja lyhytaikaisen perhehoidon välillä havaittiin pientä eroavaisuutta toimintojen edistymisessä. Pitkäaikaiseen perhehoitoon siirtyneiden ikäihmisten omaiset arvioivat, että erityisesti ruokahalu, vuorokausirytmien selkiytyminen ja unen laatu olivat edistyneet jonkin verran. Myös itsenäinen sisällä ja ulkona liikkuminen sekä itsenäinen ruokailu olivat edistyneet hieman enemmän pitkäaikaisessa perhehoidossa. Säännöllisessä lyhytaikaisessa perhehoidossa nämä toiminnot olivat pysyneet keskimäärin ennallaan. (kuvio 7.)



Kuvio 7. Muutokset fyysisissä toiminnoissa jaoteltuna pitkäaikaisen ja säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon välillä (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

Verrattaessa fyysisissä toiminnoissa tapahtuneita muutoksia muistisairauden asteeseen, edistymistä oli tapahtunut eniten heillä, joilla ei ollut todettu muistisairautta. Muistisairauden aste ei kuitenkaan näyttänyt vaikuttavan heikentävästi vuorokausirytmien selkiytymiseen, unen laadun tai ruokahalun edistymiseen. (kuvio 8.)



Kuvio 8. Fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset verrattuna muistisairauden asteeseen (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon

7.3 Psyykinen toimintakyky

Suurin osa omaisista arvioi, että lähes kaikki kyselyssä esille tuodut psyykkiset toiminnot olivat edistyneet jonkin verran. Mielialan virkistymisessä ja tyytyväisyyden tunteessa havaittiin eniten edistymistä kysyttäessä muutoksista psyykkisissä toiminnoissa. 80 % vastaajista koki, että mieliala oli virkistynyt perhehoitoon siirtymisen jälkeen. 83 % omaisista arvioi, että ikäihmisen tyytyväisyyden tunne oli edistynyt perhehoitoon siirtymisen jälkeen. Muutosta myönteisessä elämänasenteessa arvioidessaan 76 % omaisista näki, että muutos oli positiivinen. 17 % oli sitä mieltä, ettei muutosta ollut tapahtunut ja 7 % oli puolestaan sitä mieltä, että myönteinen elämän asenne oli heikentynyt. (taulukko 2.)

65 % omaisista koki, että onnistumisen kokemukset olivat lisääntyneet perhehoidon aloittamisen myötä. 26 % arvioi niiden pysyneen ennallaan ja loput 9 % vastaajista kokivat, että onnistumisen kokemusten osalta oli tapahtunut jonkin verran heikentymistä. Suurin osa (67 %) omaisista arvioi, että yksilöllisten toiveiden huomioiminen oli edistynyt. Loput 33 % vastaajista koki, että yksilöllisten toiveiden huomioimisessa ei ollut tapahtunut muutosta. (taulukko 2.)

43 % vastaajista arvioi mahdollisuuden päättää omista asioista pysyneen ennallaan. 37 % omaisista koki, että mahdollisuus päättää omista asioista oli edistynyt perhehoidon aloittamisen jälkeen. 20 % vastaajista oli sitä mieltä, että mahdollisuudessa päättää omista asioista oli tapahtunut heikentymistä perhehoitoon siirtymisen jälkeen. (taulukko 2.)

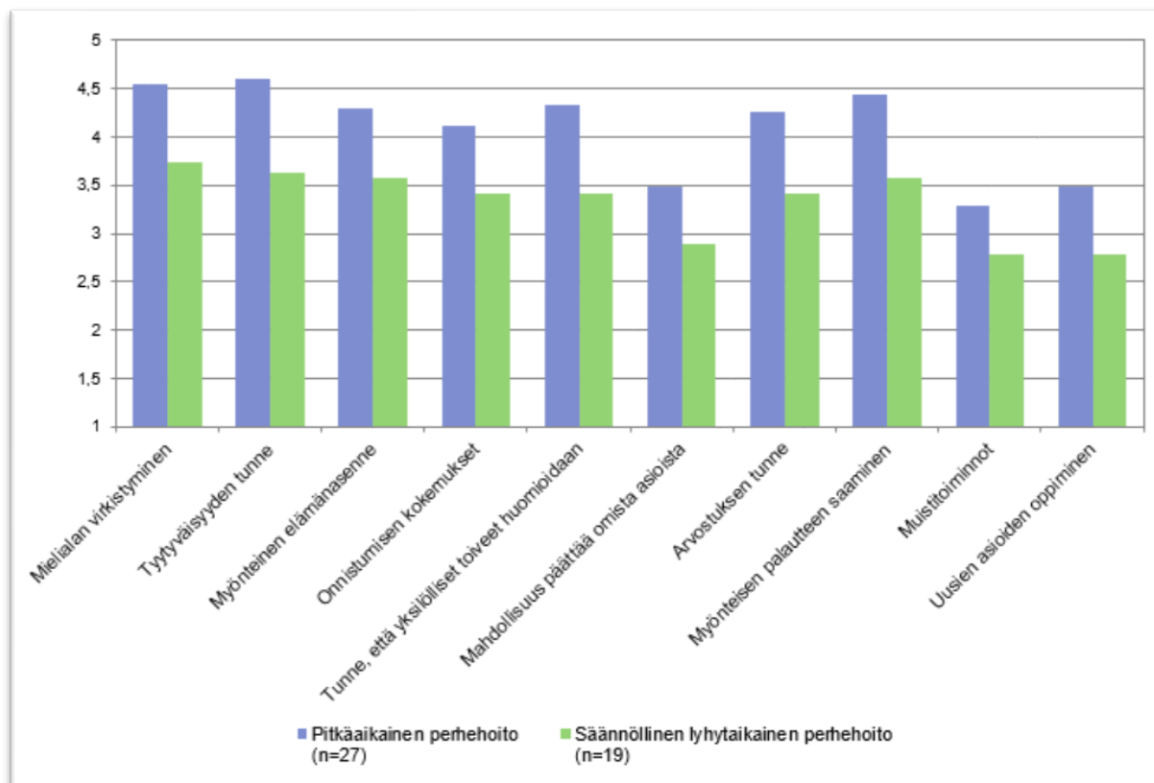
65 % vastaajista oli sitä mieltä, että ikäihmisen kokema arvostuksen tunne oli edistynyt perhehoitoon siirtymisen jälkeen. 30 % omaisista arvioi tämän pysyneen ennallaan ja 4 % arvioi arvostuksen tunteen heikentyneen. 70 % vastaajista arvioi, että myönteisen palautteen saaminen oli lisääntynyt. Loput 30 % omaisista olivat sitä mieltä, että myönteisen palautteen saaminen oli pysynyt ennallaan. (taulukko 2.)

Muistitoimintojen ja uusien asioiden oppimisen arvioinnissa hajonta oli suurta. Muistitoimintojen osalta 33 % vastaajista arvioi, että muistitoiminnot olivat heikentyneet jonkin verran. Kuitenkin 35 % omaisista arvioi, että muistitoiminnot olivat edistyneet. Loput 33 % vastaajista olivat sitä mieltä, ettei muistitoiminnoissa ollut tapahtunut muutoksia. 22 % vastaajista koki, että uusien asioiden oppimisessa oli tapahtunut heikennystä. 37 % vastaajista arvioi oppimisen pysyneen ennallaan. 41 % vastaajista arvioi kuitenkin tapahtuneen edistystä uusien asioiden oppimisen kohdalla. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Omaisen arvio psyykkisessä toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=46).

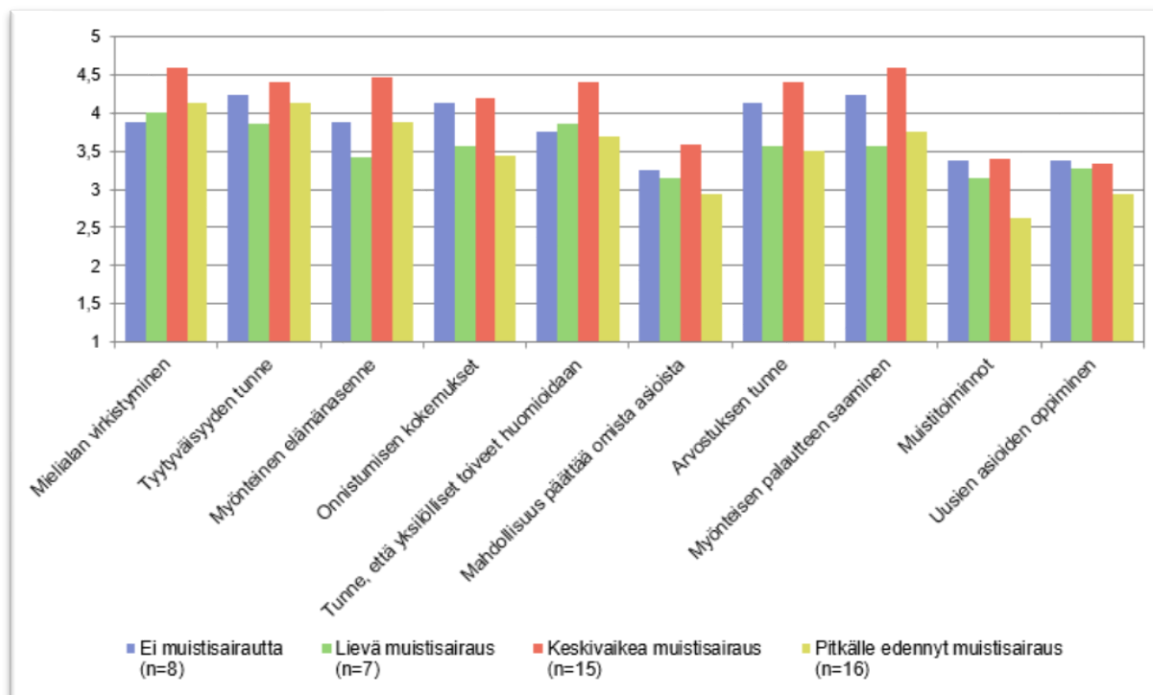
	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon	Keskiarvo
Mielialan virkistyminen	2,17%	2,17%	15,22%	32,61%	47,83%	4,22
Tyytyväisyyden tunne	0%	4,35%	13,04%	41,3%	41,3%	4,2
Myönteinen elämänsenne	2,17%	4,35%	17,39%	43,48%	32,61%	4
Onnistumisen kokemukset	0%	8,7%	26,09%	39,13%	26,09%	3,83
Tunne, että yksilölliset toiveet huomioidaan	0%	0%	32,61%	39,13%	28,26%	3,96
Mahdollisuus päättää omista asioista	0%	19,57%	43,48%	30,43%	6,52%	3,24
Arvostuksen tunne	0%	4,35%	30,43%	34,78%	30,43%	3,91
Myönteisen palautteen saaminen	0%	0%	30,43%	30,43%	39,13%	4,09
Muistitoiminnot	0%	32,61%	32,61%	28,26%	6,52%	3,09
Uusien asioiden oppiminen	2,17%	19,57%	36,96%	39,13%	2,17%	3,2

Verrattaessa psyykkisiä muutoksia pitkäaikaisen ja lyhytaikaisen perhehoidon välillä havaittiin pientä eroavaisuutta kaikkien psyykkisten toimintojen osalta. Psyykkiset toiminnot olivat keksimäärin edistyneet hieman enemmän pitkäaikaisessa kuin lyhytaikaisessa perhehoidossa. (kuvio 9.)



Kuvio 9. Muutokset psyykkisissä toiminnoissa jaoteltuna pitkäaikaisen ja säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon välillä (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

Verrattaessa muutoksia psyykkisissä toiminnoissa muistisairauden asteeseen, havaittiin, että eniten edistystä oli tapahtunut keskivaikean muistisairauden omaavien keskuudessa. (kuvio 10.)



Kuvio 10. Muutokset psyykkisissä toiminnoissa verrattuna ikäihmisen muistisairauden asteeseen (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

7.4 Sosiaalinen toimintakyky

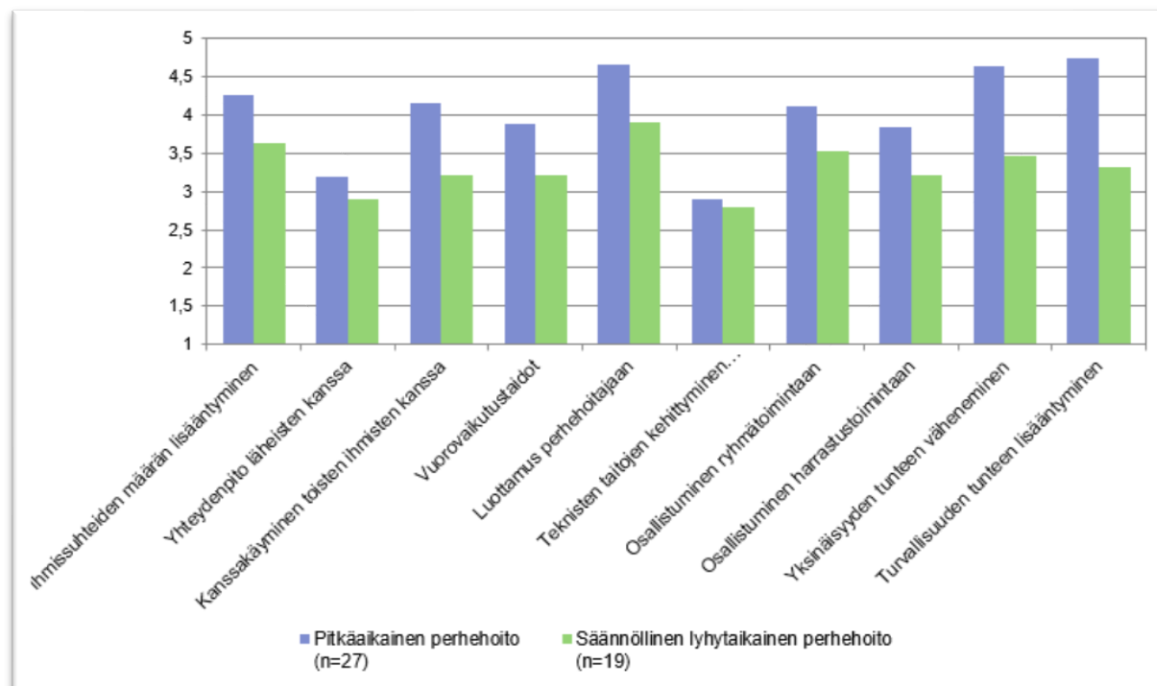
Kysyttäessä omaisten mielipidettä mahdollisista muutoksista sosiaalisissa toiminnoissa perhehoidon aloittamisen jälkeen, havaittiin pääsääntöisesti edistymistä. Suurin osa vastaajista (74 %) koki, että ihmissuhteiden määrä oli lisääntynyt paljon tai jonkin verran. 17 % vastaajista näki, että ihmissuhteiden määrässä ei ollut tapahtunut muutoksia ja 9 % oli sitä mieltä, että ihmissuhteiden määrä oli vähentynyt jonkin verran. Suurin osa vastaajista, 74 % oli arvioinut yksinäisyyden tunteen vähentyneen paljon tai jonkin verran perhehoidon aloittamisen jälkeen. Noin 7 % koki, että yksinäisyyden tunne oli lisääntynyt jonkin verran. Loput (20 %) vastaajista koki, että yksinäisyyden tunteessa ei ollut tapahtunut muutoksia. Turvallisuuden tunteen osalta 72 % vastaajista koki, että turvallisuuden tunne oli lisääntynyt paljon tai jonkin verran. Noin 9 % näki, että turvallisuuden tunne oli heikentynyt jonkin verran ja loput 20 % vastaajista olivat sitä mieltä, että turvallisuuden tunne oli pysynyt samana. Suurin osa vastaajista (83 %) arvioi, että luottamus perhehoitajaan oli lisääntynyt paljon tai jonkin verran. (taulukko 3.)

70 % omaisista oli sitä mieltä, että ryhmätoimintaan osallistuminen oli edistynyt. 22 % heistä koki, että osallistuminen oli pysynyt samana ja loput 9 % koki, että tässä oli tapahtunut heikentymistä. Suurin osa omaisista (63 %) oli sitä mieltä, että osallistuminen harrastustoimintaan oli lisääntynyt. 24 % vastaajista näki, että muutoksia ei ollut tapahtunut ja 13 % koki, että osallistuminen harrastustoimintaan oli heikentynyt paljon tai jonkin verran. 63 % vastaajista koki kanssakäymisen toisten ihmisten kanssa edistyneen. 22 % koki, että tämä oli pysynyt ennallaan ja loput 13 % arvioivat kanssakäymisessä toisten ihmisten kanssa tapahtuneen heikentymistä. Muutoksia vuorovaikutustaidoissa arvioitaessa noin 54 % vastaajista koki, että vuorovaikutustaidot olivat edistyneet paljon tai jonkin verran. 30 % omaisista oli sitä mieltä, että vuorovaikutustaidoissa ei ollut tapahtunut muutoksia. Loput 15 % vastaajista koki, että vuorovaikutustaidot olivat heikentyneet. Suurin osa 52 % omaisista arvioi, että yhteydenpidossa läheisten kanssa ei ollut tapahtunut muutoksia. Suurin osa (65 %) vastaajista arvioi myös teknisten taitojen pysyneen ennallaan. (taulukko 3.)

Taulukko 3. Omaisen arvio sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneista muutoksista (n=46).

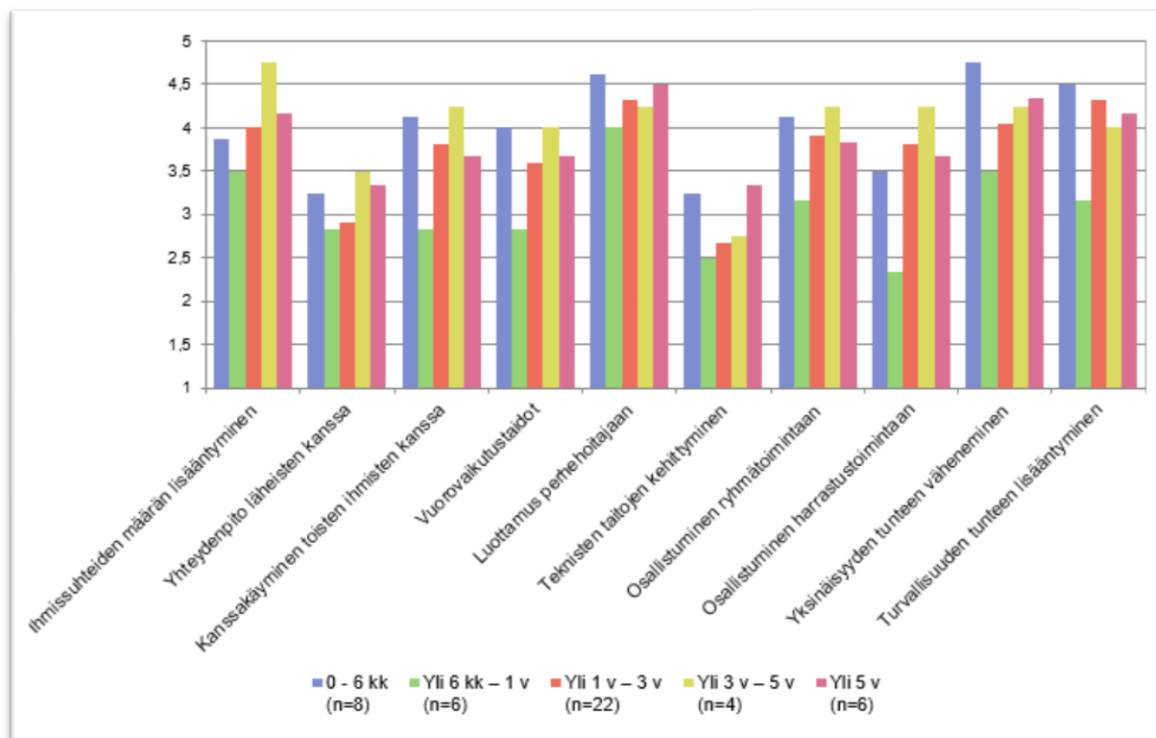
	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon	Keskiarvo
Ihmissuhteiden määrän lisääntyminen	0%	8,7%	17,39%	39,13%	34,78%	4
Yhteydenpito läheisten kanssa	2,17%	19,57%	52,17%	21,74%	4,35%	3,07
Kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa	2,17%	10,87%	21,74%	39,13%	26,09%	3,76
Vuorovaikutustaidot (esim. keskustelun aloittaminen ja ylläpito, kuunteleminen)	2,17%	13,04%	30,43%	30,43%	23,91%	3,61
Luottamus perhehoitajaan	0%	2,17%	15,22%	28,26%	54,35%	4,35
Teknisten taitojen kehittyminen yhteydenpidossa (esim. kuvapuhelut)	8,7%	15,22%	65,22%	4,35%	6,52%	2,85
Osallistuminen ryhmätoimintaan	0%	8,7%	21,74%	43,48%	26,09%	3,87
Osallistuminen harrastustoimintaan (esim. käsityöt, kalastus tms.)	6,52%	6,52%	23,91%	47,83%	15,22%	3,59
Yksinäisyyden tunteen väheneminen	0%	6,52%	19,57%	26,09%	47,83%	4,15
Turvallisuuden tunteen lisääntyminen	0%	8,7%	19,57%	19,57%	52,17%	4,15

Verrattaessa toimintakyvyn muutoksia pitkäaikaisen ja lyhytaikaisen perhehoidon välillä havaittiin, että omaiset olivat arvioineet toimintakyvyn edistyneen hieman enemmän pitkäaikaiseen perhehoitoon siirtymisen jälkeen (kuvio 11).



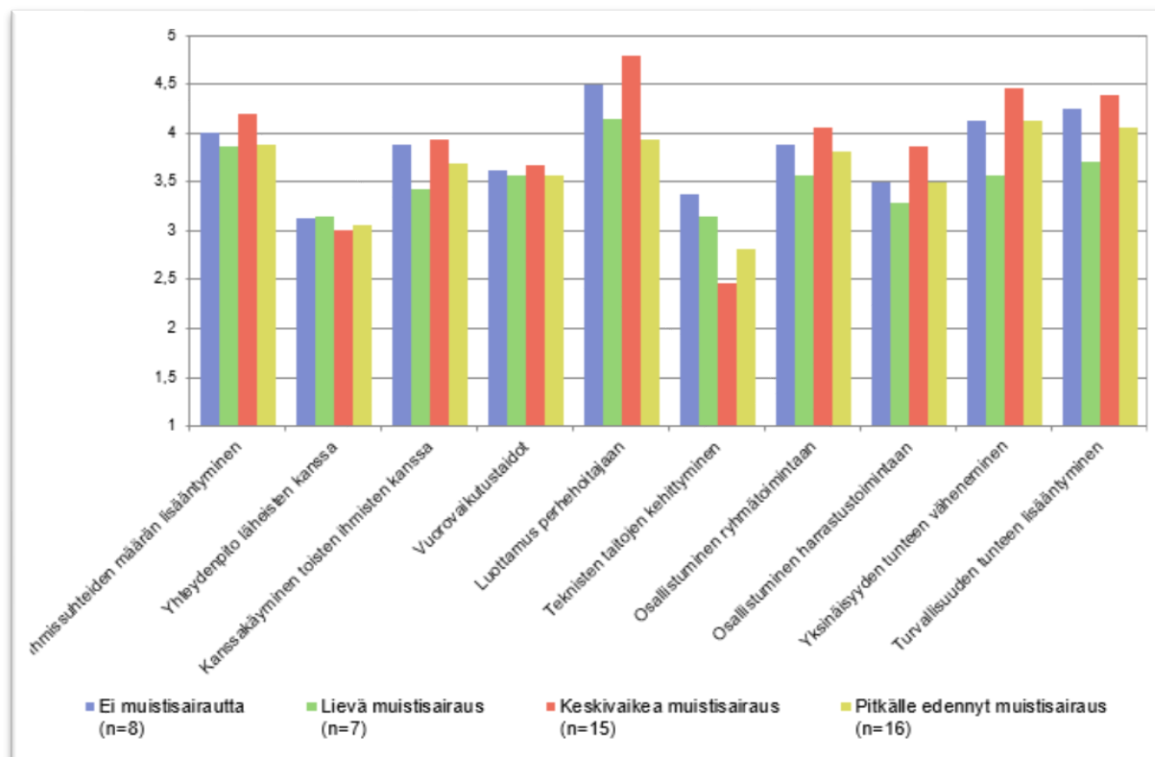
Kuvio 11. Muutokset sosiaalisissa toiminnoissa jaoteltuna pitkäaikaisen ja säännöllisen lyhytaikaisen perhehoidon välillä (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

Tarkasteltaessa aikaa, jonka ikäihminen oli ollut perhehoidon piirissä, havaittiin joitakin eroavaisuuksia. Sosiaalisen toimintakyvyn nähtiin edistyneen eniten ensimmäisen puolen vuoden aikana. Ikäihmisten, jotka olivat olleet 6 kk–1 vuoden ajan perhehoidossa, toimintakyky näytti heikentyneen. Seuraavien ajanjaksojen aikana toimintakyky näytti puolestaan edistyneen. (kuvio 12.)



Kuvio 12. Muutokset sosiaalisissa toiminnoissa suhteessa aikaan, jonka ikäihminen on ollut perhehoidon piirissä (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

Verrattaessa sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia muistisairauden asteeseen havaittiin, että toimintakyvyn oltiin arvioitu edistyneen aavistuksen verran enemmän keskivaikean muistisairauden omaavien ikäihmisten keskuudessa (kuvio 13).



Kuvio 13. Sosiaalisessa toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset verrattuna muistisairauden asteeseen (n=46). 1=heikentynyt paljon, 2=heikentynyt jonkin verran, 3=pysynyt samana, 4=edistynyt jonkin verran, 5=edistynyt paljon.

7.5 Tyytyväisyys perhehoitoon

Avoimeen kysymykseen tuli 23 vastausta. Suurin osa kommentaista oli positiivisia ja perhehoitoa kehuvia. Kahdeksan vastaajista otti esille muistisairauden ja he olivat sitä mieltä, että perhehoito on paras mahdollinen hoitopaikka muistisairalle ikäihmiselle.

”Perhehoitoon muutettuaan omaiseni virkistyi silmissä. Tuntui kuin alzhaimerin tauti olisi parantunut/pysähtynyt. Yksin asuessaan, vaikka

omainen kävikin päivittäin, vanhus oli aina vuoteessa ja kasvoilla pysähtynyt ilme. Keskustelutaito oli hävinnyt. Ruoka ei maistunut, ei osannut omatoimisesti ottaa jääkaapista mitään. Kaikki taidot alkoi unohtua. Perhekotiin päästyään mummin olo koheni kaikilla tavoin.”

Etenevän muistisairauden vuoksi toimintakyvyssä tapahtui taantumista, mutta perhehoito nähtiin siitä huolimatta hyväksi hoivamuodoksi turvallisuuden, kodin-omaisuuden ja tuttujen ihmisten vuoksi.

”Äidin sairaus on edennyt kahden perhehoitovuoden aikana paljon, joten taantumista tapahtunut sen vuoksi. Perhekoti on paras mahdollinen paikka muistisairaalle vanhukselle!”

Omaiset kokivat tärkeänä, että perhehoito on mahdollistanut ikäihmisen osallistumisen arjen askareisiin sekä monenlaisiin aktiviteetteihin. Arjen töihin osallistumisen, kuten ruoanlaiton, siivouksen ja haravoinnin, nähtiin lisäävän ikäihmisen omaa tunnetta siitä, että on hän tärkeä ja arvostettu. Virikkeellisen toiminnan nähtiin aktivoivan toimintakykyä sekä ylläpitävän mielenvirkeyttä ja iloisuutta.

”Minun mielestä hyvä kun perhehoidossa on ollut toimintaa, elokuvissa ovat käyneet ja Kirkkokonsertissa Katri Helenaa katsomassa.”

Vastaajista kolme oli kirjoittanut kehittämissuhteiksi, että toimintaa tulisi järjestää enemmän. Ulkoilu, liikunta ja saunominen olisi tärkeää. Myös erilaisia opiskelijaryhmiä toivottiin järjestämään pienimuotoisia ryhmäharjoitteita perhekoteihin. Perhehoitajia tulisi myös tukea järjestämään päiväkuntoutustoimintaa.

Neljä vastaajista otti esille turvallisuuden tunteen, jonka koettiin lisääntyneen. Ikäihmisen hätäntyyneisyyden ja levottomuuden todettiin vähentyneen. Perhekoti koettiin turvalliseksi ja tutuksi. Myös omaiset kokivat, että ikäihminen on turvassa perhehoidossa, koska siellä ei tarvitse olla yksin.

Kaksi vastaajaa kertoi ruokahalun muutoksesta, mikä oli vaikuttanut fyysisten toimintojen paranemiseen.

”Säännölliset ruokailut yhteisessä pöydässä olivat iso muutos, hoidon alussa fyysisen voinnin paraneminen johtui varmasti isolta osin ravinnon paranemisesta.”

Viisi vastaajista otti esille sosiaalisen kanssakäymisen toisten ihmisten kanssa. Perhehoidossa oli keskusteluseuraa muidenkin kuin omaisten kanssa.

”Perhehoidon yhteisöstä on tullut oma ystävyysporukka, vaikka nimet ja kasvot eivät ole muistissa, asuintoverit tuntuvat tutuilta ("missä ne minun kaverit ovat"). Ennen perhehoidon aikaa itsenäinen sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen oli jo muistisairauden vuoksi käynyt mahdottomaksi.”

Arvostus perhehoitajia kohtaan kuvastui vastauksista. Omaiset tunsivat kiitollisuutta siitä, että ikäihminen oli päässyt perhehoitoon. Omaisten mukaan perhehoitajat tekivät työtä suurella sydämellä ja olivat sitoutuneita työhönsä. Heistä huokuvaa lämpöä ihailtiin. Omaiset arvostivat perhehoitajan työtä, koska sen arveltiin olevan tietoinen valinta ja elämäntapa. Perhehoitajien koettiin olevan tunnollisia ja innostuneita. Heidän nähtiin olevan myös osaavia, oivaltavia ja empaattisia.

”Ihmettelen, että miten paljon perhehoitaja jaksaakin keksiä kaikenlaista virikettä.”

”10 +++ pistettä perhehoidolle. Ehdottomasti lisättävä/tuettava enemmän perhehoitajia. Uskomaton vaikutus, miten vanha ihminen virkistyy joka osa-alueella. Myös tuettava perhehoitajia järjestämään päivä kuntoutustoimintaa. Tämä on parasta kuntoutusta, koska tänä päivänä hoidetaan hyvin pitkälle kotiin.”

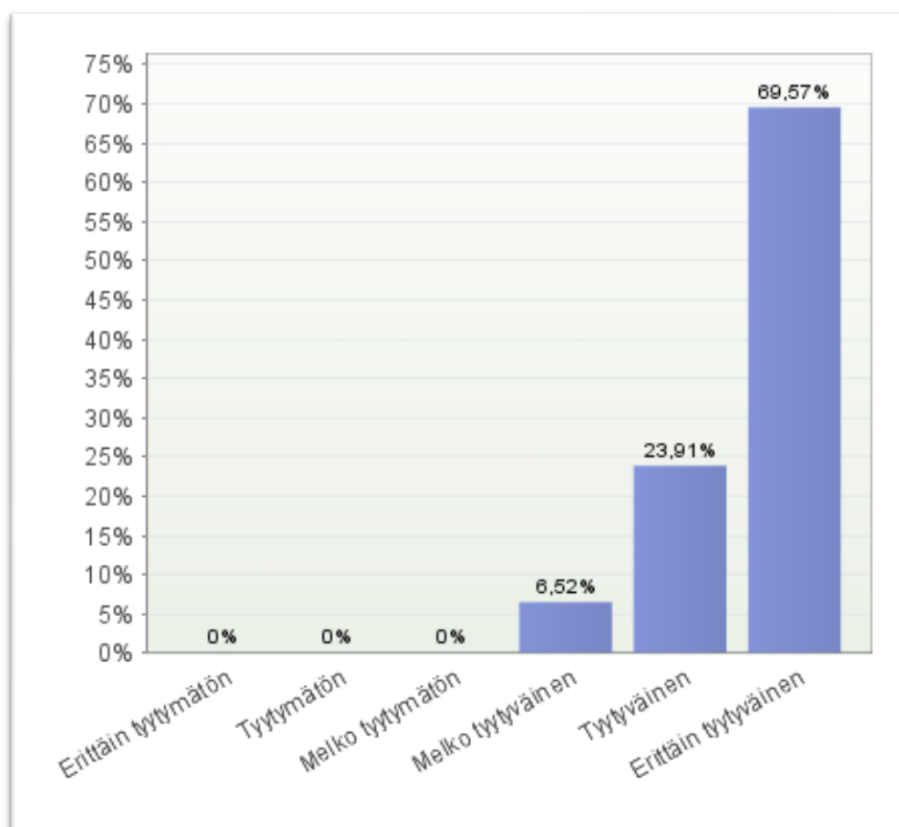
Läheisten mielestä oli merkityksellistä, että heidän omaisensa oli hyvässä hoidossa, ja he pystyivät itse olemaan luottavaisin mielin hoidon suhteen.

”Perhehoito on aivan ihanteellinen ns. viimeinen koti yli 10 vuotta Alzheimerin tautia sairastaneelle äidilleni, joka aikaisemmin asui yksin

*omakotitalossaan tehostetun kotihoidon turvin. Äiti koki turvattu-
muutta, yksinäisyyttä ja passivoitui neljän seinä ”vangiksi” omaan
makuuhuoneeseensa. Onneksi nyt on tilanne toinen: Äiti on tyytyväi-
nen kodinomaiseen hoitoon, mikä meille läheisille on iso asia!”*

Kahdesta vastauksesta tuli ilmi, että omaisella oli ollut vaikeuksia varata lyhytai-
kaista perhehoitoa ikäihmiselle. He kokivat, että perhehoidettavia on paljon ja
paikkoja liian vähän. Yksi vastaajista kuitenkin koki, että sopiminen hoitajaksoista
oli joustavaa. Yhteensä viisi omaista oli sitä mieltä, että perhehoitoa tulisi lisätä
ja yksi omainen toivoi lisää määrärahoja tähän toimintaan.

Suurin osa omaisista (69,6 %) oli erittäin tyytyväisiä perhehoitoon. 23,9 % vas-
taajista arvioi olevansa tyytyväisiä perhehoitoon. 6,5 % vastaajista oli melko tyy-
tyväisiä perhehoitoon. (kuvio 14.)



Kuvio 14. Omaisen tyytyväisyys perhehoitoon (n=46).

8 Pohdinta

8.1 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää omaisten mielipiteitä perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn. Tavoitteena oli selvittää, millaisia vaikutuksia perhehoidolla on ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Lisäksi selvitettiin omaisten tyytyväisyyttä perhehoitoon. Kyselyn avulla saimme vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Tässä opinnäytetyössä saatujen tulosten mukaan perhehoito edisti erityisesti ikäihmisen psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Edistymistä oli tapahtunut myös joiltakin osin fyysisessä toimintakyvyssä, mutta tulokset eivät olleet yhtä selkeitä, kuin psyykkisessä tai sosiaalisessa toimintakyvyssä. Tulokset olivat samansuuntaisia Nurmen (2015, 41–44) opinnäytetyön tulosten kanssa, jossa perhehoidon nähtiin vaikuttaneen myönteisesti ikäihmisen toimintakykyyn. Myös Oktayn ja Vollandin (1987, 1505) mukaan perhehoidossa asuneiden ikäihmisten päivittäiset toiminnot olivat enimmäkseen edistyneet verrattaessa niitä hoitokodissa asuneiden ADL-toimintoihin. Tässä opinnäytetyössä ikäihmisen itsenäinen sisällä ja ulkona liikkuminen oli pysynyt ennallaan tai lisääntynyt perhehoitoon siirtymisen jälkeen.

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että omaiset olivat arvioineet edistystä tapahtuneen jonkin verran vuorokausirytmien selkiytymisen ja unen laadun osalta. Osalla ikäihmisistä myös ruokahalun arvioitiin edistyneen jonkin verran perhehoitoon siirtymisen jälkeen. Ruokailun seuranta ja arviointi ovat merkityksellisiä ikäihmisen ravitsemushoidon toteutuksessa. Hyvin toteutuneella ravitsemushoidolla voidaan kohentaa ikäihmisen elämänlaatua ja toimintakykyä. (Suominen ym. 2010, 30–36.)

Tässä opinnäytetyössä suurin osa omaisista oli arvioinut lähes kaikkien psyykkisten toimintojen edistyneen jonkin verran perhehoitoon siirtymisen jälkeen. Eri-

tyisesti mieliala ja tyytyväisyyden tunne havaittiin positiivisina muutoksina psyykkisiä toimintoja arvioitaessa. Psyykkisten toimintojen arvioitiin edistyneen hieman enemmän pitkäaikaisessa kuin lyhytaikaisessa perhehoidossa.

Omaisiet olivat arvioineet yksilöllisyyden korostuvan perhehoidossa. Opinnäytetyön tulosten mukaan ikäihmisen yksilölliset toiveet otettiin huomioon. Ikäihmisellä tulee olla mahdollisuus vaikuttaa toimintakykyä ylläpitäviin keinoihin ja päättää itse niiden käyttämisestä tai käyttämättä jättämisestä. Siten liiallinen auttaminen ja puolesta tekeminen ovat uhkia ikäihmisen psyykkiselle hyvinvoinnille ja elämähallinnan tunteelle. (Ruoppila & Suutama 2003, 165; Saarenheimo 2003, 95–96.) Tässä opinnäytetyössä yksilöllisten toiveiden huomioimisen ohella arvostuksen tunteen arvioitiin lisääntyneen suurimmalla osalla perhehoidon piirissä olevista ikäihmisistä.

Tässä opinnäytetyössä suurin osa omaisista arvioi, että ikäihmisellä oli tapahtunut edistystä sosiaalisessa toimintakyvyssä. Positiivinen muutos näkyi selkeimmin turvallisuuden tunteen lisääntymisenä ja yksinäisyyden tunteen vähentymisenä. Tutun ympäristön ja ihmisten, rauhallisuuden ja mahdollisuuden saada apua on todettu lisäävän turvallisuuden tunnetta (Isola ym. 2006, 31). Yksinäisyyden tunteen väheneminen lienee olevan yksi perhehoidon merkittävimmistä hyödyistä, koska yli 84-vuotiasta iäkkäistä peräti 47 % on kertonut kärsivänsä yksinäisyydestä. Lisäksi ikäihmisten kokeman yksinäisyyden on huomattu lisäävän kuolemanriskiä jopa 30 %. (Tilvis ym. 2011, 2–4.)

Tässä opinnäytetyössä ikäihmisten kanssakäymisen toisten ihmisten kanssa sekä ihmissuhteiden määrän arvioitiin lisääntyneen perhehoidon piiriin siirtymisen jälkeen. Myös osallistuminen harrastus- ja ryhmätoimintaan oli edistynyt. Tulokset sosiaalisen toimintakyvyn osalta olivat erisuuntaisia Bradterin (2012, 60–70) tutkimuksen kanssa, jossa todettiin perhehoidossa olevien ikäihmisten arjen askareiden ja sosiaalisen kanssakäymisen olevan vähäistä. Revon (2015, 46–48) opinnäytetyön tulokset osavuorokautisesta perhehoidosta puolestaan vahvistivat tutkimustuloksia. Revon mukaan perhehoidossa käynti tarjoaa ikäihmiselle virikettä ja sosiaalisia kontakteja sekä lisää kokemusta osallisuudesta. Tässä opinnäytetyössä luottamus perhehoitajaan oli lisääntynyt merkittävästi. Tämä

kertoo perhehoitajan ja ikäihmisen hyvästä hoitosuhteesta sekä ikäihmiselle luotettavan ihmisen olemassa olost. Sosiaalisista taidoista ainoastaan yhteydenpidon läheisten kanssa ja teknisten taitojen kehittymisen nähtiin pysyneen ennallaan perhehoidon piiriin siirtymisen jälkeen.

Pitkäaikaishoidossa olevista ikäihmisistä kolme neljäsosaa kärsii muistisairaudesta (Hallikainen ym. 2016, 1). Pitkälle edennyt muistisairaus näkyi selittävänä tekijänä toimintakyvyn heikkenemisessä, kun tässä opinnäytetyössä verrattiin fyysisissä, psyykkisissä ja sosiaalisissa toiminnoissa tapahtuneita muutoksia muistisairauden asteeseen. Sosiaalisen ja erityisesti psyykkisen toimintakyvyn osalta näytti kuitenkin siltä, että eniten edistystä oli tapahtunut keskivaikeaa muistisairautta sairastavien keskuudessa. Pohjolaisen ja Salosen (2012, 242–243) mukaan muistisairaudesta kärsivät ikäihmiset hyötyvät kognitiivisesta harjoittelusta. Osallistuminen mielekkääseen harrastustoimintaan tai sosiaaliseen toimintaan auttaa ikäihmistä ylläpitämään psyykkistä toimintakykyä. Etenevä muistisairaus ja luontaiset ikääntymisestä johtuvat muutokset voivat osaltaan selittää toimintakyvyn heikentymistä tai pysymistä ennallaan perhehoitoon siirtymisen jälkeen.

Kun tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin aikaa, jonka ikäihminen oli ollut perhehoidon piirissä, havaittiin samansuuntaisia muutoksia kaikissa toimintakyvyn osa-alueissa. Omaisten mielestä toimintakyky näytti edistyneen eniten ensimmäisen puolen vuoden aikana. Siitä seuraavan puolen vuoden aikana toimintakyky näytti puolestaan heikentyneen. Yli vuoden tai sitä kauemmin perhehoidon piirissä olleiden ikäihmisten toimintakyky vaikutti edistyneen. Perhehoidon suurin vaikutus toimintakyvyssä näkyy mahdollisesti heti perhehoidon aloittamisen jälkeen. Esimerkiksi sairauden etenemisen vuoksi toimintakyky saattaa heikentyä myöhemmin. Toimintakyvyn heikkeneminen puolen vuoden jälkeen voi johtua myös sattumasta. Omaisten mielestä toimintakyky näytti edistyneen kaikilla toimintakyvyn osa-alueilla enemmän pitkäaikaisessa perhehoidossa kuin lyhytaikaisessa. Tulos vaikuttaa luonnolliselta, koska pitkäaikaisessa perhehoidossa ikäihmisen hoiva on jatkuvaa ja pysyvää.

Tämän opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että jokainen vastaajista oli tyytyväinen, suurin osa jopa erittäin tyytyväinen, perhehoitoon. Tulokset olivat samansuuntaisia Tarkiaisen (2015, 3–21) opinnäytetyön tulosten kanssa. Tässä opinnäytetyössä omaisten tyytyväisyys näkyi myös avoimissa vastauksissa. Perhehoitoa ja perhehoitajaa keuhuttiin ja perhehoidon kerrottiin edistäneen merkittävästi ikäihmisen toimintakykyä. Perhehoidossa tapahtuvan säännöllisen ruokailun positiivista vaikutusta toimintakykyyn painotettiin. Omaiset kokivat, että perhehoito oli edistänyt erityisesti muistisairaana ikäihmisen toimintakykyä. Arjen toimintoja ja erilaisia aktiviteetteja kerrottiin perhekodissa olevan runsaasti ja niihin osallistumista pidettiin tärkeänä. Yksinäisyyden tunteen arvioitiin lievittyneen ja turvallisuuden tunteen lisääntyneen. Tulos oli samansuuntainen Nurmen (2015, 41–44) opinnäytetyön tulosten kanssa. Tässä opinnäytetyössä omaiset olivat arvioineet perhekodin ihmissuhteiden ja kanssakäymisen toisten ihmisten olevan tärkeää. Perhehoidolla todettiin olevan mieltä virkistävä vaikutus.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetti kertoo, mitataanko juuri sitä, mitä piti mitata ja reliabiliteetti siitä, miten tarkasti mitataan. Validiteettia voidaan kutsua pätevyudeksi ja reliabiliteettia luotettavuudeksi tai toistettavuudeksi. (Vehkalahti 2014, 40–41.)

Validiutta tarkastelemalla arvioidaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoitus mitata. Erityisesti tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta tarkastellaan: miten on onnistuttu siirtämään teorian käsitteet ja ajatuskokonaisuus itse lomakkeeseen. (Vilkkä 2007, 149–151.) Kyselytutkimuksessa on mahdotonta varmistua siitä, miten vakavasti vastaaja suhtautuu tutkimukseen tai vastaako hän kyselyyn rehellisesti. Myös väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida, eikä voida olla varmoja, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajan näkökulmasta. (Hirsjärvi ym. 2007, 190.) Tämän opinnäytetyön tulosten osalta on esimerkiksi mahdotonta varmistua siitä, mitä ajankohtaa omaisen on ajatellut vastatessaan toimintakyvyn muutoksia koskeviin kysymyksiin. Toimintakyky on saattanut edistyä paljon heti perhehoitoon siirtymisen jälkeen, mutta heikentyä merkittävästi myöhemmin sairauden edetessä.

Reliabiliteetissa tarkastellaan mittarin kykyä ja tarkkuutta mitata kattavasti tutkittavia asioita (Vilkkä 2014, 149). Tässä opinnäytetyössä reliabiliteettia tarkasteltiin toteutuksen aikana ja sen jälkeen. Mittarina toimivan kyselylomakkeen mahdollisia mittausvirheitä, kuten kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja, arvioitiin huolellisesti opinnäytetyön edetessä. Kyselylomaketta työstettäessä kommentteja ja kehitysehdotuksia pyydettiin useammalta henkilöltä. Lisäksi kyselylomake esitettiin kahdella henkilöllä. Kyselylomaketta muokattiin ja paranneltiin usean viikon ajan, minkä jälkeen se toimitettiin vastattavaksi.

Reliabiliteetti on sitä parempi, mitä vähemmän se sisältää mittausvirheitä (Vehkalahti 2014, 41). Tiedon keruun, tulosten syötön ja käsittelyn tulee olla huolellista ja virheetöntä luotettavien tulosten varmistamiseksi (Heikkilä 2014, 12). Tässä opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman paljon sähköistä lomaketta, mikä vähentää virheiden mahdollisuutta. Myös tulosten käsittelyssä, kuten vastaustietojen syöttämisessä paperiversiosta sähköiseen muotoon, noudatettiin erityistä huolellisuutta. Tietojen syöttäminen tehtiin parityönä, jolloin tuplatarkastuksen avulla vältyttiin tallennusvirheiltä. Puhelinhaastattelussa noudatettiin erityistä huolellisuutta vastausten tallentamisessa. Haastattelu pyrittiin tekemään puolueettomasti, selkeästi, rauhallisesti ja kiireettömästi. Haastatteluissa myös varmistettiin, että kysymykset ymmärrettiin oikein ja että haastatteliija ymmärsi valitun vastausvaihtoehdon oikein. Tämän opinnäytetyön toteuttamisessa pyrittiin välttämään satunnaisvirheitä ja saavuttamaan mahdollisimman virheetön tulos.

Tutkimuksen reliabiliteetissa tarkastellaan otoksen kokoa ja laatua sekä vastausprosenttia (Vilkkä 2014, 149). Perusjoukko oli tässä tapauksessa Suomessa perhehoidossa asuvat ikäihmiset, ja otanta oli puolestaan Siun soten alueella perhehoidon piirissä olevat ikäihmiset. Kyselyn välittäminen vastattavaksi tapahtui välikäsiä kautta, koska perhehoitajien yhteystietoja ei ollut mahdollista saada käyttöön. Täyttä varmuutta siitä, saivatko kaikki omaiset kyselyn vastattavaksi, ei ole. Vastausprosentti on siten mahdotonta määrittellä tarkasti. Jos oletetaan, että kysely olisi mennyt kaikille 132 perhehoidon piirissä olevan ikäihmisen omaiselle ja vastauksia saatiin 46, olisi vastausprosentti siinä tapauksessa 35 %. Tulosten

ulkoinen validiteetti, eli yleistettävyyys, kärsi pienehköstä vastausprosentista. Tuloksia ei siten voida yleistää perusjoukkoa vastaavaksi, vaan ne ovat suuntaa antavia.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kato voi nousta suureksi (Hirsjärvi ym. 2007, 190). Tässä opinnäytetyössä ei aivan ylletty tavoiteluun vastausprosenttiin. Syitä tähän voivat olla kyselyn toimittaminen usean välikäden kautta omaisille. Omaiset saattoivat olla iäkkäitä, eikä heillä välttämättä ole teknisiä valmiuksia osallistua sähköiseen kyselyyn. Siten kaikki omaiset eivät välttämättä saaneet kyselyä. Kaikilla ikäihmisillä ei välttämättä ole omaisia lainkaan, tai perhehoitaja ei ole saanut yhteyttä omaisiin. Kysely on saattanut aiheuttaa ristiriitaisia tunteita perhehoitajissa, tai he eivät ole kokeneet opinnäytetyötä merkitykselliseksi. Siten kyselyä ei välttämättä ole toimitettu eteenpäin. Nykyään saadaan myös sähköisiä kyselyjä niin paljon, ettei kaikkiin kyselyihin ole aikaa vastata.

Reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä, eli jos tutkimus toistettaisiin, saataisiin samat tulokset. Käytetty mittari tuottaa samat tulokset, eivätkä tulokset näin ollen johdu sattumasta. (Kankkunen 2008, 79.) Tässä toteutuksessa pyrittiin siihen, että samalla tutkimusmenetelmällä voitaisiin toistaa tutkimus, ja saadut tulokset olisivat samansuuntaisia tutkijasta riippumatta. Siten saadut tulokset eivät johdu sattumasta.

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen validiutta tarkasteltiin jatkuvasti opinnäytetyön tekemisen aikana, niin käsitteitä operationalisoidessa kuin mittaria suunniteltaessa. Samanaikaisesti pidettiin tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjattiin tehdyt ratkaisut perusteluineen. Muistiinpanojen avulla tuloksia oli helpompi vertailla tehtyihin ratkaisuihin, ja arvioida jälkeenpäin mittauksen kykyä mitata sitä, mitä sen oli tarkoituskin mitata.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Päätös kerätä tietoa omaisilta oli tietoinen ja harkittu päätös. Suurella osalla perhehoidon piirissä olevista ikäihmisistä on lievä tai keskivaikea muistisairaus. Siten oli eettisesti perusteltua kerätä tietoa mieluummin omaisilta kuin ikäihmiseltä

itseltään. Luotettavuutta saattoivat heikentää läheinen suhde ja tunnesiteet omaisen ja ikäihmisen välillä. Omainen ei välttämättä pysty huomaamaan kaikkia muutoksia ikäihmisessä. Yksi vaihtoehto olisi ollut kerätä tietoa perhehoitajilta, jotka pystyvät huomioimaan hyvin toimintakyvyssä tapahtuneita muutoksia perhehoidon aloittamisen jälkeen. Tämä olisi kuitenkin saattanut aiheuttaa eettistä ristiriitaa, koska perhehoitaja olisi saattanut valita kyselyyn vastatessaan itselleen suotuisamman vaihtoehdon.

Kyselytutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Suostumuksen saaminen tarkoitti tässä tapauksessa ihmisen omaa päätöstä vastata kyselyyn. Tutkimustulokset kerättiin ja käsiteltiin nimettöminä, eikä vastaajan henkilöllisyys paljastunut missään toteutuksen vaiheessa. Opinnäytetyötä varten kerätty aineisto tuhottiin, kun opinnäytetyöhön tehtävä raportointi valmistui.

Opinnäytetyön prosessiin kuuluvissa vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyössä sovellettiin eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä toteutettiin avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tuloksia julkaistaessa. Kyselyyn osallistuville kerrottiin saatteessa opinnäytetyön tarkoituksesta, toteutuksesta sekä tulosten tallentamisesta ja julkaisemisesta. Hyvien eettisten käytäntöjen mukaisesti aikaisemmat aiheesta tehdyt tutkimukset tulee ottaa opinnäytetyötä tehdessä huomioon ja lähdeviittemerkinnät tehdä asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Näin toimittiin tätä opinnäytetyötä tehdessä. Aiemmin tehtyjä tutkimuksia hyödynnettiin erityisesti teoriaosuudessa. Myös tuloksia käsiteltäessä ja johtopäätöksiä tehtäessä aikaisemmat tutkimustulokset otettiin huomioon.

Opinnäytetyö suunniteltiin ja toteutettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Raportointi ja siitä syntynyt aineisto tallennettiin asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tämä opinnäytetyö laadittiin Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeiden mukaisesti ja julkaistaan Theseus-tietokannassa.

8.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyöprosessi oli antoisa ja mielenkiintoinen. Alussa lähestymistavan ja tutkimusmenetelmän valitseminen tuotti epävarmuutta. Työn edetessä ajatus toteutustavasta ja tavoitteista kuitenkin selkiytyi. Eniten energiaa vaati kyselylomakkeen muotoileminen sellaiseen muotoon, että sen avulla saataisiin selkeitä tuloksia. Epävarmuutta aiheutti kyselyn toimittaminen vastaajille kahdenkin välikäden kautta ja jännitys siitä, saataisiinko laisinkaan vastauksia kyselyyn. Olimme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen niin opinnäytetyöprosessina kuin tutkimustulostenkin kannalta.

Opinnäytetyön tekemisen myötä teimme moniammatillista yhteistyötä toimeksiantajan, perhehoitajien ja muiden perhehoidon parissa työskentelevien asiantuntijoiden kanssa. Yhteistyötaidot ja joustavuus kehittyivät opinnäytetyön edetessä. Myös epävarmuuden sietokyky ja ongelmanratkaisutaidot kehittyivät. Tietous perhehoidosta sekä ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnista ja edistämisestä lisääntyi. Jatkossa voimme puhua perhehoidon puolesta vankan tietoperustan turvin ja levittää tietoutta kentällä. Voimme esimerkiksi esittää omaishoitajille perhehoitoa yhdeksi vaihtoehdoksi lakisääteisten vapaiden mahdollistajana tai omaishoidettavan mahdollisena tulevana asuinpaikkana. Sairaanhoidajina saatamme myös toteuttaa hoitotyötä perhekodeissa asuvien ikäihmisten kanssa tai tehdä yhteistyötä perhehoidon parissa työskentelevien eri ammattiryhmien kanssa.

Määrällisen tutkimuksen tekemisen vaiheet tulivat tutuksi. Kyselylomakkeen laatiminen oli toteutuksen vaativin vaihe, ja siihen kului yllättävän paljon aikaa. Mikäli jatkamme tulevaisuudessa opintoja, on seuraavan tutkimuksen tekeminen huomattavasti helpompaa.

8.5 Kehittämisehdotuksia ja jatkotutkimusaiheita

Perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn tarvitaan lisää tietoa. Yleistettävän tiedon tuottamiseksi saman tyyppisen tutkimuksen voisi toteuttaa

Suomen laajuisesti. Siten saataisiin luotettavampaa tietoa perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn. Leinosen (2018) mukaan ihannetilanne olisi, että aina kun ikäihminen siirtyy perhehoitoon, hänelle tehtäisiin vakioidut mittaukset, jotka toistettaisiin tietyn aikavälin jälkeen. Tämä vaatisi kuitenkin pitkän tutkimusajan, tarpeeksi suuren kohdejoukon sekä riittävän seuranta-ajan. Tämä vaatisi myös mahdollisten sairauksien huomioimista toimintakyvyn muutosta arvioitaessa.

Nevalaisen mukaan toimintakyvyn mittaristoa tulisi kehittää. Siun sotessa ikäihmisen toimintakykyä arvioidaan RAVA- ja MMSE –tutkimuksilla siinä vaiheessa, kun ikäihmistä ollaan sijoittamassa perhehoitoon. Nevalaisen mielestä mittaristoa tulisi kehittää siten, että se palvelisi paremmin perhehoidon tarpeita. Ihanteellisinta olisi, jos ikäihmisen toimintakyky voitaisiin arvioida kattavammin käyttäen useampia mittareita. (Nevalainen 2018.)

8.6 Yhteenveto

Opinnäytetyö tuotti arvokasta tietoa perhehoidosta ja sen vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn. Ikäihmisten perhehoidosta on tehty jonkin verran opinnäytetöitä 2000-luvulla, mutta pelkästään toimintakykyä tutkivaa työtä ei ole entuudestaan tehty. Tutkimusmenetelmänä kvantitatiivinen tutkimus on myös harvinaisempi. Uutta tietoa voivat hyödyntää niin perhehoidon parissa työskentelevät, hoitoalan ammattilaiset kuin alan opiskelijatkin. Ohjatessaan ikäihmisiä sairaanhoitajan on hyvä olla tietoinen erilaisista ikäihmisten hoivapalveluista. Sairaanhoitajan työnkuvaan voi myös kuulua moniammatillinen yhteistyö perhehoitajan ja muiden toimijoiden kanssa. Toimeksiantaja, Perhehoitoliitto ry, saa suuntaa antavia tuloksia opinnäytetyöstämme. Yleistettävää tietoa saadaksesen Perhehoitoliitto voi halutessaan laajentaa kyselytutkimusta koko Suomen alueelle.

Opinnäytetyömme lisää omalta osaltaan perhehoidon tunnettavuutta ja tuo näkyväksi perhehoidon myönteisiä vaikutuksia ikäihmisen toimintakykyyn. Steffanssonin ym. (2015, 115) mukaan perhehoidon laajenemisen keskeisenä edellytyksenä on perhehoidon tunnettavuuden lisääminen ja kuntien ottaminen toimeksiantosuhteinen perhehoito palvelutarjontaansa. Tällä hetkellä kunnat päättävät,

tarjoavatko he ikäihmisten perhehoitoa palveluissaan. Mikäli kunta ei tarjoa perhehoitoa, ei ikäihminen voi päästä perhehoitoon. Opinnäytetyömme tutkimustulokset osoittivat konkreettisesti, että perhehoito edistää ikäihmisen toimintakykyä. Tämä voi edesauttaa kuntia suosimaan perhehoitoa yhtenä vaihtoehtoisena hoivapalveluna. Mikäli kunnat lisäävät perhehoidon määrää, voisivat ikäihmiset hyötyä perhehoidon suotuisista vaikutuksista.

Lähteet

- Ahonen, K., Boman, M. & Kaarakainen, M. 2015. Ikäihmisen elämälaadun toteutuminen perhehoidossa ASCOT-vaikuttavuusmittarin avulla tutkien. Perhehoidolla saatu hyöty elämänlaatuun. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/89070/Ahonen_Kaija.pdf.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 26.10.2018.
- Alanen, H.-M. & Leinonen, E. 2014. Vanhusten unettomuuden syitä on aktiivisesti etsittävä. *Lääkärilehti* 69 (50-52), 3422.
- Ammatillisten perhekotien liitto ry. 2018. Ammatillinen perhehoito. <https://www.apkl.fi/9023>. 25.10.2018.
- Bradter, H. 2012. Kodin ja Perheen välillä. Tutkimus vanhusten kokemuksista ympärivuorokautisesta perhehoidosta. Jyväskylän yliopisto Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Sosiaaligerontologian koulutusohjelma. Pro gradu –tutkielma.
- Eloranta, S., Isoaho, H., Arve, S., Routasalo, P. & Viitanen, M. 2012. Ikäihmisten psyykinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoitossa. *Hoitotiede* 24 (1). 14–26.
- Eloranta, S., Isoaho, H., Viitanen, M., Lehtonen, A. & Arve, S. 2013. Säilyykö myönteinen elämänasenne vanhuudessa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 50 (3). 234–242.
- Gretebeck, K., Sabatini, L., Black, D. & Gretebeck, R. 2017. Physical Activity, Functional Ability, and Obesity in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing* 43 (9), 38–46.
- Hakkarainen, P., Haverinen, M., Kuukkanen, M. & Leinonen, R. 2018. Hyvää perhehoitoa ikäihmisille. Toimeksiantosuhteisen perhehoidon tietopaketti. Perhehoitoliitto ry. https://adobeindd.com/view/publications/e49bca39-f540-435f-97a5-fd66592ecc63/n652/publication-web-resources/pdf/tietopaketti_ikaihmiset_nettiin_linkeilla.pdf. 03.09.2018
- Hallikainen, M., Paajanen, T. & Erkinjuntti, T. 2016. Muistioireet, lievä tiedonkäsittelynheikentyminen ja dementia. *Duodecim*. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00879&p_haku=muistisairaus. 19.9.2018.
- Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holstila, A.-L., Satu Helakorpi, S. & Uutela, A. 2012. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993. Terveystieteiden tutkimuskeskus. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104397/URN_ISBN_978-952-245-716-5.pdf?sequence=1. 19.10.2018.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T., Baker, M., Harris T. & Stephenson, D. 2015. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Brigham Young University BYU ScholarsArchive. 22.3.2018.
- Hoy, B., Lillesto, B., Slettebo, Å., Saeteren, B., Heggstad, A., Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, B., Rehnsfeldt, A., Råholm, M., Lindwall, L. & Nåden, D. 2016. Maintaining dignity in vulnerability: A Qualitative Study of the Residents' Perspective on Dignity in Nursing Homes. *International Journal of Nursing Studies* (60). 91–98.

- Huutoniemi, A. 2016. Vanhuksen unihäiriöt. Duodecim.http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=. 18.10.2018.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2016. Turvaverkko vai trampoliini: Sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isojärvi, M. 2016. Sosiaalinen toimintakyky ikääntyvien ja ikääntyneiden kertomana. Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu - tutkielma. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-2017011810>. 20.9.2018.
- Isola, A., Juvani, S. & Kyngäs, H. 2006. Pohjoissuomalaisten ikääntyneiden kokemuksia hyvinvointia tukevasta symbolisesta ympäristöstään. *Hoitotiede* 18 (1), 25–36.
- Jyväkorpi, S., Havas, A., Urtamo, A. & Karvinen, E. 2014. Ikäihmisten liikunta ja ravitsemus opas ohjaustyöhön. Ikäinstituutti. https://www.voimaavanhuuteen.fi/content/uploads/2016/04/LIIKUNTA_JA_RAVITSEMUS_VALMIS.pdf. 14.10.2018.
- Kajaste, S. 2015. Kognitiiviset (CBT, kognitiivis- behavioraaliset) menetelmät pitkäkestoisen unettomuuden hoidossa. Käypä hoito. Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01074>. 18.10.2018.
- Kananen, J. 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kangassalo, R. & Teeri, S. 2017. Yksinäisyys kotona asuvien iäkkäiden elämässä. *Gerontologia* 31 (4), 278–290.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Koskinen, S., Lundqvist, A & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 20.9.2018.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pökki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23 (2), 138–148. https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa. 8.11.2018.
- Käypä hoito -suositus. 2018. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067>. 18.10.2018.
- Laatikainen, T. 2009. Vanhustenhuollon ammattilaisten kokemuksia vanhusten kotona asumisen vaikeutumisesta ja tukemisesta 16 kunnassa. Kellan tutkimusosasto. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10250/8156/Selosteita66.pdf?sequence=1&origin=publication_detail). 18.10.2018.
- Laukkanen, P. 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing house.
- Lehtiranta, S., Leino-Kilpi, H., Koskenniemi, J., Jartti, L., Hupli, M., Stolt, M. & Suhonen, R. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede* 26 (2), 113–124.
- Leinonen, E. 2017. Jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua – ikääntyneiden perhehoito Suomessa. *Gerontologia* 31 (3). <https://journal.fi/gerontologia/article/view/63288/26668>. 3.9.2018.

- Leinonen, E. 2018. Tensions and resilience: the experiences of adult foster-care workers in Finland. *International Journal of Care and Caring*. 2 (2). 181–196. <https://doi.org/10.1332/239788218X15224821762868>. 6.9.2018.
- Leinonen, R. 2018. Ikäihmisten perhehoidon asiantuntija. Perhehoitoliitto ry. Kirjallinen tiedoksiänto sähköpostitse. 3.9.2018.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalahoidon aikana. *Hoitotiede* 13 (5). 258–264.
- Makkonen, M. 2012. Ikääntyneiden sosiaalinen osallistumisen ja kuntoutuksen tarve. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta Yhteiskuntatieteiden. laitos Sosiaalityön pääaine. Pro gradu –tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120148/urn_nbn_fi_uef-20120148.pdf. 20.10.2018.
- Metsävainio, M. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaalityö. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkimus. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130084/urn_nbn_fi_uef-20130084.pdf. 22-09.2018.
- Nevalainen, V. 2017. Perhehoidon toimintaohje. Ikäihmisten perhehoito 2018-2019 Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden kuntayhtymä. http://www.siunsote.fi/documents/4823935/4967711/siunsote_ikaihminen_perhehoito_myontamisperusteet2017.pdf/2542100a-4d3f-4331-a4aa-ae4e7c8c24f.03. 30.8.2018.
- Nevalainen, V. 2018. Palvelupäällikkö. Siun sote. Suullinen tiedoksiänto puhelimitse 17.9.2018.
- Nurmi, T. 2015. Kokemuksia ikäihmisten perhehoidosta ja perhehoitajien saamista tuesta. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Vanhustyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100434/nurmi_tarja.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 23.10.2018.
- Nyman, J. & Valtakari, M. 2016. Ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelman 2013-2017 väliarviointi. Ympäristöministeriö. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10138/160199>. 4.9.2018.
- Oktay, J. S. & Volland, P. J. 1987. Foster Home Care for the Frail Elderly as an Alternative to Nursing Home Care: An Experimental Evaluation. *American Journal of Public Health* 77 (12), 1505-1510. <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.77.12.1505>. 20.10.2018
- Partala, A.-E. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Liikuntapedagogiikan pro gradu –tutkielma. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/22726/1/URN_NBN_fi_jyu-20100111110_15.pdf. 25.9.2018.
- Perhehoitolaki 263/2015.
- Perhehoitoliitto. 2017. Ikäihmisten perhehoito -turvallisuutta ja hyvinvointia perheessä. https://www.perhehoitoliitto.fi/files/1470/ikaihmiset_esite2017_net.pdf. 5.9.2018.
- Pohjolainen, P. & Heimonen, S. 2009. Toimintakyvyn laaja-alainen arviointi ja tukeminen. Ikäinstituutti. https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/Orait_1-2009-pdf.pdf. 23.9.2018.

- Pohjolainen, P. & Salonen, E. 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? *Gerontologia* 26 (4). 236–242. Ikäinstituutti. Helsinki. <http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/26/4/toiminta.pdf>. 20.9.2018.
- Pohjalainen, P., Simonen, M., Penttinen, L. & Eriksson, J. 2015. Iäkkäiden helsinkiläisten fyysinen toimintakyky, koettu terveys ja koulutus. *Gerontologia* 29 (3), 138–151.
- Pynnönen, K. & Tiikkainen, P. 2018. Sosiaalisen toiminta kyvyn arviointi ja mittaaminen väestöntutkimuksissa. Toimia. http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2018/02/14/TOIMIA_Sosiaalisen_toimintakyvyn_suositus_paivitetty_2018.pdf. 21.9.2018.
- Reisbacka, A. & Rytönen, A. 2014. Ikäihmisten arjen toiminnot ja niiden turvallinen hallinta. Työtehoseura. https://www.tts.fi/uutishuone/tts_n_tutkimusjulkaisut/asumisen_julkaisut. 15.10.2018.
- Repo, T. 2015. Osavuorokautinen perhehoito ikäihmisten kotona asumisen tukena Tampereella. Tampereen ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutus. Opinnäytetyö. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/97651/Repo_Teija.pdf?sequence=2&isAllowed=y. 26.10.2018.
- Ruoppila, I. 2002. Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen E. & Marin, M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 121–125.
- Ruoppila, I. & Suutama, T. 2003. Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T. (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. 159–160.
- Saarenheimo, M. 2003. Vanhuus ja mielenterveys: Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.
- Saarikoski, R. 2016. Alaraajan ja jalkaterän nivelten ja lihasten kunto. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=. 19.10.2018.
- Sacomano, S. 2014. Sleep Disorders in Older Adults. *Gerontological Nursing* 40 (3), 38–45.
- Salonen, K. 2015. Vapaa-ajan aktiviteettien tuottamat hyvinvointikokemukset kolmasikäisten keskuudessa. Tampere: Tampereen yliopistopaino.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. & Pitkälä, K. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 43 (3), 198–206.
- Sievänen, H., Katinkanta, S., Tokola, K., Pajala, S., Vasankari, T. & Kaikkonen R. 2014. Iäkkäiden toimintakyky, liikkuminen ja kaatumiset Suomessa 2013 –ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116072/URN_ISBN_978-952-302-205-8.pdf?sequence=1. 25.9.2018.
- Siun sote. 2017. Pohjois-Karjala edelläkävijä ikäihmisten perhehoidossa. <http://www.siunsote.fi/-/pohjois-karjala-edellakavija-ikaihminen-perhehoidossa>. 4.9.2018.
- Siun sote. 2018. Hankkeet. Arvokasta Vanhenemista Omatoimisuutta Tuemalla (AVOT). <http://www.siunsote.fi/hankkeet>. 31.8.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Kuntainfo. https://stm.fi/documents/1271139/3376967/Kuntainfo_7_2016_+Perhehoitolakiin+muutoksia.pdf/27a7ff1b-0341-4d8c-873a-e72484072bf2/Kuntainfo_7_2016_+Perhehoitolakiin+muutoksia.pdf. 25.10.2018.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Hyvä perhehoito -työryhmä perhehoitolain toimeenpanontuki. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80009/Rap_2017_25.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 30.8.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Koti- ja omaishoidon uudistuksen alueelliset hankkeet. <https://stm.fi/koti-ja-omaishoito/rahoitettavat-hankkeet>. 30.8.2018.
- Steffansson, M., Pulliainen, M. & Lappi, R. 2015. Ikäihmisten hyvinvointia rakentamassa. Hyvinvointipalvelujen järjestämisen uudet mahdollisuudet -hanke. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Katsauksia ja aineistoja. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/105289/C37_9789524932387.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 30.8.2018.
- Step toe, A. De Oliveiraa, C., Demakakos, P. & Zaninotto. P. 2014. Enjoyment of life and declining physical function at older ages: a longitudinal cohort study. www.cmaj.com. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3940591/>. 26.10.2018.
- Sulkava, R. 2009. Vireyden säilyttäminen. Duodecim. http://www.terveysportti.fi/tietopalvelu.karelia.fi/dtk/shk/koti?p_haku=unen%20merkitys. 17.10.2018.
- Suomen Mielenterveysseura. 2018. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia>. 19.10.2018.
- Suominen, H. & Era, P. 2013. Fyysisen toimintakyvyn ja kehon rakenteen mittaaminen toimintakykytutkimuksissa. *Gerontologia* 27 (4), 255–364.
- Suominen, M., Finne-Soveri, H., Hakala, P. Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S. & Soini, H. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. <https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ikaantyneet.suositus-3.pdf>. 14.10.2018.
- Tarkiainen, J. 2015. Hyvä arki - ikäihmisten kokemuksia perhehoidosta. Hoitotyön koulutusohjelma. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96995/lkaihmisten%20kokemuksia%20perhehoidosta.pdf;sequence=1>. 20.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>. 5.2.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Mitä on toimintakyky. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on>. 20.9.2018.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Perhehoidossa olleet vanhukset 31.12., kunnan kustantamat palvelut. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=sy7NBQA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rtDbR0zUEAA==&gender=t>. 2.9.2018.
- Tiilikainen, E. Yksinäisyys ja elämänkulku Laadullinen seurantatutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. file:///C:/Users/nutu/Downloads/yksinaisyys_ja_elamankulku_ETHESIS_korjattu.pdf. 22.9.2018.
- Tikkanen, P. 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja tutkimus. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1733-1/urn_isbn_978-952-61-1733-1.pdf. 14.10.2018.

- Tilastokeskus. 2018. Tavanomainen elinpiiri. <https://www.stat.fi/meta/kas/tavo-melinpiiri.html>. 19.10.2018.
- Tilvis, R., Laitala, V., Routasalo, E. & Pitkalä, K. 2011. Suffering from Loneliness Indicates Significant Mortality Risk of Older People. *Journal of Aging Research*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21423600>. 20.10.2018.
- Tsai, L.-T. 2017. Walking, Physical Activity and Life-Space Mobility among Older People. University of Jyväskylä. Faculty of Sport and Health Sciences. Väitöskirja. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/52956/978-951-39-6965-3_vaitos17022017.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 13.10.2018.
- Tsai L.-T., Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Saajanaho, M., Eronen, J. & Rantanen, T. 2013. Environmental mobility barriers and walking for errands among older people who live alone vs. with others. *Bio-Med Central Public Health*. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-13-1054>. 15.10.2018.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 23.9.2018.
- Työsopimuslaki 55/2001.
- Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. <https://valtioneuvosto.fi/sipilan-hallitus/hallitusohjelma>. 30.8.2018.
- Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Finn Lectura.
- Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Ylä-Outinen, T. 2012. Ikäihmisen arki – Kotona asuvien ja palvelutaloon muuttaneiden ikäihmistien kertomuksia jokapäiväisestä elämästä. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Joensuu: Kopijyvä Oy.
- Ympäristöministeriö. 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. [http://www.ym.fi/fi-l/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Paattyneet_hankkeet/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma\(1679\)](http://www.ym.fi/fi-l/Asuminen/Ohjelmat_ja_strategiat/Paattyneet_hankkeet/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma(1679)). 30.8.2018.
- Young, C., Hall, AM., Gonçalves-Bradley, DC., Quinn, TJ., Hooft L, van Munster, BC. & Stott, DJ. 2017. Home or foster home care versus institutional long-term care for functionally dependent older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009844.pub2/epdf/full>. 13.09.2018.

Hyvä perhehoitaja!

11.10.2018

Olemme Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä, jonka aiheena on ikäihmisten perhehoito. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Perhehoitoliitto ry.

Kyselyn tavoitteena on selvittää, tapahtuuko ikäihmisen fyysisissä, psyykkisissä tai sosiaalisissa toiminnissa muutoksia perhehoitoon siirtymisen jälkeen. Mielenkiintoa kerätään omaisen näkökulmasta.

Pyydämme Sinua ystävällisesti välittämään kyselyn vastattavaksi ikäihmisen omaiselle.

Omaisilla on **kolme tapaa** vastata kyselyyn.

1. **Sähköiseen kyselyyn** pääsee vastaamaan klikkaamalla alla olevaa linkkiä:
<https://www.webropolsurveys.com/S/F6C66A71797900D9.par>
2. **Paperinen kyselylomake**, jonka voi palauttaa suljetussa kuoressa osoitteeseen:

Kati Hietava



Tarvittaessa voimme sopia myös kyselylomakkeiden hakemisesta.

3. **Puhelimitse** soittamalla Siljalle: 040-

Mikäli teillä on tietokone käytössä, sähköisen kyselyn voisi täyttää esimerkiksi silloin, kun omainen vierailee perhekodissa. Tämä olisi helpoin ja luotettavin tapa osallistua kyselyyn.

Tutkimustulokset ovat tarpeellisia perhehoidon kehittämistyön ja tietoisuuden levittämisen kannalta. Jokainen vastaus on tärkeä.

Tulokset julkaistaan opinnäytetyössämme, joka on helmikuusta 2019 lähtien luettavissa Theseus-tietokannasta. Mikäli Teillä on kysyttävää, vastaamme lisäkysymyksiin mielellämme.

Lämmin kiitos yhteistyöstäsi!

Kati Hietava

Silja Kettunen

Kati Hietava
sairaanhoitajaopiskelija
kati.hietava@edu.karelia.fi

Silja Kettunen
sairaanhoitajaopiskelija
silja.kettunen@edu.karelia.fi

Kysely omaiselle

SAATE

11.10.2018

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme Karelia-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opintoihimme liittyvää opinnäytetyötä, jonka aiheena on ikäihmisten perhehoito. Opinnäytetyömme toimeksiantajana toimii Perhehoitoliitto ry.

Tämän kyselyn tavoitteena on selvittää, miten perhehoito vaikuttaa ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Näkemyksiä kerätään omaisen näkökulmasta. Kysely toimitetaan kaikille Siun sotien alueella perhehoidon piirissä olevien ikäihmisten omaisille.

Jokainen vastaus on tärkeä. Vastaamalla kyselyyn annatte arvokasta tietoa Perhehoitoliitolle sekä kaikille ikäihmisen perhehoidon puolesta työtä tekeville. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti, eikä henkilötietoja voida jäljittää. Saadut vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Kyselyyn vastaaminen kestään noin 5 minuuttia.

Tulokset julkaistaan opinnäytetyössämme, joka on helmikuusta 2019 lähtien luettavissa Theseus-tietokannasta. Mikäli Teillä on kysyttävää, vastaamme lisäkysymyksiin mielellämme.

Pyydämme vastaamaan kyselyyn 28.10.2018 mennessä.

Lämmin kiitos vastaamisesta jo etukäteen!

*Kati Hietava**Silja Kettunen*

Kati Hietava
kati.hietava@edu.karelia.fi
sairaanhoitajaopiskelija

Silja Kettunen, 040-XXXXXXXXXX
Silja.kettunen@edu.karelia.fi
sairaanhoitajaopiskelija

Taustakysymykset

1. Perhehoidon piirissä olevan omaisesi ikä _____
2. Perhehoidossa olevan omaisesi sukupuoli
 - Nainen
 - Mies
3. Suhteesi perhehoidossa olevaan omaiseesi
 - Puoliso
 - Lapsi
 - Lapsenlapsi
 - Muu
4. Kuinka kauan omaisesi on ollut perhehoidon piirissä?
 - 0 - 6 kk
 - Yli 6 kk – 1 v
 - Yli 1 v – 3 v
 - Yli 3 v – 5 v
 - Yli 5 v
5. Minkä muotoisessa perhehoidossa omaisesi on?
 - Pitkäaikainen perhehoito
 - Säännöllinen lyhytaikainen perhehoito
 - Säännöllinen osavuorokautinen perhehoito
6. Millaisessa ympäristössä perhekoti sijaitsee?
 - Maaseudulla
 - Pienemmässä taajamassa
 - Kaupungissa
7. Onko omaisellasi todettu etenevää muistisairautta?
 - Ei muistisairautta
 - Lievä muistisairaus
 - Keskivaikea muistisairaus
 - Pitkälle edennyt muistisairaus

Fyysinen toimintakyky

Vastaa jokaiseen kohtaan laittamalla ruksi mielestäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle.

8. Onko mielestäsi omaisesi fyysisissä toiminnoissa tapahtunut muutosta perhehoitoon siirtymisen jälkeen?

	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon
Itsenäinen sisällä liikkuminen					
Ulkona liikkuminen					
Itsenäinen pukeutuminen					
Itsenäinen peseytyminen					
Itsenäinen wc:ssä käynti					
Seisomaan nouseminen tuolilta					
Itsenäinen ruokailu					
Ruokahalu					
Vuorokausirytmien selkiytyminen					
Unen laatu					

Psyykkinen toimintakyky

Vastaa jokaiseen kohtaan laittamalla ruksi mielestäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle.

9. Onko mielestäsi omaisesi psyykkisissä toiminnoissa tapahtunut muutosta perhehoitoon siirtymisen jälkeen?

	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon
Mielialan virkistyminen					
Tyytyväisyyden tunne					
Myönteinen elämänasenne					
Onnistumisen kokemukset					
Tunne, että yksilölliset toiveet huomioidaan					
Mahdollisuus päättää omista asioista					
Arvostuksen tunne					
Myönteisen palautteen saaminen					
Muistitoiminnot					
Uusien asioiden oppiminen					

Sosiaalinen toimintakyky

Vastaa jokaiseen kohtaan laittamalla ruksi mielestäsi parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle.

10. Onko mielestäsi omaisesi sosiaalisissa toiminnoissa tapahtunut muutosta perhehoitoon siirtymisen jälkeen?

	Heikentynyt paljon	Heikentynyt jonkin verran	Pysynyt samana	Edistynyt jonkin verran	Edistynyt paljon
Ihmissuhteiden määrän lisääntyminen					
Yhteydenpito läheisten kanssa					
Kanssakäyminen toisten ihmisten kanssa					
Vuorovaikutustaidot (esim. keskustelun aloittaminen ja ylläpito, kuunteleminen)					
Luottamus perhehoitajaan					
Teknisten taitojen kehittyminen yhteydenpidossa (esim. kuvapuhelut)					
Osallistuminen ryhmätoimintaan					
Osallistuminen harrastustoimintaan (esim. käsityöt, kalastus)					
Yksinäisyyden tunteen väheneminen					
Turvallisuuden tunteen lisääntyminen					

11. Miten tyytyväinen olet omaisesi perhehoitoon?

Erittäin tyytymätön	Tyytymätön	Melko tyytymätön	Melko tyytyväinen	Tyytyväinen	Erittäin tyytyväinen

15. Tähän voit kirjoittaa vapaasti mielipiteitäsi, toiveitasi ja kehittämissi ehdotuksiasi perhehoidosta.

Lämmin kiitos vastauksista!

T. Kati & Silja

Tutkimuspäiväkirja

Päivämäärä	Yhteydenotto / tapaaminen	Aihe
24.2.2018	Tapaaminen Kiteen evankelisen kansanopiston perhehoidon koulutuksen ja tuen koordinaattori Sanna Kososen kanssa.	Mahdollisuudesta tehdä opinnäytetyö perhehoidosta keskustellaan. Aiheen valintaa pohditaan. Alustavaksi aiheeksi muotoutuu perhehoidon vaikutus ikäihmisen toimintakykyyn.
17.3.2018	Tapaaminen Sanna Kososen kanssa.	Opintinäytetyötä suunnitellaan. Perhehoitoliitton toimimista opintinäytteen toimeksiantajana ehdotetaan.
22.3.2018	Opparistartti	Opinnäytetyö päätetään tehdä parityönä. Ikäihmisen hoivan ja mielenterveyden yhdistämistä pohditaan. Aiheeksi muotoutuu perhehoidon vaikutus ikäihmisen mielenterveyteen sekä menetelmäksi laadullinen tutkimus.
26.3.2018	Sähköpostiviesti ja tiedonanto Sanna Kososelle.	Ilmoitetaan aikomuksesta tehdä opinnäytetyö parityönä. Alustava suunnitelma opinnäytetyön sisällöstä ja sen aikataulutuksesta esitetään. Aihevalintaa ja opinnäytetyön menetelmää pohditaan. Sovitaan opinnäytetyötä käsittelevä tapaaminen.
17.4. 2018	Sähköpostiviestittelyä Perhehoitoliiton kehittämispäällikkö Maria Kuukkasen kanssa.	Perhehoitoliiton halukkuutta toimia opintinäytetyön toimeksiantajana tiedustellaan. Aihe- ja menetelmävalintaa pohditaan sekä perhehoitoliiton tarpeita kartoitetaan. Opinnäytetyön etenemistä ja aikataulua suunnitellaan.
18.4.2018	Puhelinkeskustelu Perhehoitoliiton kehittämispäällikkö Maria Kuukkasen kanssa	Toimeksianto varmistetaan. Perhehoitoliiton toivomus tutkimuksellisesta opinnäytetyöstä huomioidaan.
18.4.2018	Sähköpostiviestittelyä Siun Soten hoiva-asumisen palvelupäällikkö Virpi Nevalaisen kanssa.	Siun soten tarpeita Pohjois-Karjalan perhehoitoa koskien kartoitetaan ja mielipidettä aihevalinnasta kysytään.
19.4.2018	Puhelinkeskustelu Virpi Nevalaisen kanssa.	Virpi Nevalaisen mielestä olisi luonnollista, että Siun Sote toimisi Pohjois-Karjalan perhehoitoa koskevan opinnäytetyön toimeksiantajana. Mielipide huomioidaan.

30.4.2018	Sähköpostiviestittelyä Virpi Nevalaisen kanssa	Virpi Nevalaisen ehdotus mahdollisesta Siun soten toimimisesta opintonäytetyön toimeksiantajana kariutuu Siun soten linjaan tutkimuksellisia opinnäytetöitä kohtaan.
15.8.2018	Puhelinkeskustelu Perhehoitoliiton kehittämispäällikkö Maria Kuukkasen kanssa.	Toimeksiantosopimuksen allekirjoittaminen ohjataan ikäihmisten perhehoidon asiantuntija Raija Leinoselle. Opinnäytetyön aiheeksi pohditaan perhehoitajien kokemuksia ikäihmisten perhehoitotyön aloituksesta. Tutkimusmenetelmäksi suunnitellaan laadullista menetelmää.
23.8.2018	Tapaaminen Kiteen evankelisen kansanopiston perhehoidon koulutuksen ja tuen koordinaattori Sanna Kososen sekä perhehoidon valmennus kouluttaja/ työn ohjaaja Aija Paakkunaisen kanssa	Opintonäytetyön aihevalinnasta keskustellaan. Sanna Kososen esittämä mielipide perhehoidon vaikutuksesta ikäihmisen toimintakykyyn selvittävän tutkimuksen tarpeellisuudesta huomioidaan. Koska tulokseksi olisi hyödyllistä saada lukumääriä, päädytään tekemään määrällinen tutkimus. Eettisistä syistä päädytään ratkaisuun, että kyseeseen vastaisivat ikäihmisten omaiset. Opinnäytetyön lopulliseksi aiheeksi muotoutuu Perhehoidon vaikutus ikäihmisen toimintakykyyn omaisen näkökulmasta . Sanna Kososen osallistumisesta kyselylomakkeiden toimittamiseen sovietaan.
27.8.2018	Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Aihe ja menetelmä esitetään ohjaaville opettajille.
29.8.2018	Sähköposti viestittelyä perhehoitoliiton kanssa	Lopullinen aihevalinta hyväksytään.
29.8.2018	Tiedonhakuklinikka I	Tiedonhaku aloitetaan.
1-30.9.2018		Tietoperusta kirjoitetaan ja tutkimuskysymykset muotoillaan.
4.9.2018	Tiedonhakuklinikka II	Kansainvälisten tutkimusten tiedonhaku aloitetaan.
10.9.2018	Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Aihesuunnitelma esitetään.
17.9.2018	Puhelin keskustelu Siun soten hoiva-asumis päällikkö Virpi Nevalaisen kanssa	Ajankohtainen tiedoksianto perhehoidon tilanteesta Pohjois-karjalassa kuullaan ja kirjataan.
24.9.2018		Kyselylomakkeen laatiminen aloitetaan.
27.9.2018	Sähköposti viestit Sanna Kososelle, Aija Paakkunaiselle sekä Raija Leinoselle.	Mielipiteitä ja korjausehdotuksia työn alla olevasta kyselylomakkeesta tiedustellaan.

28.9.2018	Sähköpostiviesti Aija Paakkunaiselta.	Kyselylomakkeeseen saadaan korjausehdotuksia. Taustatietoja lisätään.
28.9.2018	Opintonäytetyön ryhmäohjaus.	Opintonäytetyön suunnitelmaa työstetään. Kyselylomaketta muokataan.
1.10.2018	Sähköpostiviesti Raija Leinoselta Perhehoitoliitosta.	Kyselylomakkeeseen saadaan korjausehdotuksia. Kyselylomaketta muokataan kansankielisemmäksi. Kysymykset laaditaan käsittelemään konkreettisia ja omaisen helpommin havainnoimia muutoksia toimintakyvyssä.
2.10.2018	Avot-hankkeen loppuseminaari.	Fyysistä toimintakykyä käsitteleviin kysymyksiin saadaan hyviä tarkennuksia.
3.10.2018		Aija Paakkunaisen ja Raija Leinosen korjausehdotukset kyselylomaketta varten huomioidaan ja lomaketta työstetään edelleen. Paranneltu kyselylomake lähetetään perhehoitoliiton arvioitavaksi.
3.10.2018	Käynti perhekoti Mielikissä	Kyselylomake jätetään esitettäväksi perhekoti Mielikkiin.
5.10.2018	Käynti perhekoti Mielikissä	Kyselylomake esitetty perhehoitajan toimesta. Lomake käydään läpi suullisesti perhehoitajan kanssa.
10.10.2018	Kyselylomakkeen muokkaus	Kyselylomaketta korjataan ja muokataan Mielikin perhekodin perhehoitajan ja Raija Leinosen ehdotusten pohjalta. Kyselyä rajataan jättämällä pois kysymykset tilojen ja ympäristön merkityksestä. Koska perhehoidon mahdollisia vaikutuksia toimintakyvyn muutoksiin ei voida suoraan arvioida, kysymyksen muotoa muutetaan. Kyselyssä painotetaan, että vastaukset ovat omaisten mielipiteitä.
10.10.2018	Opintonäytetyön ryhmäohjaus	Kyselylomaketta viimeisteillään.
11.10.2018	Valmiin kyselylomakkeen välitys Sanna Kososelle ja Virpi Nevalaiselle.	Kysely välitetään sähköpostitse Perhehoitajille.
23.10.2018	Käynti Kiteellä perhehoitopäivillä.	Paikalla olleille perhehoitajille kerrotaan opinnäytetyöstä ja aiheen tärkeydestä. Kyselyn eteenpäin toimittamisesta muistutetaan.
26.10.2018	Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Neuvoja tulosten analysointia varten kysytään. Hoitotyön näkökulmaa tähdennetään.

29.10.2018	Tulosten analysointia koululla	Paperilomakkeiden tiedot tallennetaan Webropoliiin kahdestaan. Kyselyn tulokset analysoidaan.
30.10.2018	Postitse palautuu vielä 12 kyselylomaketta	Kyselylomakkeiden tiedot viedään Webropoliiin ja tulokset analysoidaan uudestaan.
6.11.2018	Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Ohjaajien mielestä työ on valmis esitettäväksi joulukuun seminaarissa. Pieniä viillauksia tarvitaan vielä kuvioiden selkiyttämiseksi.
	Opinnäytetyön tekeminen jätetään tauolle opintoihin sisältyvän harjoittelun vuoksi.	
18.12.2018	Opinnäytetyön ryhmäohjaus	Korjausehdotuksia käydään läpi.
24.1.2019	Opinnäytetyö äidinkielen opettajalla tarkastettavana	
25.1.2019	Opinnäytetyön oikolukua ja korjaamista.	Korjausehdotuksia käydään läpi.
1.2.2019	Opinnäytetyöseminaari	Opinnäytetyö esitellään.
5.2.2019	Englannin kielen opettaja tarkastanut abstraktin.	Abstrakti viimeistellään.
6.2.2019	Opinnäytetyö jätetään tarkastettavaksi.	
Helmikuu	Opinnäytetyön julkaistaan Theseus-tietokannassa.	

