



ANJA VALTA

Iäkkäiden päivittäinen suoriutuminen kotona

Teoreettinen malli iäkkäiden kotona asuvien päivittäisestä suoriutumisesta
kotisairaanhoidtajien ja iäkkäiden näkökulmasta



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi lääketieteen laitoksen B-rakennuksen
pienessä luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
joulukuun 12. päivänä 2008 kello 12.

English summary

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos

Ohjaajat

Professori Päivi Åstedt-Kurki
Tampereen yliopisto
Professori Eija Paavilainen
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Professori Helena Leino-Kilpi
Turun yliopisto
Dosentti Päivi Voutilainen
Oulun yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Puh. (03) 3551 6055
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>

Acta Universitatis Tamperensis 1368
ISBN 978-951-44-7520-7 (nid.)
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 789
ISBN 978-951-44-7521-4 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2008

SISÄLLYS

TAULUKKO- KUVA- JA LIITELUETTELO	6
1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	10
2. KIRJALLISUUSKATSAUS	12
2.1 Kirjallisuushaku	12
2.2 Väestön ikääntyminen ja ikääntymismuutokset.....	13
2.2.1 Ikä ja vanheneminen.....	13
2.2.2 Kotona asuminen ja päivittäinen suoriutuminen	15
2.3 Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen ja toimintakyvyn käsitteet	16
2.3.1 Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen.....	16
2.3.2 Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen toimintakyvyn osana	20
2.3.3 Kognitiiviset ja muut tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa ja toimintakyvyn käsitteen osana	23
2.3.4 Yhteenveto päivittäisen suoriutumisen käsitteestä ja sen suhteesta toimintakyvyn käsitteeseen.....	25
2.4 Iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä	26
2.4.1 Kognitiivisten tekijöiden yhteys päivittäiseen suoriutumiseen ja kognitiiviset tekijät suoriutumisen selittäjinä.....	26
2.4.2 Mielialan ja muiden terveydentilan tekijöiden yhteys päivittäiseen suoriutumiseen ja nämä tekijät suoriutumisen selittäjinä.....	28
2.4.3 Yhteenveto päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä	31
2.5 Iäkkäiden oma käsitys ja kokemukset päivittäisestä suoriutumisestaan.....	32
2.5.1 Iäkkäiden omia kokemuksia käsitteleviä tutkimuksia	32
2.5.2 Yhteenveto iäkkäiden omista näkemyksistä ja kokemuksista.....	35
2.6 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	35
3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	39
4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	40
4.1 Tutkimuksen metodologinen perusta.....	40

4.2 Tutkimuksen eteneminen ja tutkimusasetelma	41
4.3 Kvantitatiivinen aineisto ja menetelmät iäkkäiden suoriutumisen arvioinnissa	44
4.4 Kvalitatiivinen aineisto ja menetelmät iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemusten tutkimisessa	50
4.5 Teoreettisen mallin rakentaminen.....	56
5. TULOKSET	59
5.1 Iäkkäiden suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista ja siihen yhteydessä olevat tekijät kotisairaanhoidajien arvioimina	59
5.1.1 Kotisairaanhoidon asiakkaiden taustatiedot ja suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista.....	59
5.1.2 Kognitiivinen tila ja muut terveydentilan ja elämäntilanteen tekijät	61
5.1.3 Päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät.....	62
5.1.4 Päivittäistä suoriutumista selittävät tekijät	67
5.1.5 Yhteenvedo.....	71
5.2 Kotona suoriutuminen iäkkäiden omana kokemuksena	73
5.2.1 Haastateltujen kuvaus ja johdanto iäkkäiden kokemusten kuvaukseen	73
5.2.2 Hyvän ympäristön elementit.....	74
5.2.3 Hyvän olon elementit	79
5.2.4 Avun tarve ja sen saanti -elementit	83
5.2.5 Pahan olon elementit	88
5.2.6 Yhteenvedo iäkkäiden suoriutumisen kokemuksista	91
5.3 Kotona suoriutumisen kokemukset tarkasteltuna päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen päätulosten mukaan	93
5.3.1 Suoriutumisen kokemusten luokittelun kuvaus.....	93
5.3.2 Kokemukselliset tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa.....	93
5.3.3 Yhteenvedo kokemuksellisista tekijöistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa.....	100
5.4 Teoreettinen malli iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta.....	101
5.4.1 Mallin rakentuminen	101
5.4.2 Tutkimustulosten yhdistäminen.....	101
5.4.3 Yhteenvedo.....	105
5.5 Yhteenvedo tutkimustuloksista ja johtopäätökset.....	106

6. POHDINTA	108
6.1 Tulosten tarkastelu suhteessa aiempaan kirjallisuuteen.....	108
6.1.1 Tuotetun teoreettisen mallin arviointia.....	108
6.1.2. Iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemukset osana mallia	110
6.1.3 Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen liittyvät kokemukselliset tekijät teoreettisen mallin osana	112
6.1.4 Iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen kotisairaanhoidajien arvioimana, siihen yhteydessä olevat ja sitä selittävät tekijät kehitetyssä teoreettisessa mallissa	115
6. 2 Tulosten luotettavuuden tarkastelu	118
6.2.1 Trianguloivan tutkimusotteen arviointi	118
6.2.2 Kvantitatiivisen aineiston tulosten luotettavuus.....	120
6.2.3 Kvalitatiivisen aineiston tulosten luotettavuus.....	123
6. 3 Eettinen tarkastelu.....	127
6.4 Tulosten merkitys hoitotieteelle, hoitotyön käytäntöön, koulutukseen ja yhteiskunnallisesti.....	128
7. TIIVISTELMÄ	133
8. SUMMARY	134
LÄHTEET.....	135

TAULUKKO- KUVA- JA LIITELUETTELO

Taulukot

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsausta varten tehdyt haut	12
Taulukko 2. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittarit tässä tutkimuksessa	46
Taulukko 3. Summamuuttujien pisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet.	47
Taulukko 4. Kotisairaanhoidon asiakkaiden ikä-, sukupuoli-, siviilisääty-, koulutus- ja tulotasojakauma (N=204)	60
Taulukko 5. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen	62
Taulukko 6. Virtsaamisvaikeuksien yhteys perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä (IADL) toiminnoista suoriutumiseen	63
Taulukko 7. Virtsatieinfektiolääkkeen käytön yhteys perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä (IADL) toiminnoista suoriutumiseen	64
Taulukko 8. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen	64
Taulukko 9. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	65
Taulukko 10. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kokonaissuoriutumiseen (ADL)	66
Taulukko 11. Perustoiminnoista (BADL) suoriutumista selittävät tekijät	68
Taulukko 12. Välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumista selittävät tekijät	69
Taulukko 13. Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumista selittävät tekijät	70
Taulukko 14. Kokonaissuoriutumista (ADL) selittävät tekijät	71
Taulukko 15. Kokemuksellisia tekijöitä, jotka kuvaavat terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöiden liittymistä päivittäiseen suoriutumiseen (lausumia=1302)	93
Taulukko 16. ”Iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät hoitajien arvioimana (I), suoriutuminen iäkkäiden kokemana (III) ja kokemukselliset tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa (II)” -tutkimustulosten tarkastelu.	103

Kuvat

Kuva 1. Iäkkäiden kotisairaanhoidoasiakkaiden ja kotona asuvien muiden iäkkäiden suoriutumiseen yhteydessä olevia, selittäviä ja liittyviä tekijöitä tutkimusten mukaan	37
Kuva 2. Trianguloivan tutkimusprosessin kuvaus	43
Kuva 3. Aineistolähtöisen analyysin kulku	53
Kuva 4. Teoriapohjaisen luokittelun eteneminen	54
Kuva 5. Teoreettisen mallin rakentaminen	58
Kuva 6. Kvantitatiivisen analyysin tulosten kuvaus	72
Kuva 7. Iäkkään henkilön kotona suoriutumisen alaluokat ja yläluokat	74
Kuva 8. Elämisen rikkaus -alaluokan kuvaus	75
Kuva 9. Yhteys toisiin ihmisiin -alaluokan kuvaus	76
Kuva 10. Hyvä olla kotona -alaluokan kuvaus	78
Kuva 11. Jaksaminen ja tekeminen -alaluokan kuvaus	79
Kuva 12. Itsestä huolehtiminen -alaluokan kuvaus	80
Kuva 13. Hyvä mieli -alaluokan kuvaus	82
Kuva 14. Tuki selviytymisessä -alaluokan kuvaus	83
Kuva 15. Esteet selviytymisessä -alaluokan kuvaus	86
Kuva 16. Elämisen vaikeus ja raskaus -alaluokan kuvaus	88
Kuva 17. Pahanolon tunne -alaluokan kuvaus	90
Kuva 18. Iäkkään henkilön kokemuksiin perustuva kotona suoriutumisen kuvaus	92
Kuva 19. Teoriapohjaisen analyysin tulokset (nuolet kuvaavat yli 100 frekvenssejä taulukossa 15)	100
Kuva 20. Analyysien tuloksena syntynyt iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettinen malli	106

Liitteet

Liite 1. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn mittareita kehittäviä ja testaavia tutkimuksia	159
Liite 2. Tutkimuksia, joissa on käytetty päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittareita	166
Liite 3. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja toimintakykyä laajasti kartoittavia tutkimuksia	169
Liite 4. Iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä kartoittavia tutkimuksia	174
Liite 5. Iäkkäiden käsityksiä ja suoriutumisen kokemuksia kartoittavia tutkimuksia	185
Liite 6. Suoriutumisen ja toimintakyvyn tutkimusten meta-analyysejä	189
Liite 7. Muuttujaluettelo ja muuttujien pisteytys	190
Liite 8. Tutkimusluvut	196
Liite 9. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen kuvattuna prosentteina Taulukko 1. Perustoiminnoista (BADL) suoriutuminen (N=204) Taulukko 2. Välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutuminen (N=204)	197

Taulukko 3. Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutuminen (N=204)	
Taulukko 4. Erilaiset yksilölliset ja sosiaaliset harrastukset kehittyneistä toiminnoista suoriutumisenä (N=204)	
Liite 10. Terveystilan ja elämäntilanteen tekijöitä kuvattuna prosentteina	199
Taulukko 1. Kognitiivinen tila iäkkäillä (N=204)	
Taulukko 2. Masentuneisuuden ilmeneminen iäkkäillä (kuluneen viikon aikana) (N=204)	
Taulukko 3. Masentuneeseen mielialaan liittyvien ilmaisujen esittäminen (vähintään kerran kuluneen viikon aikana) (N=204)	
Taulukko 4. Sosiaalista tukea kuluneen viikon aikana antaneiden/ yhteydessä olleiden määrä (N=204)	
Taulukko 5. Sosiaalisen tuen laatu ja luonne (N=204)	
Taulukko 6. Erilaisten vaivojen, kipujen tai oireiden esiintyminen (N=204)	
Taulukko 7. Säännöllisesti käytetyt lääkkeet (N=204)	
Taulukko 8. Henkilön kuulo, näkö ja paino (N=204)	
Taulukko 9. Sosioekonominen tilanne (N=204)	
Liite 11. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltuna ristiintaulukointien avulla	203
Taulukko1. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen	
Taulukko2. "Elämä on minulle useimmiten vaikeaa" -ilmaisun viikoittaisen esiintymisen yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen	
Taulukko 3. Läheisen ystävän kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen	
Taulukko 4. Nivelkipujen ilmenemisen yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen	
Taulukko 5. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen	
Taulukko 6. Naapurin kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen	
Taulukko 7. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	
Taulukko 8. Masennusilmausten esiintymisen lukumäärän yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	
Taulukko 9. "Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aiemmin" ja "Minulla on paljon surun aiheita" -ilmaisujen viikoittaisen esiintymisen yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	
Taulukko 10. Henkilön sosiaalisen tuen laadun yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	
Taulukko 11. Henkilön sosiaalisen tuen määrän yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen	

Taulukko 12. Sukulaisten kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

Taulukko 13. Summamuuttujien ja muiden muuttujien korrelaatiot perus- (BADL) ja välineellistä (IADL) sekä kehittyneistä (AADL) toiminnoista suoriutumiseen

Liite 12. Arviointilomake ja lomakkeen rakentamisen perusteet	208
Liite 13. Tiedot kotisairaanhoidajista	218
Liite 14. Haastatteluinstruktio	219
Liite 15. Esimerkkejä aineistolähtöisen analyysin kulusta	220
Liite 16. Esimerkkejä teorialähtöisestä luokittelusta	227
Liite 17. Tiedote haastattelusta, pyyntö ja suostumus haastatteluun	229

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Iäkkäiden toimintakyvystä ja kotona selviytymisestä on tehty tutkimusta hyvin erilaisista teoreettisista lähtökohdista ja eri tieteenalojen viitekehyksestä käsin erilaisten käsitteiden ja mittareiden avulla. Tutkimuksissa on ollut harvemmin lähtökohtana kotona asuvan iäkkään oma kokemus selviytymisestään ja oma toiminta kuin hoidon asiantuntijoiden näkemys. Iäkkäitä koskevassa tutkimuksessa on tarpeellista pohtia tutkimusmenetelmien sopivuutta vanhenevalle ihmiselle sekä oltava kriittinen iäkkäiden hoitoon tarvittavan tietoperustan suhteen. Lisäksi tarvitaan tutkimustietoa, jossa yhdistyvät sekä henkilön itsensä että hoidon asiantuntijoiden näkemykset päivittäisestä suoriutumisesta, jotta voidaan tukea kotona asuvaa iäkästä henkilöä tarkoituksenmukaisesti (Bowling et al 2002). Samoin tarvitaan lisää tutkimustietoa, jossa otetaan huomioon iäkkään hyvinvointia tukeva ympäristö, kulttuuri ja elämän tapahtumat (Elo 2006). Tutkimustulosten tulkinta on ongelmallista, koska tuloksiin vaikuttaa aina se, miten on tutkittu ja minkälaisesta viitekehyksestä käsin. Erilaiset kielelliset, poliittiset, sosiaaliset ja teoreettiset tekijät ovat sidoksissa tiedon kehityksen prosessiin. Tutkimustulokset ja todellisuuden tai empirian tosiasiat eivät vastaa peilikuvana toisiaan. (Alvesson & Sköldberg 1994, 2000, Creswell 2003) On kysyttävä, mitä ja miten pitäisi tutkia, että saadun tiedon pohjalta yhteiskunnan voimavarat ja tuki kotona asuville iäkkäille olisi mahdollista kohdentaa tarkoituksenmukaisesti tukien itsenäistä elämistä.

Iäkkäitä koskevaa tutkimusta on tähän asti tehty gerontologian, sosiologian, psykologian, lääketieteen sekä myös enenevästi hoitotieteen piirissä. Tämä tutkimus edustaa hoitotiedettä. Aihetta tarkastellaan eri lähtökohdista siten, että asiakkaan tai potilaan näkökulmaa pidetään keskeisenä. Näin ihminen ja hänen toimintansa nähdään kokonaisuutena ja ehyenä. Hoitotieteessä ihmistä pyritään tutkimaan ensisijaisesti kokonaisuutena keskittyen hänen hyvään oloonsa ja terveyteensä (Leino-Kilpi 1990, Newman 2002). Iäkkään ihmisen hyvän olon tarkastelussa on oleellista se, kuinka hän toimii, käyttäytyy ja suoriutuu päivittäisestä elämisestään sekä miten hän kokee suoriutuvansa (Knight 2000). Keskeisenä käsitteenä tässä tutkimuksessa on iäkkään ihmisen päivittäisestä elämisestä suoriutuminen. Merkittävä on 1990-luvun ulkomaisessa tutkimuskirjallisuudessa esitetty näkemys siitä, että toimintakykyyn kuuluvia tekijöitä olisi arvioitava sen mukaan, miten ne ovat kuvattavissa ja mitattavissa. Osaa näistä tekijöistä voidaan arvioida iäkkään käyttäytymisenä, kuten

suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, ja osaa voidaan arvioida erilaisten fysiologisten, psykologisten ja lääketieteellisten mittareiden avulla. (Reuben et al. 1990, WHO-Stakes 2004)

Tämän trianguloivan tutkimuksen tarkoituksena on rakentaa iäkkäiden päivittäiselle suoriutumiseksi teoreettinen malli, joka kuvaa suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä eri näkökulmista (kuva 2, s. 43). Aihetta lähestytään iäkkäiden päivittäistä suoriutumista ulkopuolisesti arvioimalla ja iäkkäiden itsensä kokemana. Luotavan mallin avulla voidaan tarkastella keskeisiä suoriutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. Sen avulla lisätään tietoa iäkkäiden kotona suoriutumisesta ja tekijöistä, jotka heikentävät tai tukevat suoriutumista. Tutkimus tarjoaa käsitteellistä selvennystä iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen arviointiin ja tutkimukseen sekä tuottaa soveltavaa tietoa hoitotyön käytäntöön moniammatilliselle tiimille kotona asuvien iäkkäiden tuen ja hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Tutkimuksen kirjallisuuskatsaus on tehty pääosin systemaattisen haun periaatteilla keskittyen iäkkäiden suoriutumiseen ja toimintakykyyn.

2. KIRJALLISUUSKATSAUS

2.1 Kirjallisuushaku

Kirjallisuuskatsaus on laadittu käyttämällä Cinahl-, Medline- ja Medic-tietokantoja (taulukko 1). Mukaan valittiin tutkimusartikkeleita ja vähintään lisensoitettuja tutkimuksia. Kaikilla hakukerroilla (1990, 2002, 2007) suomenkielisinä hakusanoina on käytetty: ”vanhukset tai iäkkäät tai ikääntyvät” & ”toimintakyky tai päivittäinen suoriutuminen tai päivittäiset toiminnot tai ADL” & ”kotona asuminen” & ”geriatrinen arviointi tai toimintakyvyn arviointi”. Englanninkielisiä hakuja on tehty termeillä: ”elderly or old people or old or older people or aged” & “living at home or home dwelling or home care” & “functional ability or functional capacity or functional health status or functional status or activities of daily living or performance in daily living” & ”functional assessment or geriatric assessment” & “home health care or community health nursing or home nursing”. Ensimmäisen haun avulla valittiin 32 artikkelia, ja seuraava haku tuotti 81 artikkelia. Viimeinen täydentävä haku tehtiin 2007, jonka avulla valittiin vielä 19 artikkelia. Viimeistä hakua täydennettiin etsimällä iäkkäiden omiin kokemuksiin liittyviä tutkimuksia termeillä “kokeminen tai kokemukset tai elämänlaatu tai hyvä olo” ja “perception or experience or comfort or quality of life or well-being”. Artikkeleista valittiin tutkimukseen vielä 24. Valinnat tehtiin abstraktien sekä tekstin perusteella. Mukaan ei valittu artikkeleita, joissa oli kyse jonkin taudin, diagnoosin tai vamman hoidosta tai terapiamuodosta, laitosp- tai sairaalahoidosta, kuntoutuksesta, sosiaalisista ongelmista, interventioista, hoitajista tai muista kuin iäkkäistä. Alkuperäislähteitä ja muita keskeisiä lähteitä etsittiin myös valituista tutkimusartikkeleista. Lisäksi tarkastettiin tieteellisten aikakauslehtien vuosikertoja em. hakusanojen avulla: Journal of Advanced Nursing, Nursing Research, Hoitotiede, Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti ja Gerontologia.

Hakuvuosi	1990	2002	2007
Haun rajaus	1980-1990	1990-2002	2000-2007
	osumia -valittu	osumia - valittu	osumia - valittu
CINAHL	- 26	168 67	255 9
CINAHL*	-		304 12
MEDIC	- 6	35 14	20 10
MEDLINE*	-		188 12

Taulukko 1. Kirjallisuuskatsausta varten tehdyt haut (* = täydennys 2007)

2.2 Väestön ikääntyminen ja ikääntymismuutokset

2.2.1 Ikä ja vanheneminen

Väestötilastojen ja ennusteiden mukaan iäkkäiden osuus Suomessa suhteessa muuhun väestöön tulee jatkuvasti kasvamaan, ja tämän myötä sairauksien määrä ja niitä potevien iäkkäiden määrä lisääntyy. Suomessa yli 65 -vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä ja pysyvän lähes samana seuraavat kymmenen vuotta. Yli 85-vuotiaiden osuuden väestöstä ennustetaan nousevan 1,8 prosentista vuoteen 2040 mennessä 6,1 prosenttiin. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006) Suomessa oli vuoden 2005 lopussa yli 65 -vuotiaita 16,0 %, yhteensä 841 200 henkeä, ja yli 75 -vuotiaita 7,5 %, yhteensä 393 000 henkeä (Tilastokeskus 2006). Väestön vanheneminen on myös globaalinen ilmiö. Ennusteiden mukaan vuonna 2050 joka viides ihminen maapallolla on yli 65 -vuotias. Nyt jo EU -maissa 16,5 prosenttia on yli 65 -vuotiaita, ja vuonna 2030 heidän osuutensa väestöstä nousee neljännekseen, ja edelleen 2050 osuus olisi jo kolmannes. Väestön suhteellinen vanheneminen on ensisijaisesti kehittyneiden maiden ilmiö. (Koskinen ym. 1998, Tilastokeskus 2004)

Iäkkäiden toimintakyvyn on keskimäärin todettu parantuneen verrattuna aikaisempiin sukupolviin, toisaalta taas heillä on todettu enemmän sairauksia (Heikkinen 1995, Aromaa ym. 1996, Hervonen 2000, Tilvis 2000, Vaarama 2004, Leinonen ym. 2006). Ikääntymiseen liittyvät muutokset alkavat näkyä keskimäärin 75. ikävuoden jälkeen, ja vasta 85. ikävuoden jälkeen merkittävä avuntarve lisääntyy. Ikäryhmällä 65 - 74 -vuotiaat todettiin kahdenkymmenen vuoden vertailussa tapahtuneen toimintakyvyn parantumista merkittävästi (Martelin et al. 2002). Vastaavasti Pitkälän et al. (2001) tutkimuksessa verrattaessa eri aikoina syntyneitä 85 -vuotiaita todettiin 10 vuotta aikaisemmalla kohortilla toimintakykyä kuvaavassa ulkona liikkumisessa enemmän heikentymistä kuin myöhemmällä. Toisaalta ikäryhmittäisissä vertailuissa kahdenkymmenen vuoden ajanjaksolla on todettu iäkkäiden toimintakyvyn parantuneen aina 85 ikävuoteen asti, kun taas yli 85 -vuotiaiden itsestä huolehtimiseen kuuluvat liikkumiskyky ja suoriutuminen ovat heikentyneet (Aromaa & Koskinen 2002). Luokiteltaessa iäkkäitä ikääntymismuutosten perusteella eri ryhmiin, voidaan erottaa ns. neljäs ikä, mikä tarkoittaa varsinaista vanhuutta, jolloin raihnaisuus, hoidon tarve ja riippuvuus muista lisääntyvät (Heikkinen 1997a, Koskinen ym. 1998, Karisto 2002, Ruoppila 2004). Vanhenemistä voidaan tarkastella biologisesti kehon rappeutumisena ja aistitoimintojen heikentymisenä, psyykkisesti kognitiivisten toimintojen ja persoonallisuuden muutoksina sekä sosiaalisesti yksilön ja yhteiskunnan välisessä vuorovaikutuksessa tapahtuvina muutoksina. Vanheneminen on kuitenkin jokaisella ihmisellä yksilöllinen kokemus, johon vaikuttavat lisäksi erilainen ympäristö ja kulttuuri. Näin ihmisen biologinen ikä, joka kertoo

fyysiset vanhenemismuutokset biologisena tilana, voi olla samanikäisillä hyvin erilainen. (Heikkinen 1997a,b, Karisto 2004, Raitanen ym. 2004, Vaarama 2004) Ihmisten käsitykset vanhuudesta vaihtelevat. Uotisen (1995) tutkimuksessa vanhuuden stereotypioista oltiin tietoisia ja niillä kuvattiin vanhuksia yleensä, kun taas tutun vanhan ihmisen kuvauksissa tuotiin esiin aktiivisuutta sekä hyvää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Vanhenemista on kuvattu mm. oppimis-, piirre- ja kehitysteorioilla. Piirreteorioissa korostetaan iäkkään persoonallisuuden eri piirteitä, joiden avulla vanhenemista kuvataan sopeutumisenä, aktiivisuutena, joustavuutena tai kehittymisenä. Kehitysteorioista kiinnostavin lienee gerotransendenssi -ajattelu, mikä korostaa vanhuuden kehitystehtävää. (Tornstam 1997, Uotinen ym. 2004) Ikääntymistutkimuksessa voidaan puhua myös vahvasta tai terveestä vanhenemisestä, voimavaroista ja aktiivisesta tai tuottavasta ikääntymisestä (Vaarama 2004).

Siirryttäessä 75 -vuotiaista vanhempiin ikäryhmiin fyysinen toimintakyky, kognitiiviset toiminnot, liikuntakyky ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen heikkenevät keskimäärin merkittävästi (Valvanne 1992, 1993, Valvanne ym. 1992, Coleman 1994, Ryyänen ym. 1999, Aromaa & Koskinen 2002). Edelleen selviytyminen päivittäisistä toiminnoista heikkenee jyrkästi 80 - 85. ikävuoden jälkeen (Aromaa & Koskinen 2002). Samoin 75 vuotta täyttäneet kokevat päivittäisen suoriutumisen heikkenevän ja avuntarpeen lisääntyvän erityisesti itsensä ja taloutensa hoitamisessa (Koyano et al. 1988, Heikkinen 1997b, Juutilainen 1999). Kognitiiviset toiminnot, joita ovat havaintotoiminnot, psykomotoriikka, tarkkaavaisuus, ajan ja tilan hahmottaminen, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus, muistaminen ja oppiminen, eivät ikääntymisen seurauksena merkittävästi heikkene. Ikääntyminen vaikuttaa muistitoimintoihin yksilöllisesti ja vähitellen, jolloin pitkäaikaisessa episodisessa muistissa esiintyy yksilöllisiä vaikeuksia, mutta semanttinen ja proseduraalinen muisti eivät juuri heikkene. Muistisuorituksiin vaikuttavat lisäksi taudit, motivaatio, asenteet ja sosiaaliset tekijät. Valitukset muistin heikentymisestä voivat liittyä myös masentuneisuuteen. (Kuikka & Pulliainen 1997, Hänninen & Soininen 1999, Hänninen & Soininen 2004, Suutama 2004, Craik et al. 2008, McDaniel et al. 2008) Muistihäiriöt ja muistamattomuus ovat kuitenkin iäkkäiden yleisiä sekä koettuja että hoitohenkilökunnan havaitsemia ongelmia (Valvanne ym. 1992, Valvanne 1992, 1993, Flicker et al. 1993, Kuikka & Suutama 1993). Myös keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneiden määrä lisääntyy 75 -ikävuodesta 85 -ikävuoteen tultaessa merkittävästi (Valvanne 1993, Hänninen & Soininen 2004). Suomessa vuonna 2005 noin 120 000 kärsii jonkin asteisesta dementiasta, ja dementiaa sairastavia on yli 85 -vuotiaista 22 - 35 prosenttia (Viramo & Sulkava 2006).

2.2.2 Kotona asuminen ja päivittäinen suoriutuminen

Suomessa ikääntymispolitiikan ja sosiaali- ja terveyspolitiikan keskeisenä tavoitteena on, että iäkkäät voivat elää omassa kodissaan itsenäisesti ja tutulla asuinalueella mahdollisimman pitkään erilaisten terveys- ja sosiaalipalvelujen tuella (Paakkari 1996, Vanhuspolitiikka vuoteen 2001 1996, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Lankinen ym. 2001, Vaarama ym. 2002, Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, Elderathome 2004, Voutilainen ym. 2007, Hallitusohjelma 2007, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b). Suosituksena on, että yli 75 -vuotiaista 90 prosenttia voi asua tavallisessa asunnossa, jonne tulee olla tarjolla ammattitaitoista sosiaali- ja terveyspalvelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001). Erilaisissa ikäpoliittisissa selvityksissä on korostettu hyvän ympäristön merkitystä iäkkäille. Avopalveluja kehittämällä tuetaan esteetöntä lähiympäristöä. Hoitoteknologian kehittymisen avulla voidaan myös tukea iäkkäiden hoitoa kotona tulevaisuudessa entistä paremmin. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, Elderathome 2004) Iäkkäät ihmiset haluavat viettää viimeiset vuotensa kotona, mikä on usein myös inhimillisin ja elämän laadun kannalta paras vaihtoehto (Vaarama & Lehto 1996, Roine ym. 2000, Hyttinen & Kangassalo 2002). Kotona asuu 75 vuotta täyttäneistä vajaa 90 prosenttia, määrä on pysynyt 2000 -luvun lähes samana. Säännöllistä kotihoitoa saaneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä on vähentynyt (Voutilainen & Kaskiharju 2007). Kotipalvelua ja kotisairaanhoidon saavat asiakkaat ovat yhä huonokuntoisempia ja iäkkäämpiä. Runsaasti käyntejä saaneiden määrä on koko ajan kasvanut. Suurin asiakasryhmä Suomessa ovat 75 - 84 -vuotiaat. (Vaarama & Lehto 1996, Voutilainen ym. 2007) Samoin helsinkiläisten yli 65 -vuotiaiden vanhuspalveluasiakkaiden toimintakyvyn todettiin heikentyneen kaikissa asumismuodoissa lukuun ottamatta tehostettua palveluasumista (Mukkila ym. 2003).

Iäkkäiden kotona asuvien määrän lisääntyessä on päivittäisestä suoriutumisesta ja toimintakyvystä tullut kriittinen mittari kotona asuville avohoidon palveluja käyttäville. Tutkimuksista kotihoidon merkityksestä laitoshoidon joutumisen ehkäisijänä ei ole yksinkertaista tehdä johtopäätöksiä, mutta ne antavat viitteitä siitä, että kotihoidon avulla iäkkäät pysyvät aktiivisina ja näin selviytyvät pidempään kotona. Kotihoidon on todettu parantaneen toimintakykyä ja vähentäneen laitoshoidon joutumista, jota ennustavat myös heikentyneet kognitiiviset toiminnot (Karppi & Tilvis 1997, Cohen et al. 2002). Avohoidossa olevilla iäkkäillä on todettu vähemmän rajoituksia ADL -toiminnoissa ja kognitiivisissa kyvyissä kuin laitospotilailla (Sonn et al. 1999, Lee et al. 2001). Itse arvioidun toimintakyvyn on todettu ennustavan vanhoilla, yli 90 -vuotiailla laitoshoidon joutumista. Edelleen laitoshoidossa olevien hyvin iäkkäiden kuolleisuus on korkeampi kuin kotona asuvien. (Jylhä & Hervonen 1999) Vahvimmat ennustajat kotona asumisen onnistumiselle ovat iäkkäiden itsehoitokyky ja tietoisuuden taso sekä myös hoidon antajien asenteet (Shyu & Lee 2002). Iäkkäät itse asettavat kotihoidon etusijalle ja haluavat viettää viimeiset vuotensa kotona, jonne he toivovat saavansa sairaanhoidon palveluja.

Kotona selviytymistä voidaan tehostaa kotikäynneillä, joilla kartoitetaan ongelmia ja riskitekijöitä, annetaan terveysneuvontaa tai arvioidaan moniammatillisen tiimin avulla laajasti toimintakykyä (Ramsdell et al. 1989, Fabacher et al. 1994, Stuck et al. 1995, Büla et al. 1999, Stuck et al. 2000, Roine ym. 2000, Boulton et al. 2001, Landi et al. 2001, Cohen et al. 2002, Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003). Kotia pidetään parhaana hoitopaikkana vanhuksille myös silloin, kun heillä ilmenee psyykkisten kykyjen vajavuutta, muita kognitiivisia häiriöitä tai dementiaa (Liukkonen 1990, Campion 1995, Vaarama ym. 2002). Dementoituneiden asumista kotona on edelleen mahdollista tukea dementiatukihenkilön avulla (Eloniemi-Sulkava et al. 2001, Vuori & Eloniemi-Sulkava 2001).

Yhteenvedona voidaan todeta, että iäkkäiden määrän lisääntyessä myös käsitys vanhenemisesta on muuttumassa. Yksilöllisyyttä ja ympäristöä korostetaan entistä enemmän. Iäkkäät ovat keskimäärin parempikuntoisia kuin aiemmin. Kotisairaanhoidon asiakkaat ovat tänä päivänä kuitenkin iäkkäämpiä ja huonompikuntoisia kuin aikaisemmin. Kotona asumista ammatillisen avun turvin pidetään ensisijaisena myös iäkkäänä.

2.3 Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen ja toimintakyvyn käsitteet

2.3.1 Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn käsitteitä on käytetty sekä kansainvälisissä että suomalaisissa tutkimuksissa monin eri tavoin. Seuraavassa tarkastellaan ensisijaisesti päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen käsitettä, mutta koska toimintakyvyn ja suoriutumisen käsitteitä on käytetty tutkimuksissa joko osittain tai kokonaan toisiaan vastaavina, niin on tarkasteltava myös toimintakyvyn käsitettä sekä toimintakyvyn ja suoriutumisen mittareita, jotka kuvaavat käsitteiden sisältöä ja alaa. Kappaleiden (2.3.1-3) liitteissä (1-3) tarkastellut tutkimukset on jaettu kolmeen ryhmään seuraavasti: 1) tutkimukset, joiden tarkoituksena on ollut kehittää ja testata päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn mittareita, 2) tutkimukset, joiden tarkoituksena on ollut tutkia ensisijaisesti päivittäistä toiminnoista suoriutumista ja 3) tutkimukset, joissa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja toimintakykyä on kartoitettu laajasti. Lisäksi toimintakyvyn tutkimusten meta-analyysit on kuvattu liitteessä 6.

Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen

Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista on tutkimuksissa usein käytetty kuvaamaan toimintakykyä. Katzin et al. (1963) julkaisema päivittäisen elämisen perustoimintojen (basic activities of daily living = BADL) luokittelu on

päivittäisten toimintojen ja toimintakyvyn arvioinnissa maailmassa ehkä eniten käytetty ja lainattu mittari. Tässä itsensä hoitaminen on luokiteltu päivittäisen elämisen kuuteen perustoimintoon, joita ovat peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen, liikkuminen, pidätyskyky ja syöminen. Päivittäisen elämisen kuuden perustoiminnon osioista on kehitetty ADL -indeksi, joka käsittää seitsemän hierarkkisesti järjestettyä riippuvuuden ja riippumattomuuden profiilia kussakin kuudessa toiminnossa. (Katz et al. 1963, Lawton & Brody 1969, Katz et al. 1970, Katz 1983, Katz PR et al. 1985, Katz & Stroud 1989, Kempen & Suurmeijer 1990, Dowd & Davidhizar 1999, Shelkey & Wallage 2002) Kuvattua ADL- tai BADL-luokitusta on käytetty myös useissa muissa tutkimuksissa toimintakyvyn tai suoriutumisen mittarina. (mm. Katz et al. 1985, Helmes et al. 1987, Reuben & Solomon 1989, Frederiks et al. 1991, Mäkinen 1991, Pakkala ja Kivelä 1991, Valvanne ym. 1992, Rozzini et al. 1993, Fabacher et al. 1994, Rubenstein et al. 1994, Stuck et al. 1995, Leinonen ym. 1996, Büla et al. 1999, Landi et al. 2000, Stuck et al. 2000, Lee et al. 2001, Landi et al. 2001, Bathen & Vardeberg 2001, Cohen et al. 2002) Katz et al. (1963) kuvaavat perustoimintojen luokituksen käyttöä vajaakuntoisilla verraten perustoimintojen kehitymisjärjestystä lasten perustoimintojen kehityksen kaltaiseksi. Truscott (2000) viittaa myös tähän teoriaan edistymisen hierarkkisuudesta. Perustoimintojen mittaria pidetään objektiivisena ja tarkoituksenmukaisena sekä sen kykyä ennustaa iäkkään terveydentilaa hyvänä (Shelkey & Wallage 2002). Mittarin reliabiliteetti on saanut vahvistusta monissa jo edellä mainituissa 40 vuoden aikana tehdyissä tutkimuksissa, kuitenkin validiteettia voidaan kritisoida erityisesti iäkkään hoitoympäristön kannalta.

Välineellisistä toiminnoista suoriutuminen

Perustoiminnoista suoriutumista toimintakyvyn osana täydentämään on kehitetty välineellisistä toiminnoista suoriutumisen käsite, jossa on kyse iäkkään talouden ja hänen oman ympäristönsä hoitamisesta. Lawton (1970) on täydentänyt Katzin alun perin luomaa ja Lawtonin ja Brodyn (1969) edelleen kehittelemää perustoimintojen ja välineellisten toimintojen luokittelua, joka muodostuu kahdeksasta välineellisten toimintojen (instrumental or intermediate activities of daily living = IADL) asteikosta. Näitä ovat puhelimen käyttö, ostosten tekeminen, ruuan valmistus, talouden hoito, pyykin pesu, liikkuminen paikasta toiseen, omasta lääkityksestä huolehtiminen ja raha-asioiden hoito. (Lawton & Brody 1969, Lawton 1971, Katz 1983) Koyano et al. (1988) ovat täydentäneet välineellisten toimintojen käsitettä lisäämällä mukaan veden kuumentamisen, koska näin luokittelusta on saatu astetta helpompi ja tutkijan mukaan soveltuvampi myös miesten suoriutumisen arviointiin. Välineellisistä toiminnoista suoriutumisen arviointimittaria on käytetty myös lukuisissa muissa tutkimuksissa. (mm. Lawton 1971, Katz 1983, Chappel & Badger 1989, Kempen & Suurmeijer 1990, Mäkinen 1991, Fabacher et al. 1994, Rubenstein et al. 1994, Stuck et al. 1995, Büla et al. 1999, Landi et al. 2000, Stuck et al. 2000, Bathen & Vardeberg 2001, Landi et al. 2001, Cohen et al. 2002, Tabert et al. 2002)

Kotona asuvien iäkkäiden suoriutumista on kuvattu myös perinteisen ADL-luokituksen ohella taloudenhoidon toimintojen (HHA = household activities) avulla. Näillä toiminnoilla laajennetaan IADL -luokitusta fyysisesti vaativammalle tasolle, jota edustaa aterian valmistaminen, siivoaminen, vuoteen sijaus, ikkunoiden pesu, tiskaaminen, pyykinpesu ja ostosten teko. Mittarin todettiin kuvaavan tarkoituksenmukaisemmin toimintakykyä kuin perinteisen välineellisten toimintojen luokittelun. (Frederiks et al. 1991) Kaikkein tärkeimpinä pidetyt päivittäiset toiminnot liittyvät liikkumiseen (Valderrama Gama et al. 2000). Perustoimintojen (ADL) ja välineellisten toimintojen (IADL) taidot arvioidaan eri kulttuurisessa taustassa samalla tavoin, jolloin Truscottin (2000) mukaan suoriutumisen mittareita voitaisiin käyttää myös erilaisten etnisten vähemmistöjen parissa. Sekä perustoiminnoista että välineellisistä toiminnoista suoriutumisen mittareita on käytetty myös itse arvioinnin avulla. Niiden on todettu toimivan hyvin ja omaavan iäkkäiden hoidossa prognostista merkitystä. (Bernard et al. 1997)

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista tutkittaessa on usein käytetty termiä ADL -toiminnot, jotka ovat käsittäneet yleensä edellä kuvatut perus- ja välineelliset toiminnot. ADL -suoriutumisen käsitettä on myös kuvattu yksistään perustoimintojen avulla, ja niitä on arvioitu erilaisilla ADL -mittarin muunnoksilla. Päivittäisten toimintojen arvioinnissa on myös käytössä lyhennetty ADL - ja IADL -mittari (Saliba et al. 2000). Toimintaterapian alalla on käytetty päivittäisten toimintojen arviointiin ns. Sunnaas (ADL) -mittaria, joka käsittää 12 toimintoa: perustoimintojen lisäksi taloustyöt, ulkona liikkumisen ja kommunikaation. Nämä aktiviteetit käsittävät sekä P-ADL (personal activities of daily living) ja I-ADL (instrumental) -toimintoja. (Bathen & Vardeberg 2001) Samoin toimintaterapiassa on käytetty edellä kuvatun kaltaista 12 -luokkaista ADL -taksonomiaa, jossa on Sunnaas -mittarin osioiden lisäksi mukana ostoksilla käynti, siivoaminen ja pyykinpesu (Sonn et al. 1999). Barthel -mittari kuvaa lähinnä suoriutumista laitospotilailla, kymmenen osiota kuvaa perustoiminnoista suoriutumista, itsenäistä liikkumiskykyä ja itsestä huolehtimisesta (Kane & Kane 1981, Korner-Bitensky & Wood-Dauphinee 1995, Muurinen 2003). Vastaavaa Chinese Barthel Index'ia (CBI) on käytetty taiwanilaisessa iäkkäiden jatkohoitoa kartoittavassa tutkimuksessa päivittäisten toimintojen arviointiin (Shyu & Lee 2002). Ikivihreät -projektissa on käytetty myös vastaavaa ADL -mittaria, johon kuului Physical Activities of Daily Living (PADL) ja Instrumental Activities of Daily Living (IADL) -osioita. Mittari poikkeaa edellä kuvatuista vain siinä, että PADL -osiossa ovat mukana ulkona ja portaissa liikkuminen sekä varpaankynsien leikkaaminen. (Laukkanen ym. 2000)

Kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen

Päivittäisten toimintojen ja toimintakyvyn arviointiin perustoimintojen ja välineellisten toimintojen lisäksi Reuben & Solomon (1989) ovat esittäneet harvemmin käytetyn kolmannen tason, joka käsittää korkeatasoisia tai kehittyneitä päivittäisen elämisen toimintoja (advanced activities of daily living

= AADL). Nämä toiminnot edustavat elämisen laatua, tahdonalaista ja yhteiskuntaan suuntautuvaa sosiaalista toimintaa. (Reuben & Solomon 1989) Reuben et al. (1990) nimeävät AADL -toiminnoiksi erilaiset yksilölliset harrastukset, matkustelun, omaehtoisen työskentelyn, osallistumisen sosiaalisiin ja uskonnollisiin ryhmiin sekä fyysistä aktiviteettiä vaativat toiminnot. Näissä toiminnoissa ilmenevän vajeen kuvataan esiintyvän yleensä ennen perus- ja välineellisten toimintojen vajetta, jolloin luokittelua voitaisiin käyttää varhaisen toiminnallisen vajavuuden arviointiin. (Reuben et al. 1990) Kuitenkin Rozzini et al. (1993) pitävät Reubenin AADL -toimintojen kuvauksia liian yleisinä ja niiden yhteyttä fyysisen terveyden osoittimiin riittämättömänä.

Lawton (1970) kuvaa myös tuottavaa ja tarkoituksellista toimintaa sekä sosiaalista käyttäytymistä toiminnallisen hierarkian korkeimpana tasona, jota ennen ilmenevät normatiivisen käyttäytymisen tasot: elämän ylläpitämisen ja toiminnallisen terveyden taso, havaintotoiminnan ja kognitiivisen toiminnan taso sekä fyysinen itsensä hoitaminen ja välineellinen itsestä huolehtiminen (Lawton 1970, Katz & Stroud 1989). Nämä korkeimmat tasot kuvaavat AADL-luokittelun kaltaisia kehittyneitä toimintoja. Aartsen et al. (2002) ovat tuottaneet tutkimuksessaan AADL -toimintoja vastaavan luokituksen, johon kuuluvat sosiaalista, kokemusperäistä ja kehittymistä kuvaavat päivittäiset aktiviteetit. Sosiaalisia aktiviteettejä kuvasivat käynti kirkossa, naapurissa tai avustusjärjestön kokouksessa. Kokemusperäisiä aktiviteettejä olivat käynti kävelyllä metsässä, huvipuistossa, eläintarhassa, museossa, teatterissa, elokuvissa, kahvilassa tai ravintolassa. Kehittymistä kuvaavat aktiviteetit muodostuivat koulutukseen, kurssiin tai ulkourheiluun osallistumisesta. (Aartsen et al. 2002) Kehittyneiden toimintojen kaltaisia toimintoja on kuvattu myös ns. fyysisen toimintakyvyn luokittelussa (Physical Functioning Inventory), joka käsitti ADL-, IADL -toimintojen lisäksi liikkumista, aktiivisuutta ja reipasta harjoittelua. Liikkuminen sisälsi portaiden ja puolen mailin (n.800 m) matkan kävelyä, kumartumista ja kyykistymistä. Vaativat toiminnot käsittivät keilaamista, golfia, imurointia, puutarhan hoitoa, ja vielä vaativammat käsittivät mm. hölkkäämistä, aerobista harjoittelua, raskaita töitä ja mailapelejä. (Whetstone et al. 2001)

Edellä esitetyissä suoriutumisen kuvauksissa ja määrittelyissä on kyse iäkkään ihmisen omasta päivittäisestä toiminnasta ja käyttäytymisestä omassa ympäristössään. Seuraavassa kappaleessa tarkastellaan käsitteitä ja niitä kuvaavia mittareita, joita on käytetty arvioitaessa henkilön toimintakykyä laajasti ja/tai suoriutumista lääketieteellisten, psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden avulla.

2.3.2 Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen toimintakyvyn osana

Tässä kappaleessa tarkastellaan päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen käsitettä toimintakyvyn osana. Toimintakyvyn käsite on jokseenkin vakiintumaton ja sitä määritellään monin eri tavoin. Kansainvälisessä tutkimuksessa "Functional status" -käsitteen suhde "functional ability" -käsitteeseen määrittyy seuraavasti: "Functional status is the actual performance of an activity and the level of the performance, and functional ability is the capacity to perform a given function or activity". (Knight 2000) Suomennos vastaa lähinnä seuraavaa määrittelyä: toimintakyky on tietyn hetkinen suoriutuminen ja suoriutumisen taso, ja toimintakykyisyys on kapasiteetti, joka on olemassa tietyistä toiminnoista tai aktiviteetista suoriutumista varten. Ramos et al. (2001) määrittivät toimintakykyisyyden (functional capacity) pääkäsitteeksi ja toimintakyvyn (functional status) sen päämuuttujaksi. Heikkinen (1995) määrittää myös toimintakyvyn (functional ability) osaksi ihmisen toimintakapasiteettia (functional capacity), joka tarkoittaa ihmisen kykyä ja mahdollisuuksia selvittää päivittäisistä perustoiminnoista. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen tarkoittaa, että henkilö on kykenevä (capability) suoriutumaan ja tietää, kuinka suoriudutaan sekä kykenee ja haluaa suoriutua (Sonn et al. 1999).

Tutkimuksissa päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen käsite useimmiten muodostaa osan toimintakyvyn käsitteestä. Lawton (1970) on kuvannut toimintakykyä seitsemän toiminnan tason avulla, joita ovat elämän ylläpitäminen, toiminnallinen terveys, havainto- ja kognitiivinen toiminta, fyysinen ja välineellinen itsensä hoito, luovuus ja vaikuttaminen sekä sosiaaliset roolit. Lawton (1971) on esittänyt myös luokittelua, jonka avulla arvioidaan fyysistä terveyttä ja itsensä hoitamista, välineellisiä toimintoja, sosiaalisia rooleja, asenteita, elämään tyytyväisyyttä, kognitiivista ja emotionaalista tilaa. Fyysisen terveyden arviointiin Lawton suosittaa perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumisen mittareita. Psykkisellä tilalla tarkoitetaan orientaatiota aikaan, paikkaan ja henkilöihin sekä muistia ja älyllisten ongelmien ratkaisemista. (Lawton 1971) Samoin OARS- menetelmässä (the Older Americans Resources and Services) päivittäiset toiminnot (ADL, IADL) kuvaavat fyysistä terveyttä, lisäksi siinä kartoitetaan sosiaalisia ja taloudellisia voimavaroja sekä psyykkistä terveyttä (Fillenbaum 1985, George & Fillenbaum 1985, Badger 1998, Ramos et al. 2001). Robinson et al. (1986) ja Pfeiffer et al. (1981, 1989) ovat käyttäneet tutkimuksissaan OARS -mittarista pelkistettyä toimintakyvyn arviointimittaria (Functional Assessment Inventory = FAI), jossa päivittäisten elämisen toimintojen (ADL) lisäksi on määritetty toimintakykyä seuraavilla tekijöillä: mielenterveys, fyysinen terveys, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat. Itsenäistä suoriutumista (Functional Independent Living = FIL) on myös arvioitu fyysisten toimintojen: näön, kuulon, puheen, liikkumisen, siirtymisen, käden ja käsivarren liikkeiden sekä pidätyskyvyn avulla ja psyykkisten toimintojen: muistin, tunnistamisen, puheen selvyyden ja epätavallisen käyttäytymisen avulla (Yu 1995). Rubenstein et al. (1989)

määrittävät edelleen toimintakyvyn osaksi terveydentilaa, jonka yläkäsitteenä taas on elämänlaatu. Päivittäiset elämisen perustoiminnot määrittävät toimintakykyä, näitä ovat itsehoito, perusliikkuminen, pidätyskyky ja välineelliset toiminnot: ostosten tekeminen, ruuanlaitto, talouden hoito, raha-asoiden hoito sekä sosiaaliset toiminnot kuten sukulaisten ja ystävien tapaaminen ja osallistuminen yhteisön toimintaan, ja edelleen seksuaalinen tyytyväisyys, psyykkiset toiminnot, tunne-elämän terveys ja tiedonkäsittelykyky. (Rubenstein et al. 1989)

Katzin ADL-, IADL- luokituksia on käytetty myös tarkasteltaessa toimintakykyä ns. itsearviointimittareiden avulla. Tällöin mukana on yleisiä terveyden ja lääketieteellisen tilan mittareita sekä erilaisia suoritus pohjaisia mittareita: kävellä puoli mailia, nousta portaita ja tehdä raskasta työtä eri puolilla taloa, tai kulkemisenopeuden ja fyysisen suoriutumisen osioita (Beckett et al. 1996, Bernard et al. 1997, Santos-Eggimann et al. 1999, Brach et al. 2002). Kiinassa kehitetty COOP-WONGA -mittari toimii myös henkilön oman arvioinnin pohjalta. Siinä arvioidaan toimintakykyä päivittäisten toimintojen, fyysisen kunnon, mielialan, sosiaalisten aktiviteettien, terveydentilan muutosten ja oman terveysarvion avulla. (Murphy & Lam 2001)

Toimintakyvyn arviointi tutkimuksissa voi käsittää ADL- ja IADL -toimintojen lisäksi monia eri tekijöitä, kuten anamneesin, sosiaalisen ja taloudellisen tilanteen, biologisen ja psykologisen arvioinnin (Freeborne 1994). Fyysistä tilaa ovat tarkentaneet edellä kuvattujen lisäksi mm. ravitsemus, tasapaino ja kaatumiset, aistivajavuudet, virtsan pidätyskyky, lääkkeet, kaltoinkohtelu, makuuhaavat, kipu sekä terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy (Devons 2002), tai yleinen terveydentila, palvelujen käyttö, vuodepäivät ja rajoitetun aktiivisuuden päivät sekä riippuvuus asumisessa (Boult et al. 2001). Toimintakyky nähdään myös ns. laajan geriatrisen tilan määrittelyn (CGA) keskeisenä osana (Rubenstein et al. 1989, 1994, Helmes et al. 1987, Reuben & Solomon 1989). CGA:ssa on kyse monen tiedonalan arvioinnista, jossa määritetään henkilön lääketieteelliset, psykososiaaliset, toiminnalliset ja ympäristölliset voimavarat ja ongelmat. (Comprehensive Geriatric Assessment 1989) CGA on todettu tehokkaaksi iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn arvioinnissa laajan tutkimuksista (trials of CGA) tehdyn meta-analyysin perusteella (Stuck et al. 1993).

Suomalaisissa tutkimuksissa päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen on myös lähes aina mukana toimintakyvyn käsitteessä. Mäkisen (1991) kehittämä ns. Joensuu-luokitus on tarkoitettu soveltuvaksi kotisairaanhoidon potilaiden toimintakyvyn rajoitusten luokitusmenetelmäksi. Mittari on rakennettu IADL- ja BADL- osioista ja muistitoimintojen sekä sairaanhoidollisten toimenpiteiden tarpeen arvioinnista. (Mäkinen 1991) Myös Pahkalan & Kivelän (1991) sekä Juutilaisen (1999) tutkimuksissa toimintakykyä kuvasi ADL -luokitus, mikä vastasi Katzin BADL -luokitusta. Samoin Mikkilän ym. (2003) tutkimuksessa kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista määrittää toimintakykyä. Leinosen ym.

(1996) selvityksessä nähdään ADL -toimintakyky osana päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Lisäksi tarkastellaan erillisenä fyysistä toimintakykyä, joka nähdään liikuntakykynä ja fyysisenä suoriutumisenä, kognitiivisia toimintoja, joita on kuvattu muistamiskyvyn avulla ja psyykkis-sosiaalista hyvinvointia, jota kuvataan mielialan ja sosiaalisten kontaktien avulla. ADL -toimintoina kuvataan perustoimintojen ja välineellisten toimintojen luokkia. Valvanne (1993) on tarkastellut toimintakykyä liikuntakykynä ja älyllissosiaalisena suoriutumisenä. Toimintakykyä on kartoitettu hyvin laajana myös Terveys -2000 -tutkimuksessa, jolloin siihen katsottiin kuuluvaksi liikkumiskyky, näkö, kuulo, tasapaino, reaktionopeus, kognitiivinen kyvykkyys, sosiaalinen toimintakyky ja arkitoimista suoriutuminen. (Aromaa & Koskinen 2002).

WHO:n hyväksymässä ICF -luokituksessa (International Classification of Functioning) suoriutuminen muodostaa osan toimintakyvystä, joka määritetään yksilön lääketieteellisen terveydentilan ja kontekstuaalisten tekijöiden vuorovaikutteisena kehitysprosessina. Toimintakyky (functioning) nähdään yläkäsitteenä, joka kattaa ruumiin/kehon toiminnot ja sen rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Suoritus (activity) käsitetään tehtävänä, jonka yksilö toteuttaa. (WHO-Stakes 2004) Käsitteellisesti suoritus vastaa ADL -toiminnoista suoriutumista. Sosiaaligerontologisessa ajattelussa nähdään ihminen tavoitteellisena ja valintoja tekevänä toimijana ja toimintakyky näin arjen tilanteissa käytössä olevana toimintakykynä. Toimijuus -näkökulma liittyy toiminnan tiettyyn kontekstiin; tilanteeseen, aikaan ja paikkaan. (Jyrkämä 2003, 2007) Toimintakyvyn käsitteellä tarkoitetaan sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa ihmisen selviytymistä jokapäiväisen elämän toiminnoista omassa ympäristössä. Päivittäisistä perustoiminnoista (ADL) sekä asioiden hoitamisesta (IADL) suoriutuminen tarkoittaa tällöin fyysistä toimintakykyä, johon lisäksi katsotaan kuuluvan terveydentila ja toiminnan vajavuudet. Kognitiivinen toimintakyky käsittää muistin, oppimisen, tiedon käsittelyn, toiminnan ohjauksen ja kielellisen toiminnan. Psyykkisen toimintakyvyn käsite rajataan elämänhallintaan, mielenterveyteen, mielialaan, voimavaroihin ja psyykkiseen hyvinvointiin. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Siihen kuuluvat suhteet omaisiin ja ystäviin, osallistuminen ja harrastukset. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006) Martelin ym. (2004) määrittää toimintakykyä kykynä suoriutua erilaisista tehtävistä, jolloin fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä liikkua, käyttää kehoa ja sen osia tarkoituksenmukaisella tavalla sekä aistitoimintoja. Psyykkisen toimintakyvyn keskeisenä ulottuvuutena pidetään kognitiivista kyvykkyyttä eli selviytymistä älyä ja muistia vaativista tehtävistä. Sosiaalinen toimintakyky taas viittaa ihmisen kykyyn selviytyä yhteisön jäsenenä.

Suomessa vanhustenhuollossa toimintakyvyn arviointiin käytössä olevat FIM-, RAI- ja RaVa -mittarit käsittävät myös päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen osana toimintakykyä. FIM (Functional Independence Measure) -itsenäisen toimintakyvyn mittari koostuu kahdeksastatoista keskeisestä

päivittäisestä toiminnosta, joilla arvioidaan omatoimisuutta ja avun tarvetta. Ne käsittävät perus- ja välineellisiä toimintoja, sosiaalista toimintaa sekä kognitiivisia tekijöitä. (Suomen kuntaliitto 1998, Wallin & Vaara 2003) FIM-mittarin ja laitoshoidossa käytetyn MDS (Minimum Data Set) -mittarin osioita on todettu voitavan käyttää ennustamaan toistensa pisteitä (Williams et al. 1997). Edelleen yhdenmukaisuutta on todettu MDS-HC (Minimum Data Set for Home Care) -mittarin ja Barthel-indeksin välillä sekä MDS-ADL (Minimum Data Set) sekä MDS-IADL -mittareiden ja Lawton-indeksin välillä (Landi et al. 2000). MDS-HC -mittari käsitti seuraavia tekijöitä: kognitiivinen tila, kommunikaatio, kuulo, näkö, mieliala ja käyttäytyminen, sosiaalinen toiminta, sosiaalinen tuki, fyysinen toimintakyky (ADL ja IADL, liikkuminen, kestävyys, toimintapotentiaali), pidätyskyky, diagnoosit sekä terveydentila. MDS -mittarin on todettu toimivan yhtä hyvin avohoidossa kuin hoitokotiympäristössä. (Morris et al. 1997, Landi et al. 2001) RAI (Resident Assessment Instrument) -tietojärjestelmään kuuluu erilaisia fyysisen terveydentilan mittareita, perus-, välineellisiä toimintoja ja harrastuksia sekä kognitiivista ja mielialaa kartoittavia osioita. RAI -järjestelmään kuuluu myös kotisairaanhoidon tarkoitettu RAI-HC -järjestelmä. RAI -mittarin ytimenä on MDS (Minimum Data Set) -mittari. (Morris et al. 1997, Williams et al. 1997, Noro ym. 2001) RaVa -mittari on kehitetty toimintakyvyn arviointiin sekä avo- että laitoshoidossa. Perustoiminnoista ja välineellisistä toiminnoista suoriutuminen kuvaa toimintakykyä, ja lisäksi arvioidaan muistitoimintoja ja mielialaa. (RaVa -toimintakykymittari 2002) FIM-, RAI- ja RaVa -mittareiden avulla on toivottu saatavan käytännön vanhustenhoitoon kokonaisvaltainen luokittelujärjestelmä, kuitenkin ongelmana on edelleen osin päällekkäinen luokittelu. Tässä tutkimuksessa toimintakyvyn käsite muodostaa viitekehyksen päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen käsitteelle, jolloin suoriutumisen käsite on osa toimintakyvyn käsitettä.

2.3.3 Kognitiiviset ja muut tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa ja toimintakyvyn käsitteen osana

Kognitiivisten tekijöiden osuus päivittäisissä toiminnoissa ja toimintakyvyssä korostuu tutkimuksissa. Knight (2000) esittää analyysinsä perusteella toimintakyvyn keskeiseksi tekijäksi kognitiota, mikä tarkoittaa kognitiivista kykyä (cognitive ability) ja kyvykkyyttä (cabability). Erityisesti Knight korostaa kognition merkitystä välineellisissä toiminnoissa, koska niistä suoriutuminen vaatii operationaalisia taitoja kuten suunnittelua ja organisointia. Toimintakyvyn käsite voidaan Knight'in mukaan nähdä sisällöltään kognitiivisena, käyttäytymistä kuvaavana ja psykologisena, mikä tarkoittaa mielialaa, tunteita ja motivaatiota. Toimintakyvyn käsitteeseen ja myös AADL -toimintoihin on liitetty usein kognitiivinen, emotionaalinen ja sosiaalinen dimensio (Robinson et al. 1986, Helmes et al. 1987, Rubenstein et al. 1989, Murphy & Lam 2001, Ramos et al. 2001). Kognitiiviset toiminnot on katsottu usein tutkimuksissa kuuluvan osana toimintakykyyn. Kognitiivisen tilan käsitteellä tarkoitetaan

kykyä suoriutua erilaisista älyllisesti haastavista tehtävistä, siihen kuuluvat tiedonkäsittelyn toiminnot, kuten havaitseminen, muistaminen, oppiminen ja ajattelu. Tällöin saatetaan puhua myös psyykkisestä toimintakyvystä. Kun taas sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön vuorovaikutussuhteita ja aktiivista sosiaalista toimintaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006)

Kognitiivista tilaa toimintakyvyn osana kuvaavat erilaisten seulontatestien sisällöt. MMSE (Mini-Mental State Examination) -testi on laajasti käytetty testi, joka sisältää useita lyhyitä kognitiivisia toimintoja arvioivia tehtäviä. Sen avulla voidaan arvioida orientaatiota aikaan ja paikkaan, huomiokykyä, älyllisten ongelmien ratkaisemista, konstruktivista kykyä ja muistia (Johansson et al. 1997, Pearson et al. 1989, Landi et al. 2000, Tabert et al. 2002). MMSE -mittaria on käytetty useissa tutkimuksissa kognitiivisen tilan arviointiin (Ramos et al. 2001). Kognitiivista tilaa arvioidaan myös CERAD -testillä, joka käsittää kielellistä sujuvuutta, nimeämistä, sanalistan oppimista ja kuvioiden piirtämistä sekä niiden viivästettyä mieleen palauttamista, kellotaulun piirtämistä sekä MMSE:n (Hänninen ym. 1999). Myös MMSE:n ja kognitiivisen asteikon (CPS) välillä on todettu yhdenmukaisuus (Landi et al. 2000). Kognitiivisen tilan arvioinnissa on todettu oman ja läheisen arvion tilanteesta olevan varsin yhdenmukaisia testien kanssa (Tabert et al. 2002, Hänninen & Pulliainen 2004).

Kognitiivista toimintaa kuvaa myös EASI -testi (Early Assessment Self Inventory). Siihen kuuluu 35 sekä muistettavaa että mieleen palautettavaa ainesta sisältävää osiota: orientaatio aikaan ja paikkaan, yleisten kohteiden nimeäminen, pitkäkestoinen muisti, visuaalinen konstruktio, lähimuisti ja laskutaito. Testi tehdään iäkkäälle tutussa ympäristössä testitilanteen vastatessa päivittäistä toimintaa. (Horn et al. 1989) Psyykkisen, kognitiivisen ja emotionaalisen tilan ja vajaakykyisyyden arviointiin toimintakyvyn osana on myös käytetty usein MSQ (Mental Status Questionnaire) -testiä (Lawton 1971, Lammi et al. 1989, Rubenstein et al. 1994) tai sen lyhyempää muotoa SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) (Korner-Bitensky & Wood-Dauphinee 1995). Neadley et al. (1995) käyttivät ”Kendrick Cognitive Test for the Elderly” -kognitiivista testiä iäkkäiden muistin ja puhekyvyn arviointiin. Kognitiivisen aspektin merkitys korostuu edelleen TFLS (The Texas Functional Living Scale) -mittarissa, joka perustuu suoriutumiseen ja kognitiivisiin tehtäviin, ja jonka avulla voidaan arvioida myös mahdollisten dementiapotilaiden päivittäistä suoriutumista. TFLS- asteikko koostuu toiminnallisista kokonaisuuksista, joita ovat pukeutuminen, kellon ja rahan käyttö, kommunikaatio ja muisti. Mittari on todettu myös ekologisesti validiksi. (Cullum et al. 2001) Gruber-Baldinin et al. (2000) tutkimuksessa käytettiin kognitiivisen vajeen mittaamiseen MDS (Minimum Data Set) -kognitiivisen suoriutumisen luokitusta, jota verrattiin MMSE- ja psykogeriatriseen riippuvuuden testiin (PDGRS), jossa arvioidaan sekä orientaatiota että käyttäytymistä. Näiden kahden kognitiivisen tilan mittareiden keskinäinen korrelaatio todettiin vahvaksi, lisäksi ne korreloivat MMSE:n ja psykogeriatrisen testin kanssa.

Kognitiivista ja sosiaalista kykyä voidaan arvioida monidimensionaalisen MOSES (Multidimensional Observation Scale) -asteikon avulla, jota ovat kehittäneet Helmes et al. (1987) tutkimuksessaan. Lopullinen 40 osiota käsittävä luokitus koostui itsehoitotoimintojen (BADL) lisäksi kognitiivisesta tilasta, desorientoituneesta, tuskaisesta, ärtyneestä ja vetäytyneestä käytöksestä sekä depressiosta. MOSES -mittari todettiin validiksi ja reliaabeliksi psykogeriatrisilla potilailla. (Helmes et al. 1987) Masennusoireiden tutkimuksessa depression asteen mittaamiseksi käytettiin CES-D (The Center for Epidemiologic Studies-Depression scale) -mittaria (Berkman et al. 1986, Badger 1998). Sosiaalista eristyneisyyttä on tutkittu käyttäen mittareina läheisiä ihmissuhteita sekä päivittäisiä ja viikoittaisia kontakteja (Chappell & Badger 1989).

Iäkkäiden muistin ja kognitiivisen tilan tutkiminen ei ole ongelmatonta, sen menetelmiä voidaan kritisoida, koska niissä ei aina oteta riittävästi huomioon ekologista validiteettia. Toisin sanoen muistia on arvioitu samoilla menetelmillä kuin nuoremmilla, jolloin iäkkäiden ympäristö, koulutus, elämäntapa ja historia sekä persoonallisuus ovat jääneet vaille huomiota. (Horn et al. 1989, Cullum et al. 2001) Tämän lisäksi testien tulisi olla iäkkäälle ymmärrettäviä ja järkevän tuntuksia (Hänninen ym. 1999).

2.3.4 Yhteenveto päivittäisen suoriutumisen käsitteestä ja sen suhteesta toimintakyvyn käsitteeseen

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen tai päivittäisen suoriutumisen käsite on vakiintunut tarkoittamaan erilaisia ADL -toimintoja. Iäkkäiden suoriutumisen arvioinnissa päivittäisistä perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumista kuvataan ja arvioidaan varsin samankaltaisilla käsitteillä ja mittareilla. Toimintakyvyn arviointiin on käytetty usein päivittäisten perustoimintojen (BADL tai ADL) erilaisia luokituksia. Lisäksi on käytetty yleisesti erilaisia välineellisten toimintojen (IADL) luokituksia. Viimeisen kymmenen vuoden aikana on yleistynyt laajempi näkemys päivittäisistä toiminnoista, jolloin niihin katsotaan kuuluvaksi edellä mainittujen lisäksi toimintojen luokka, joka käsittää korkeatasoisia tai kehittyneitä päivittäisen elämisen toimintoja (AADL). Kehittyneitä toimintoja on kuvattu tutkimuksissa monin eri tavoin ja arvioitu harvemmin.

Toimintakyvyn käsite sen sijaan ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä. Toimintakyvyn katsotaan kuuluvan ihmisen hyvinvointiin ja sillä yleisesti tarkoitetaan tietyn hetkistä suoriutumista ja suoriutumisen tasoa, jota kuvataan hyvin monilla eri termeillä. Lähes kaikissa tutkimuksissa päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen kuuluu osana toimintakyvyn käsitteeseen, ja suoriutumisen käsitteeseen sisältyy taas se, että henkilö suoriutuu jokapäiväisistä toiminnoistaan omassa ympäristössään. Päivittäisten toimintojen lisäksi toimintakyvyn käsitteeseen on katsottu kuuluvaksi kognitiivisiin toimintoihin ja

tunnetilaan liittyviä tekijöitä, erilaisia oireita ja vaivoja, sosiaalisia tekijöitä sekä ympäristöön ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Viimeksi mainitut ovat yhteydessä toimintakykyyn, vaikka niitä ei voida mitata toiminnallisilla käsitteillä tai arvioida henkilön käyttäytymisen perusteella. Näin tutkimuksissa toimintakyvyn mittarit toimivat eri dimensioilla; ne sisältävät iäkkään käyttäytymisen arviointia kuin myös ulkopuolista psykologista, lääketieteellistä ja fysiologista mittaamista sekä sosiaalisen tilan arviointia. Toimintakyky voidaan nähdä myös yläkäsitteenä, joka kattaa kehon toiminnot ja sen rakenteet sekä suoritukset ja osallistumisen. Suomalaisessa kirjallisuudessa fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen kykyä suoriutua päivittäisistä perus- ja välineellisistä toiminnoista, joihin katsotaan kuuluvan myös terveydentila ja toiminnan vajavuudet. Tällöin toimintakyky jaotellaan lisäksi psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn tai voidaan vielä erottaa kognitiivinen ja psyykinen toimintakyky toisistaan.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn käsitteet voidaan nähdä myös hierarkkisenä siten, että toimintakyky on yläkäsite. Kuitenkin niitä käytetään usein tutkimuksissa kokonaan tai osittain päällekkäisinä ja toistensa vastineina. Toimintakyvyn arvioinnin tärkeydestä ollaan yksimielisiä, mutta ei terminologiasta. Toimintakyvyn määrittelyn ja mittareiden kirjavuus haittaa keskustelua eri tieteenalojen sisällä ja tieteenalojen välillä (Knight 2000). Vaikka iäkkäiden toimintakyvyn ja suoriutumisen sekä hoidon tehokkuuden ja tulosten arviointiin on jatkuvasti kehitetty uusia teorioita ja käsitejärjestelmiä, edelleenkin ei olla yksimielisiä yhteisesti hyväksytystä koko hoitotiimille soveltuvasta helppokäyttöisestä mittarista ja yhteisestä ammatillisesta kielestä. Tärkeänä pidetään suoriutumisen arviointia, jossa otetaan huomioon kognitio, minkä voidaan ajatella olevan perustana toimintakyvylle (Knight 2000, Cullum et al. 2001). Kansainvälisesti hyväksytyyn ICF -luokituksen odotetaan myös tarjoavan käsitteellistä selkeyttä toimintakyvyn käsitteeseen. Tässä tutkimuksessa luotavan teoreettisen mallin avulla pyritään selventämään käsitteellisesti päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja toimintakyvyn kokonaisuuteen kuuluvia käsitteitä.

2.4 Iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä

2.4.1 Kognitiivisten tekijöiden yhteys päivittäiseen suoriutumiseen ja kognitiiviset tekijät suoriutumisen selittäjinä

Knight'in (2000) kansainvälisiä tutkimuksia koskevan meta-analyysin mukaan kognition tutkimiseen tulisi panostaa enemmän, sillä se on jäänyt liian vähälle huomiolle käsitteellisten epäselvyyksien takia. Erityisen tärkeänä pidetään toimintakykyyn vaikuttavien tekijöiden, kuten heikentyneiden kognitiivisten ja

psykososiaalisten tekijöiden tutkimista (Rubenstein et al. 1989, Ruoppila 2004). Kappaleessa (2.4.1-2) käsitellyt tutkimukset, joissa on kyse iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevista ja sitä selittävästä tekijöistä on esitetty liitteessä 4.

Keskeinen kognitiivisten kykyjen mittari on muisti, jota tutkittaessa on käytetty sekä testeihin että omaan arviointiin perustuvia mittareita. Tutkittaessa muistihäiriöiden määrää sekä ihmisten itsensä ilmaisevana että ulkopuolisen tarkkailijan arvioimina todettiin, että yli 75 -vuotiaat ilmaisevat muistinsa heikentyneen enemmän kuin sitä nuoremmat. Arvio heikentyneestä muistista oli myös yhteydessä heikoksi koettuun terveyteen ja masentuneisuuteen. (Kuikka & Suutama 1993, Johansson et al. 1997, Tabert et al. 2002) Vaikka iäkkäät henkilöt valittivat muistinsa heikentymistä, sen ei todettu kuitenkaan olevan yhteydessä kognitiivisiin kykyihin (Flicker et al. 1993). Tabert et al. (2002) totesivat, että sekä itse arvioitu että tarkkailijan arvioima toimintakyvyn heikkeneminen on suurempaa henkilöillä, joilla on todettu myöhemmin Alzheimerin taudiksi (AD) muuntuva lievä kognitiivinen heikkeneminen (MCI). Tulevaa AD -diagnosia ennusti vahvasti MCI ja tarkkailijoiden tunnistama toimintakyvyn heikkeneminen. Johanssonin et al. (1997) tutkimuksessa erittäin iäkkäillä (the oldest old) todettiin kognitiivisen kyvyn olevan yhteydessä sekä aktuaaliseen että itse raportoituun muistamiskykyyn, mikä saattoi myös ennakoida tulevia muistihäiriöitä ja dementiaa. Kognitiivisesti vajaakykyisillä oli myös selvästi korkeampi kuoleman riski kuin kognitiivisesti parempikuntoisilla (Eagles et al. 1990).

Kognitiivisten toimintojen yhteys päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen ja toimintakykyyn ilmenee monissa tutkimuksissa. Toimintakykyä on tällöin usein arvioitu joko päivittäisen suoriutumisen avulla tai erilaisilla muilla toimintakykyä kuvaavilla mittareilla, mikä vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua. Gruber-Baldinin et al. (2000) tutkimuksessa todettiin yhteydet kognitiivisen tilan ja Katzin ADL- toimintojen luokituksella mitatun toimintakyvyn välillä. Rubenstein et al. (1989) totesivat iäkkäiden toimintakykyä käsittelevässä raportissa kognitiivisen tilan olevan vahvasti yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, jolla tarkoitettiin syömistä, pukeutumista, peseytymistä, liikkumista, raha-asioiden hoitoa ja sukulaisten tapaamista. Näiden toimintojen voidaan katsoa kuuluvan BADL-, IADL- ja AADL- luokkiin. Myös Laukkasen (1998) tutkimuksessa kognitiivisilla toiminnoilla todettiin yhteyttä sekä PADL-että IADL -toimintojen osioihin, ja heikot kognitiiviset kyvyt lisäsivät myös avuntarvetta. Muistisuoritusten, aktiivisen elämäntavan ja koulutuksen välillä todettiin yhteyttä Shichitan et al. (1986) tutkimuksessa. Oletettiin, että intellektuaalinen elämäntapa oli vaikuttanut muistisuorituksiin. AADL -toimintojen sisältö on osin päällekkäinen aktiivisen elämäntavan kanssa, jolloin yhteyttä on mahdollista tarkastella myös toisin päin.

Kognitiivisen tilan on todettu olevan yhteydessä fyysisen suoriutumisen testiin (PPT) ja BADL ja IADL -toimintoihin Rozzinin et al. (1993) tutkimuksessa. Myös kun tutkittiin iäkkäiden muistia ja puhekykyä kognitiivisella testillä, todettiin yhteys huonoista muistisuorituksista terveyden tilan häiriöihin, liikkumisen tasoon ja terveystalvelujen käyttöön (Neadley et al. 1995). Bergaminin et al. tutkimuksessa (2007) todettiin kognitiivisten tekijöiden ja liikkumisen olevan yhteydessä IADL -suoriutumiseen. Kun tutkittiin ADL -toiminnoista itsenäisesti suoriutuvia ja apua tarvitsevia, todettiin kognitiivisen vajeen ja depressiivisten oireiden olevan riskitekijöitä ADL- suoriutumisen heikkenemiseen itsenäisesti suoriutuvilla, mutta apua tarvitsevilla vain kognitiivinen vaje oli riskitekijä suoriutumisen heikkenemiselle (Mehta et al. 2002). Kuolleisuuden ennustajia kodissa asuvilla iäkkäillä olivat ADL -toiminnoissa riippuvuus avustajista ja kognitiivinen vajavuus. Johtopäätöksenä todettiin, että päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen tilan arviointi on oleellista iäkkään terveysarviossa, sen avulla voidaan arvioida tilannetta ja kohdentaa interventiot asianmukaisesti. (Ramos et al. 2001)

Aartsenin et al. (2002) tutkimuksessa verrattaessa sosiaalisista, kokemusperäisistä ja kehittymiseen kuuluvista päivittäisistä aktiviteeteista suoriutumisen yhteyttä neljään erilaiseen kognitiiviseen toimintoon ja yhteen yleiseen kognitiivisen toiminnan osoittimeen (MMSE) todettiin, ettei yksikään näistä aktiviteeteista näyttänyt parantavan kognitiivisia toimintoja, kun ikä, sukupuoli, koulutustaso ja terveys oli kontrolloitu. Sen sijaan yksi kognitiivisen toiminnon mittari -informaation prosessointinopeus näytti olevan positiivisesti yhteydessä kehittämisaktiviteetteihin. Todettiin myös, että sosioekonominen tila, johon aktiviteetit olivat tiukasti yhteydessä, tuki kognitiivisista toiminnoista suoriutumista. (Aartsen et al. 2002) Tässä tutkimuksessa sosiaaliset, kokemusperäiset ja kehittymistoiminnot olivat käsitteellisesti hyvin lähellä AADL -toimintoja.

2.4.2 Mielialan ja muiden terveydentilan tekijöiden yhteys päivittäiseen suoriutumiseen ja nämä tekijät suoriutumisen selittäjinä

Masentuneisuudella näyttäisi olevan yhteyttä päivittäiseen suoriutumiseen. Se kuinka merkittävää suoriutumisen ja masentuneisuuden yhteys on, riippuu tutkimusasetelmasta ja valituista muuttujista. Tässä tarkastellaan lähinnä masennuksen yhteyttä päivittäiseen suoriutumiseen ja masennusta suoriutumisen selittäjänä, mutta tuodaan myös esiin tutkimustuloksissa esiintyviä muita yhteyksiä.

Masennusoireita todettiin ilmenevän huomattavasti enemmän henkilöillä, joilla oli heikompi ADL -toiminnoilla mitattu toimintakyky kuin toimintakykyisillä henkilöillä. Toimintakyvyttömyys oli merkittävästi yhteydessä kaikkiin masentuneisuuden oireisiin eikä vain somaattisiin. (Berkman

et al. 1986) Depression todettiin olevan merkitsevästi yhteydessä sekä IADL - että BADL -suoriutumiseen laajaan geriatriseen arviointiin osallistuneilla iäkkäillä. Tutkimuksessa todettiin, että IADL -suoriutumiseen olivat yhteydessä tasapainohäiriöt, turvaton kotiympäristö ja koronaaritauti ja BADL -suoriutumiseen taas virtsanpidätyskyvyttömyys, hypertensio ja tasapainohäiriöt. (Cho et al. 1998) Myös Laukkasen (1998) tutkimuksessa todettiin yhteys depressiivisten oireiden sekä PADL- että IADL -toimintojen osioiden välillä, ja Lammin et al. (1989) tutkimuksessa iäkkäillä miehillä todettiin yhteys toimintakyvyn ja depression ilmenemisen välillä. Kun taas Pahkalan & Kivelän (1991) tutkimuksessa todettiin sekä naisten että miesten depression olevan yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen, lääkärin arvioimaan huonoon terveydentilaan ja alentuneeseen toimintakykyyn. Edelleen on todettu fyysisen ja sosiaalisen toimintakyvyn, jolla tarkoitettiin syömistä, pukeutumista, peseytymistä, liikkumista, raha-asoiden hoitoa ja sukulaisten tapaamista, olevan kognitiivisen vajeen lisäksi vahvasti yhteydessä depression (Rubenstein et al. 1989). Badger (1998) totesi myös merkitsevän yhteyden depression ja heikon fyysisen terveyden välillä. Johanssonin et al. (1997) tutkimuksen tulosten mukaan erittäin iäkkäillä (the oldest old) masentuneisuus oli yhteydessä sekä aktuaaliseen että itse raportoituun muistamiskykyyn.

Helmes et al. (1987) tutkivat psykogeriatrinen iäkkäiden potilaiden toimintakykyä ja kognitiivista sekä psykososiaalista selviytymistä. Tuloksena todettiin itsehoito-osion ja desorientaatio-osion välillä vahva yhteys; sekavuuden ja emotionaalisten häiriöiden lisääntyessä vähenivät itsehoitotaidot. Myös Valvanteen (1993) tutkimuksessa älyllissosiaalisen suorituskyvyn heikentymistä ennakoivat mielialan lasku. Samoin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, ekonomisen tilan ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen välillä todettiin yhteys Krachin et al. (1996) tutkimuksessa, ja ADL- toimintojen ja mielenterveyden välillä sekä ADL -toimintojen ja fyysisen terveyden välillä todettiin korkeat korrelaatioarvot Pfeifferin et al. (1981, 1989) tutkimuksissa. Edelleen Rozzinin et al. tutkimuksessa (1993) on todettu tunnetilan olevan yhteydessä BADL ja IADL -toimintoihin. Voimakas yhteys perustoimintojen ja lääketieteellisten, fyysisten, psykologisten ja sosioekonomisten tekijöiden välillä todettiin tutkimuksessa, jossa testattiin toimintakyvyn ja inhimillisten toimintojen arviointimittaria (Katz ja Stroud 1989). Whittle & Goldenberg (1996) tutkivat toiminnallisen terveydentilan yhteyttä välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen. Todettiin, että IADL -toimintoihin oli yhteydessä sosiaalinen toiminta, käsitys terveydestä, fyysinen toiminta siten, että kun toiminnallinen terveydentila heikkenee, niin IADL -riippuvuus lisääntyy. Sen sijaan tässä tutkimuksessa ei havaittu IADL -toiminnoista yhteyttä mielenterveyteen ja tunne-elämän hyvinvointiin. (Whittle & Goldenberg 1996)

Chappell & Badger (1989) tutkivat sosiaalisen eristyneisyyden ja hyvän olon tunteen yhteyksiä iäkkäillä. Tuloksina todettiin, että sosiaalisen eristyneisyyden mittarit eivät olleet yhteydessä onnellisuuteen ja elämään tyytyväisyyteen, ja että

toimintakyky ennusti vahvimmin hyvänolon tunnetta ja elämään tyytyväisyyttä. Sosiaalinen eristyneisyys kuvaa pitkälti AADL -toimintojen käänteistä puolta ja onnellisuus taas depression kääntöpuolta. Kun tutkittiin persoonallisuuden, fyysisen terveydentilan, perheen ja sosiaalisten tekijöiden yhteyttä itsenäiseen suoriutumisen tasoon (FIL), joka muodostui fyysisten ja psyykkisten toimintojen kokonaisuudesta, niin todettiin, että elämään tyytyväisyydellä oli yhteys fyysiseen ja kokonais -FIL:iin ja itsearvioidulla terveydentilalla, fyysisellä toimintakyvyllä, sairauksien lukumäärällä oli merkitsevä yhteys sekä fyysiseen että psyykkiseen FIL:iin (Yu 1995). Masentuneilla todettiin enemmän fyysistä vajaakykyisyyttä, vähemmän sosiaalisia resursseja, vähentynyt taloudellisen hyvinvoinnin tunne ja vähentynyt toimintakyky. Hallinnan kyvyn (mastery), fyysisen terveyden vajeiden ja sosiaalisen tuen todettiin olevan merkittävimmät ennustajat toimintakykyisyydelle. Hallinnan kykyä pidettiin merkittävämpänä erityisenä voimavarana, jota on mahdollista lisätä erilaisten interventioiden avulla. (Badger & Collins-Joyce 2000)

Depressiolla on todettu yhteyksiä toimintakykyyn myös Alzheimerin tautia sairastavilla. Pearsonin et al. (1989) tutkimuksessa Alzheimer (DAT) -potilailla todettiin depression yhteys toimintakyvyn heikkenemiseen, jota mitattiin päivittäisen elämisen välineellisistä toiminnoista suoriutumisella. Kognitiivinen tila arvioitiin MMSE -mittarilla. Tuloksena todettiin, että kun kognitiivinen tila kontrolloitiin, depressio-diagnoosilla näytti olevan päävaikutus toiminnalliseen heikkenemiseen.

Aktiivisten liikuntaharrastusten on todettu olevan yhteydessä terveydentilaan, psyykkiseen terveyteen ja kehittyneisiin sosiaalisiin päivittäisiin toimintoihin (AADL) (Reuben et al. 1990). Koska AADL -toiminnot ovat myös fyysistä aktiivisuutta vaativia kuten liikunta, on oletettavissa, että niillä on yhteys mielialaan ja depressioniin. Välineellisten päivittäisten toimintojen (IADL) ja toimintakyvyn sekä fyysisen ja psyykkisen terveyden välillä on todettu voimakas yhteys (Fillenbaum 1985).

Iäkkäillä kuolleisuuden ennustajat ovat osin samoja kuin suoriutumista heikentävät tekijät. Kun tutkittiin kuolleisuuden ennustajia kodissa asuvilla iäkkäillä, niin Ramosin et al. (2001) tutkimuksessa sitä ennusti sukupuoli, ikä, sairaalassa olo viimeisen kuuden kuukauden aikana, riippuvuus ADL -toiminnoissa ja kognitiivinen vajavuus (MMSE), lisäksi masentuneisuus, virtsanpidätyskyvyttömyys, sairauksista halvaus ja oma arvio terveydentilasta. Kuolleisuutta ennusti taas Jylhän & Hervosen (1999) tutkimuksessa vuoteeseen sidottuna oleminen, kyvyttömyys käydä ostoksilla, lukea sanomalehtiä ja säännöllinen avun tarve. Tärkein kuolleisuuden ennustaja oli huono suoriutuminen ADL -toiminnoista. Laitoshoitoon joutumista ennusti heikko ADL -suoriutuminen, heikentyneet kognitiiviset toiminnot ja depressio (Karppi & Tilvis 1997).

Erilaisista oireista virtsanpidätyskyvyttömyys ilmeni oireena joissain tutkimuksissa. Kun tutkittiin siitä kärsivien riskiä kuolla, todettiin sen olevan suurempi, mutta terveyteen ja toimintakykyyn suhteutettuna riski kuolla pieneni. Todettiin, että yhteys on ymmärrettävä iäkkäiden lisääntyvän heikkokuntoisuuden pohjalta. (Johnson et al. 2000) Rubenstein et al. (1989) taas totesivat, että fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn olivat depression ja kognitiivisen tilan lisäksi vahvasti yhteydessä kipuoireet ja pidätyskyvyttömyys. Morrisin et al. (1992) tutkimuksessa pidätyskyvyttömyyden todettiin olevan yhteydessä heikkoon kognitiiviseen kykyyn, depression ja ADL -suoriutumiseen. Rozzinin et al. (1993) tutkimuksessa ikä ja lääkkeiden määrä olivat yhteydessä BADL ja IADL -toimintoihin. Kivun ja mitatun kyvyttömyyden (ADL, IADL) välillä ei havaittu yhteyttä, mutta kivun ja toimintakykyisyyden mittareiden välillä todettiin yhteys (Ross & Crook 1998). Jatkuva riippumattomuutta päivittäisestä suoriutumisesta ennusti ikä, miessukupuoli, sairauksien vähäisyys, hyvä fyysinen toimintakyky, tupakoimattomuus sekä ”selviää itse, eikä odota lasten apua” -asenteet (Ford et al. 2000).

Koyanon et al. (1988) tutkimuksessa tarkasteltiin välineellisiin toimintoihin yhteydessä olevia tekijöitä. Kyvyttömyyden todettiin lisääntyvän iän myötä sekä miehillä että naisilla, ja se oli suurempaa naisilla kuin miehillä, myös erot sukupuolten välillä lisääntyivät iän mukana. Aterioiden valmistuksessa miehet, erityisesti yli 75 -vuotiaat olivat kyvyttömämpiä kuin naiset, jotka taas olivat kyvyttömämpiä kulkuvälineiden käytössä. (Koyano et al. 1988) Lisäksi on todettu toimintakyvyttömyyden vaihtelevan iän, sosiaaliluokan, koulutuksen ja asumismuodon mukaan (Grundy & Glaser 2000). Toimintakyvyn rajoitukset lisääntyivät iän myötä, ja sosiaaliluokan todettiin erottelevan vanhojen ihmisten terveydentilaa ja toimintakykyä paremmin kuin siviilisäädyn ja kaupungistumisasteen (Rahkonen & Takala 1997). Edelleen todettiin, että keskimääräinen heikkeneminen fyysisissä toiminnoissa oli yhteydessä ikään; heikkeneminen lisääntyi iän myötä. Yksilöllistä variaatiota esiintyi paljon, pieni osa tutkituista koki fyysisissä kyvyissä paranemista. Naiset kokivat enemmän heikkenemistä fyysisissä toiminnoissa kuin miehet, ja olivat vähemmän halukkaita tervehtymään. (Beckett et al. 1996)

2.4.3 Yhteenvedo päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevista tekijöistä

Aiemmista tutkimuksista ei ole kovin helppo tehdä johtopäätöksiä, koska toimintakykyä ja muita siihen liittyviä tekijöitä on tutkittu hyvin erilaisilla tutkimusasetelmilla ja muuttujilla. Kuitenkin kognitiiviset toiminnot näyttävät olevan merkittävimmät selittäjät päivittäiselle suoriutumiselle. Aikaisempien tutkimusten mukaan kognitiiviset toiminnot ovat yhteydessä tai selittävät sekä BADL-, IADL että AADL -suoriutumista siten, että hyvän kognitiivisen tason

omaavat suoriutuvat paremmin. Heikentyneestä muistista on todettu yhteyttä myös huonoon terveyteen ja liikkumiseen, masentuneisuuteen ja avun tarpeeseen. Muistin heikkenemisen on todettu liittyvän myös myöhemmin todettavaan Alzheimerin tautiin. Erityisesti apua tarvitsevilla heikentynyt muisti on riskitekijä suoriutumisen heikkenemiseen. Tutkimuksissa on todettu useista masentuneisuuden oireista yhteys erityisesti BADL- ja IADL -suoriutumiseen, lisäksi on todettu yhteyksiä huonoksi koettuun terveyteen ja lääkärin määrittämään terveydentilaan. Edelleen emotionaalisten häiriöiden ja sekavuuden todettiin olevan yhteydessä itsehoitokykyyn. Toimintakyvyn on todettu ennustavan myös hyvänolon tunnetta ja elämään tyytyväisyyttä, jonka todettiin olevan yhteydessä itsenäisen suoriutumisen tasoon. Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa ei ole todettu yhteyttä mielenterveyden ja tunne-elämän hyvinvoinnin ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen välillä. Kognitiivisten tekijöiden ja masentuneisuuden lisäksi päivittäiseen suoriutumiseen havaittiin yhteyksiä sosiaalisista tekijöistä. Joistain oireista kuten virtsanpidätyskyvyttömyydestä ja kipuoireista sekä myös iästä, sukupuolesta ja käytettyjen lääkkeiden määrästä on todettu yhteys toimintakykyyn. Toimintakykyä ennusti myös ”hallinnan kyky” ja asenne selviytymiseen.

Iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumista käsittelevä tutkimuskirjallisuus ei tuota yksiselitteistä kuvaa iäkkäiden suoriutumisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin päätellä, että päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen tilan arviointi on keskeistä iäkkään terveysarviossa. Tässä tutkimuksessa rakennettavassa teoreettisessa mallissa kuvataan toimintakyvyn kokonaisuudesta päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen osuutta ja keskeisten toimintakyvyn osatekijöiden yhteyttä suoriutumiseen.

2.5 Iäkkäiden oma käsitys ja kokemukset päivittäisestä suoriutumisestaan

2.5.1 Iäkkäiden omia kokemuksia käsitteleviä tutkimuksia

Useimmiten ulkopuoliseen arviointiin perustuvissa edellä kuvatuissa tutkimuksissa on käytetty valmiita luokitteluja ja mittareita, joiden avulla iäkkäiden päivittäistä suoriutumista on arvioitu. Tässä kappaleessa tarkastellaan tutkimuksia, joissa päivittäistä suoriutumista on lähestytty iäkkään omasta näkökulmasta ja omana kokemuksena. Tällöin tutkimukset ovat useimmiten kvalitatiivisia, ja niissä suoriutumista kuvataan iäkkäiden itsensä käyttämien ilmaisujen ja käsitteiden avulla. Näitä tutkimuksia on kuvattu liitteessä 5.

Verrattaessa ulkopuolista arviointia ja iäkkään omaa arviota toimintakyvystään tai terveydentilastaan on todettu, että oma arvio on joko

parempi tai samankaltainen kuin ulkopuolinen arviointi (Brach et al. 2002, Edwards 1990). Iäkkäiden itse arvioidulla toimintakykyisyydellä ja terveydellä todettiin olevan merkitsevä yhteys riskiin kuolla (Bernard et al. 1997). Myös iäkkäiden yli 65-vuotiaiden itse arvioitu terveys oli yhteydessä päivittäisiin IADL -toimintoihin, ja myös Barthel -mittarin toimintoihin (Valderrama-Gama et al. 2000). Iäkkäiden selviytymisen toiminnan rajoitteiden kanssa on todettu olevan asteittainen yksilöllinen muutosprosessi, kun sairaudet ja toimintarajoitteet lisäävät vaikeuksia suoriutumisessa. Päivittäisiä toimintoja kompensoidaan joko aktiivisilla tai passiivisilla strategioilla. Toimintakyvyn rajoitteet huomataan ensin sosiaalisessa osallistumisessa ja vapaa-ajan aktiviteeteissa, jotka vaatisivat hoitotyössä erityistä huomiota. (Helin 2000)

Tutkimuksista heijastuu erityisesti iäkkäiden sosiaalisen elämän, asenteiden ja elämänkokemusten merkitys. Junttilan ym. (2002) tutkimuksessa osoitettiin, että vanhukset tuntevat voivansa varsin hyvin, vaikka heillä on runsaasti lääketieteellisillä mittareilla mitattuja erilaisia vaivoja ja sairauksia. Hyvin iäkkäiden omien positiivisten terveystietojen selittäjiä olivat ikä, hyvä ja keskimääräinen toimintakyky (PADL, IADL), pieni haittaavien sairauksien lukumäärä, aktiivinen sosiaalinen osallistuminen ja tyytyväisyys elämään. Tulosten pohjalta arvioitiin, että iäkkäät ovat pyrkineet rakentamaan ehyen suhteen maailmaan ja omaan elämänsuuntaansa. He ovat asettaneet arvonsa uuteen tärkeysjärjestykseen ja osaavat arvostaa jäljellä olevaa toimintakykyä. Tämä kertoo iäkkäiden myönteisestä elämänsuuntauksesta ja voimavaroista. Iäkkäillä vaikuttaa olevan varsin hyvä suhteellisuuden taju, he ymmärtävät tilanteensa ja tuntevat jaksavansa sen mukaan. Näin ollen heidän omaa kokemustaan toimintakyvystä ja terveydentilasta voidaan pitää oleellisena. (Junttila ym. 2002) Edelleen sosiaalisen osallistumisen, hyvän liikuntakyvyn ja vähäisten depression oireiden todettiin olevan eläkeikäisillä yhteydessä uskonnolliseen osallistumiseen. Tällöin pääteltiin, että uskonnollinen osallistuminen tukee terveellisiä elämäntapoja ja liittyy muuhun sosiaaliseen osallistumiseen. (Teinonen ym. 2002) Vanhusten kotona selviytymisen on myös todettu muodostuvan sosiaalisista kontakteista, päivittäisistä tapahtumista ja aikaisemmista elämän kokemuksista. Aikaisemmat elämän kokemukset taas koostuivat kokemusten järjestämisestä muistelemalla ja niiden merkityksestä omassa elämässä. Sosiaaliset kontaktit muodostuivat perheestä, naapuruussuhteista ja terveyspalvelujärjestelmästä. Päivittäisiin tapahtumiin elämän sisältönä kuuluivat osallistuminen päivittäisen elämän toimintoihin. Kotona selviytymistä edisti terveydentila, hyvän olon kokemus ja turvallisuus. (Pietilä & Tervo 1998)

Iäkkäiden päivittäisessä suoriutumisessa on kyse itsestä huolenpidosta, jota Backman (2001) on tarkastellut tutkimuksessaan. Siinä eroteltiin erilaisia itsestä huolenpidon tyyppisiä, ja todettiin, että toimintakyky, elämään tyytyväisyys ja itsearvostus vaihtelivat eri tavoin itsestään huolehtivilla. Paras toimintakyky oli omapäisesti itsestään huolehtivilla ja heikoin luovuttaneilla.

Elämänhistoriallisessa tarkastelussa nousivat esiin yksilölliset tekijät; elämän taitekohtien luonne, reagoitintapa, voimavarat, itsestä huolenpidon merkitys ja vanhenemisen kokemus. (Backman 2001, Backman ym. 2001) Päivittäistä suoriutumista on tarkasteltu myös murtumisen ja pärjäämisen kokemuksia ja laitoshoidossa selviytymistä selittävien tekijöiden avulla. Noreksen (1993) tutkimuksessa löydettiin 12 tekijää, jotka selittivät vanhuspotilaan selviytymistä. Näiden tekijöiden todettiin liittyvän arkielämän sisältöön, vuorovaikutukseen sekä elämisen tarkoituksellisuuden kokemiseen, kuten saada olla oma itsensä, saada olla pidetty ja hyväksyty, saada tukea sekä päiväohjelman riittävyys. (Nores 1993)

Iäkkäiden henkilöiden elämän tarkoituksellisuuden kokemisen on todettu olevan laaja-alaisesti yhteydessä parempaan psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Elämän tarkoituksellisuuden kannalta merkittäviä tekijöitä tutkimuksen mukaan olivat kestävien ja antoisien ihmissuhteiden löytäminen ja ylläpitäminen sekä sellaiset aktiviteetit, jotka ylläpitävät terveyttä, sosiaalisia suhteita sekä mielen vireyttä. Elämä on mahdollista kokea tarkoitukselliseksi, vaikka toimintakyky olisi heikko. Elämän tarkoituksellisuuden sisällön todettiin olevan yhteydessä kognitiiviseen kyvykkyyteen. (Takkinen 2000)

Elämän tarkoituksellisuuden kokemisen lisäksi tutkimuksista ilmenee elämään tyytyväisyys ja elämänhallinta. Elämään tyytyväisyyteen todettiin olevan positiivinen yhteys puolisoilla, lapsilla, työllä ja suvun sosiaalisella tuella. Elämänhallintaan, jolla tarkoitettiin kontrollia, ymmärrettävyyttä ja tarkoituksellisuutta, oli yhteydessä 55 vuotta täyttäneillä työ, siviilisääty, selviytyminen aikaisemmista kriiseistä, avoimuus sekä työyhteisön ja lasten sosiaalinen tuki. Hyvään tai keskinkertaiseen terveydentilaan oli samassa ikäryhmässä yhteydessä naimisissa olo, koulutus, työ, estrogeenien käyttö, kroonisten sairauksien puuttuminen, työyhteisön sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja toimeentulo. (Peltonen 1994) Samoin koetulla terveydentilalla todettiin olevan yhteys subjektiiviseen hyvinvointiin. Hyvä elämänhallinnan tunne lisäsi tyytyväisyyttä elämään, ja sillä oli myös yhteyttä itsenäiseen selviytymiseen. (Vaarama & Kaitsaari 2002) Foldenin (1990) tutkimuksen mukaan iäkkäillä kotiin sidottuna oleminen merkitsi henkilökohtaisen hallinnan, riippumattomuuden, sosiaalisten verkostojen ja taloudellisen riippumattomuuden menetystä. Roos (1987) on tutkinut elämänkerroista elämäntavan ulottuvuuksia, joiksi tunnistettiin elämän hallinta, perustavat elämäkokemukset, julkisen ja yksityisen erottelu ja keskeinen elämäalue.

Toimintakyky ja toiminnallinen itsenäisyys voidaan nähdä keskeisenä elämänlaadun tekijänä (Devons 2002). Iäkkäiden elämänlaatua on tutkittu useimmiten omana kokemuksena. Tutkimuksissa on havaittu, että siihen ovat yhteydessä valitetut vaivat, ikä, rajoittunut kyky olla ja asua yksin (Hellström & Hallberg 2001). Iäkkäiden elämänlaatua on käsitteellistetty tutkimuksella, jossa

luotiin malli elämänlaadun ennustajista. Näitä olivat: sosiaalinen jakaminen ja odotukset, persoonalliset ja psykologiset luonnehdinnat, terveys ja toiminnallinen tila, henkilökohtainen sekä naapuruston sosiaalinen pääoma. (Bowling et al. 2002) Elämänlaatua on myös tarkasteltu sen negaatioilla, kuten kyvyttömyyden, riippuvuuden, epämukavuuden, ahdistuksen, häiriöiden tai erilaisten oireiden avulla (Livingston et al. 1998). Lisäksi tutkittaessa elämänlaatua todettiin fyysisen hyvinolon osioiden olevan yhteydessä ADL -riippuvuuteen, ja vielä voimakkaammin objektiivisesti tarkasteltuun taloudenhoitoon (Iwarsson & Isacsson 1997). Kun tutkittiin terveysongelmien koettua haittaa suhteessa toimintakykyisyyteen, todettiin haittaa kokeneilla olleen vähemmän auttajia, matalampi elämään tyytyväisyys ja itsetunto. Haitan kokeminen näytti merkitsevän eri asioita riippuen ADL -kapasiteetista. (Fagerström et al. 2007)

2.5.2 Yhteenveto iäkkäiden omista näkemyksistä ja kokemuksista

Iäkkäiden oman käsityksen terveydentilastaan ja päivittäisestä suoriutumisestaan on todettu joissain tutkimuksissa näyttäytyvän parempana kuin ulkopuolisesti arvioitu terveydentila tai toimintakyky. Toisaalta osassa tutkimuksia todetaan, että arvioinnit ovat jokseenkin yhtäpitäviä. Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen tutkimuksissa on jäänyt vähemmälle iäkkäiden omien käsitysten ja kokemusten tutkiminen, joka tarjoaa hoitotyölle keskeisen lähtökohdan. Kuvatuissa tutkimuksissa ilmenee merkittävästi elämän tarkoituksellisuuden kokeminen, sosiaaliset kontaktit, sosiaalinen osallistuminen, aikaisemmat elämän kokemukset sekä elämänhallinta. Iäkkäät osaavat myös arvostaa jäljellä olevaa toimintakykyään. Yksilöllisyyden ilmeneminen muutosprosessissa todetaan tärkeäksi. Iäkkäiden positiivisten terveysarvioiden taustalla on tyytyväisyys elämään, ehyt suhde maailmaan ja elämän kulkuun, myönteiset asenteet ja voimavarat. Kotona selviytymistä on todettu edistävän elämän kokemukset ja niiden järjestely muistelemalla sekä sosiaaliset kontaktit. Päivittäisessä suoriutumisessa on kyse itsestä huolenpidosta. Elämän tarkoituksellisuuden todettiin olevan yhteydessä myös kognitiiviseen kyvykkyyteen. Hyvä elämänhallinnan tunne lisäsi tyytyväisyyttä elämään, ja sillä oli myös yhteyttä itsenäiseen selviytymiseen. Elämän laadun tutkimuksissa on todettu sen olevan yhteydessä päivittäisistä toimista suoriutumiseen. Luotavassa teoreettisessa mallissa esitetään myös iäkkäiden itsensä kuvaamien kokemusten osuus päivittäisessä suoriutumisessa.

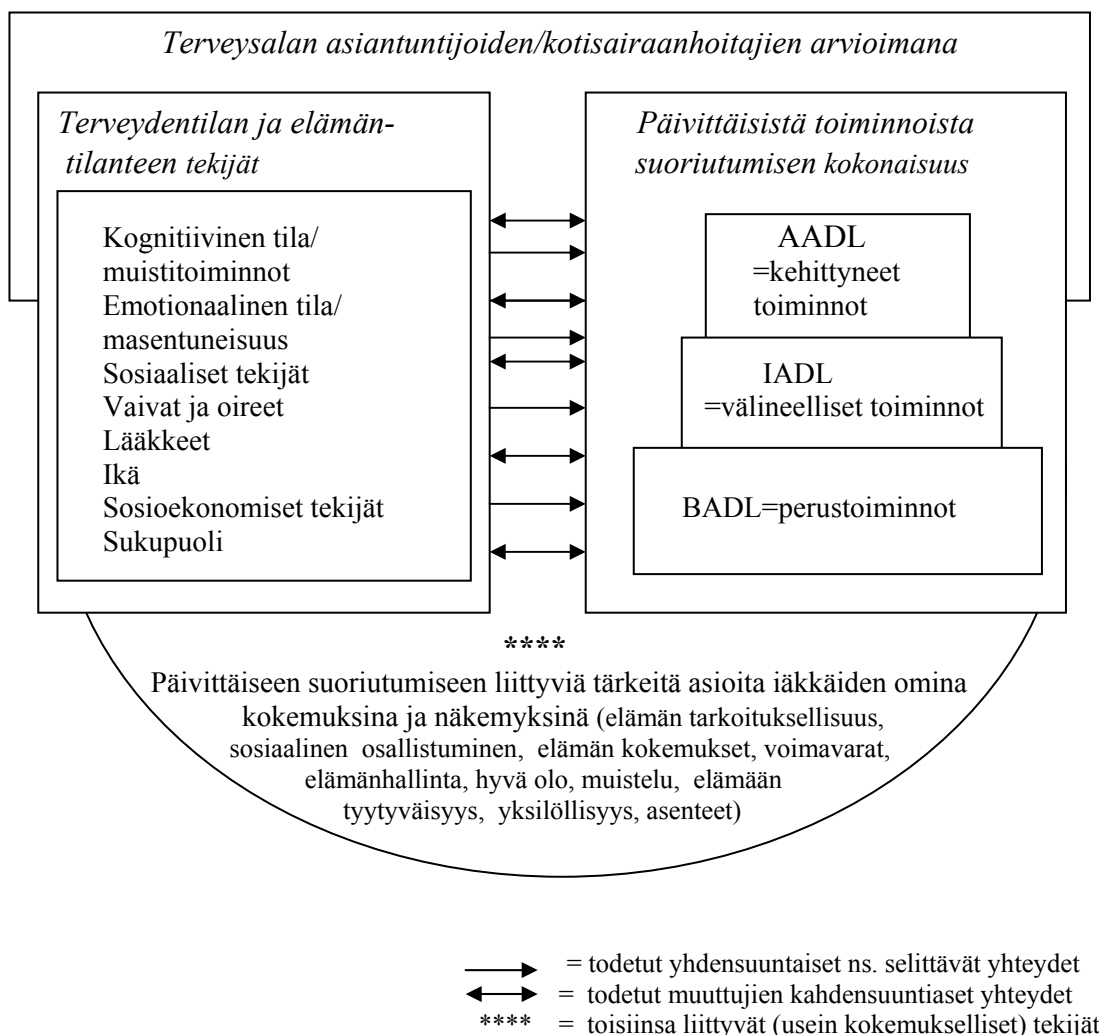
2.6 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Päivittäisen elämisen toiminnoista suoriutuminen jaotellaan useimmiten perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen sekä joskus lisäksi kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen.

Toimintakyvyn katsotaan kuuluvan ihmisen hyvinvointiin ja sillä tarkoitetaan tietyn hetkistä suoriutumista ja suoriutumisen tasoa. Toimintakyky on määritetty näin tarkoittavan kykyä suoriutua itsenäisesti päivittäisiin toimintoihin liittyvistä tehtävistä mukaan lukien mielialatekijät ja kognitiiviset toiminnot, lisäksi käsitteeseen katsotaan kuuluvan oireita ja vaivoja, sosiaalisia tekijöitä sekä ympäristöön ja elämänlaatuun kuuluvia tekijöitä. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn käsitteet voidaan nähdä hierarkkisena siten, että toimintakyky on yläkäsite, joka kattaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen.

Aikaisempien tutkimusten mukaan kognitiiviset toiminnot ja erityisesti muistitoiminnot ovat yhteydessä tai selittävät eritasoisista päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Masentuneisuuden oireista on myös todettu yhteys päivittäiseen suoriutumiseen. Lisäksi siihen on havaittu yhteyksiä sosiaalisista tekijöistä, sosioekonomisesta tilasta, joistain oireista kuten virtsanpidätyskyvyttömyydestä ja kipuoireista sekä myös iästä ja sukupuolesta. Tutkimuksissa ilmenee myös elämän tarkoituksellisuuden kokeminen, sosiaalinen osallistuminen, elämään tyytyväisyys, myönteinen asenne sekä elämänhallinta. Kotona selviytymistä on todettu edistävän kokemusten muistelu ja sosiaaliset kontaktit. Elämän tarkoituksellisuuden todettiin olevan yhteydessä myös kognitiiviseen kyvykkyyteen. Hyvä elämänhallinnan tunne ja elämänlaatu lisäävät tyytyväisyyttä elämään, ja ovat yhteydessä päivittäiseen suoriutumiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa esiintyneet keskeisimmät käsitteet ja keskeisimmät tekijät on valittu tämän tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen, joka on kuvattu kuviona (kuva 1).

Tutkimuksissa on käytetty erilaisia lähestymistapoja tutkittaessa iäkkäiden suoriutumista. Perinteinen iäkkäisiin kohdistuvan tutkimuksen lähestymistapa on ollut strukturoidun arviointilomakkeen avulla tapahtuva usein ulkopuoliseen tarkasteluun pohjaava aineiston keruu ja kvantitatiivinen analyysi. Toinen lähestymistapa on kvalitatiivinen, jossa lähtökohtana on iäkkään oma näkemys suoriutumisestaan, ja usein induktiivinen analyysi. Käsitteistö, tutkimusongelmien ja -tulosten painotus on ollut hyvin erilainen. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa keskeisenä on päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen ja toimintakyky, ja siihen liittyen erilaiset tekijät, jotka ovat yhteydessä ja selittävät suoriutumista. Kyky toimia nähdään henkilön omana toimintana, jolloin on kyse iäkkään käyttäytymisestä, kun taas erilaisia kognitiivisia, emotionaalista ja muita tekijöitä arvioidaan kyseisen ominaisuuden mittaamiseen soveltuvin gerontologian piirissä kehitettyjen menetelmien avulla. Sen sijaan kvalitatiivista aineistoa ja analyysiä on käytetty usein tutkimuksissa, joissa kuvataan elämänlaatua, elämänhallintaa ja merkityksellisyyden kokemuksia. Tutkimusten kohteena ovat olleet iäkkäiden omat kokemukset toiminnastaan heidän omasta näkökulmastaan ja siihen liittyvistä tekijöistä.



Kuva 1. *Iäkkäiden kotisairaanhoidoasiakkaiden ja kotona asuvien muiden iäkkäiden suoriutumiseen yhteydessä olevia, selittäviä ja liittyviä tekijöitä tutkimusten mukaan*

Tutkimusten tarkastelu osoittaa, että samaa teemaa on harvoin lähestytty erilaisilla metodeilla niitä yhdistäen, mikä tarjoaisi ongelman ratkaisuun moniäänisyyttä. Oleellista henkilön avuntarpeen kannalta on, miten hänen toimintakykynsä on heikentynyt, ei ensisijaisesti se, onko hänellä todettu jokin pitkäaikaissairaus. Asiakas toimii yhtenä ehyenä kokonaisuutena, minkä tulisi olla auttamisen lähtökohtana siten, että iäkäs ihminen ymmärtää oman tilansa ja toimintansa ja motivoituu myös pitämään huolta itsestään.

Tässä tutkimuksessa rakennetaan teoreettinen malli kahden empiirisen tutkimusaineiston pohjalta kahdesta näkökulmasta. Toinen näkökulma on kotisairaanhoidajien arviointien tuottama päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen näkökulma, joka perustuu aikaisempien tutkimusten viitekehykseen ja jossa tarkastellaan erilaisten terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöiden yhteyksiä päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Toinen

näkökulma on iäkkäiden itsensä kuvaama suoriutumisen ja siihen liittyvien tekijöiden näkökulma, jossa käytetään henkilön itse tuottamaa käsitteistöä. Hoidon asiantuntijoiden ja iäkkäiden itsensä näkemysten yhdistäminen on tarpeen, jotta iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kotona voitaisiin edistää tarkoituksenmukaisesti. Mallin rakentaminen vaatii uudenlaista tutkimusotetta, joka mahdollistaa näkökulmien yhdistämisen.

3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on rakentaa empiriaan perustuva teoreettinen malli iäkkäiden päivittäiselle suoriutumiselle. Mallin perustana on sekä iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät kotisairaanhoidajien arvioimana että päivittäinen suoriutuminen ja siihen liittyvät tekijät iäkkäiden itsensä kokemina.

Mallissa pyritään yhdistämään käsitteellisesti sekä hoitoa antavien asiantuntijoiden että iäkkäiden itsensä näkökulmat. Tavoitteena on luoda malli, jota voidaan hyödyntää iäkkäiden hoitotyössä hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa, hoitotyön opetuksessa ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa.

Tutkimustehtävät:

1. Kuvata iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumista kotona ja erilaisten taustatekijöiden yhteyksiä suoriutumiseen kotisairaanhoidajien arvioimana
2. Kuvata iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kotona ja siinä tärkeitä tekijöitä heidän omana kokemuksenaan
3. Muodostaa iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettinen malli kahden eri aineiston pohjalta

4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodologinen perusta

Metodologiset lähtökohdat ja menetelmien valinta

Hoitotieteen tutkimuskohteena ovat ensisijaisesti ihmisen elämänprosessia, hyvinvointia terveenä ja sairaana sekä ihmisen ja terveyden välistä suhdetta määräävät periaatteet ja lait (Gunter 1997, Leino-Kilpi 1997, Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, Newman 2002). Hoitotieteessä on korostettu iäkkäiden tutkimuksessa holistisuuden, elämisen laadun, omien kokemusten ja ympäristön merkitystä sekä myös monimutkaisia ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä huomioon ottavaa näkemystä. Ihmistä tutkitaan hänen omista lähtökohdistaan, jolloin yksilön kokemukset nähdään ainutlaatuisina ja todellisuus moninaisena sekä kontekstisidonnaisena. (Åstedt-Kurki & Heikkinen 1994, Ford-Gilboe et al. 1995, Gunter 1997, Monti & Tingen 1999, Cobb & Forbes 2002, Lauri & Kyngäs 2005). Tutkimusmenetelmät rajoittuvat aina tietynlaisen todellisuuden kuvaamiseen ja tavoittavat tutkittavasta asiasta vain sen, mikä kullakin metodilla on mahdollista (Bourdieu 1987, Ford-Gilboe et al. 1995, Perttula 1995, Bailey 1997, Niiniluoto 1997, Berman et al. 1998, Raunio 1999). Tässä tutkimuksessa menetelmien valinnassa oleellista oli se, miten saavutetaan parhaiten tutkimustavoitteet.

Tämän tutkimuksen tavoitteita ajatellen voidaan tarkastella, minkälainen käsitys ihmisestä ja tiedosta ohjaa tutkimusta (Alvesson & Sköldberg 2000). Kvantitatiivisin menetelmin etsitään ilmiölle kausaalisia selityksiä, jolloin evidenssi perustuu havaintoon ja objektiiviseen mittaamiseen sekä aikaisempaan teoriaan. Kvantitatiivisia menetelmiä käytetään, koska "merkitysadekvaatin" ymmärtämisen lisäksi tarvitaan "kausaaliadekvaattia" ymmärtämistä, vaikka ihmisiä on erilaisia ja heillä on tiettyjä ominaispiirteitä kuten "tietoinen toimijuus, toiminnan merkitys, kieli ja historia". (Töttö 1997, Lehto 1998, Hirsjärvi & Hurme 2000). Kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu, kun todellisuus halutaan nähdä ihmisten antamissa merkityksissä konstruktiiivisena ja symbolisena. Sitä käytetään, kun halutaan saada esiin tutkittavien näkemys tai kuvata inhimillistä todellisuutta siten, kuin tutkittava on sen elänyt arkielämän tasolla sekä ottaa ympäristö, lähiyhteisö ja historia huomioon (Cuba & Lincoln 1994, Bailey 1997, Berman et al. 1998, Lehto 1998, Raunio 1999, Hirsjärvi & Hurme 2000). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan iäkkäiden päivittäistä

suoriutumista molemmista näkökulmista sekä ulkopuolisen arvioinnin avulla että iäkkäiden omien kokemusten kautta.

Triangulaation perustelut

Tässä tutkimuskokonaisuudessa käytetään metodologista triangulaatiota, jolloin tutkimuksen tavoitteita lähestytään sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin (Jick 1979, Knafl & Breitmayer 1989, Begley 1996, Leino-Kilpi 1997, Burns & Grove 2001). Triangulaation avulla määritetään kohteen sijainti useiden viitepisteiden kautta (Jick 1979, Knafl & Gallo 1995). Vaikka kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus pohjaa tieteenfilosofisesti erilaiseen paradigmaattiseen ja epistemologiseen taustaan, voidaan laatu ja määrä nähdä lähinnä eroina menetelmissä (Carr 1994, Leino & Kilpi 1997, Niiniluoto 1997, Töttö 1997, Hirsjärvi & Hurme 2000).

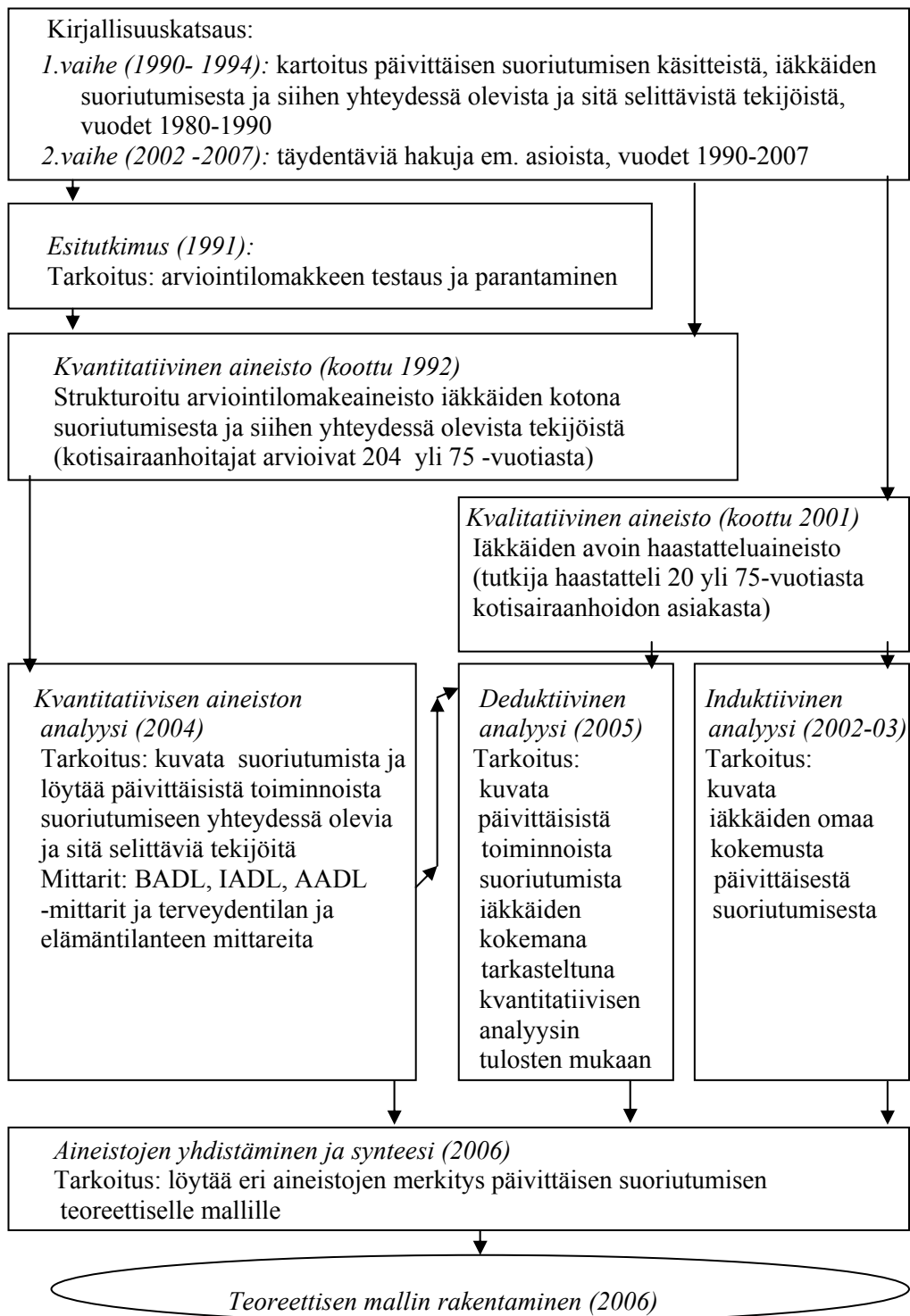
Iäkkäiden suoriutumisen tarkastelussa tässä tutkimuksessa metodologista triangulaatiota on käytetty tulosten yhdistämiseen, täydentämiseen, uuden löytämiseen ja monipuolistamiseen, sekä minimoimaan tietolähteestä ja menetelmistä johtuvia vinoumia (Carr 1994, Knafl & Gallo 1995, Frankfurt-Nachmias & Nachmias 1997, Leino-Kilpi 1997, Lehto 1998, Raunio 1999, Hirsjärvi & Hurme 2000). Laadullista ja määrällistä metodologiaa käytetään yhdistäen jaksottaisesti siten, että kvantitatiivisten menetelmien avulla on testattu aikaisempien tutkimusten pohjalta tuotettua käsitteellistä rakennetta. Tämän jälkeen on etsitty laadullisilla menetelmillä täydentävää tietoa ottamalla näyte samankaltaisesta joukosta (Creswell 2003, Polit & Beck 2006). Tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten kvalitatiivisella analyysillä ja sen integroinnilla kvantitatiiviseen tuotetut tulokset vastaavat toisiaan, täydentävät toisiaan ja lisäävät määrällisten tunnuslukujen antamaa tietoa (Bourdieu 1987, Tynjälä 1991, Denzin & Lincoln 1994, Berman et al. 1998, Alasuutari 1999, Raunio 1999).

4.2 Tutkimuksen eteneminen ja tutkimusasetelma

Tutkimus etenee ja rakentuu metodologisen triangulaation avulla (kuva 2, sivu 43). Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa iäkkäiden suoriutumisesta sekä ulkopuolisen arvioinnin avulla että iäkkäiltä itseltään. Iäkkäiden päivittäistä suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä arvioitiin strukturoidulla lomakkeella. Tietoa haluttiin niistä tekijöistä, jotka ovat yhteydessä ja selittävät päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Suoriutumisen arvioinnin tekivät kotisairaanhoidajat, ja tulokset analysoitiin tilastollisesti. Iäkkäiden omia kokemuksia päivittäisestä suoriutumisesta tarkasteltiin haastatteluaineistosta tehtyjen induktiivisen ja deduktiivisen sisällönanalyysin avulla. Ihmistä haluttiin näin tarkastella yksilönä, joka itse pystyy arvioimaan omaa elämäänsä sekä ilmaisemaan omia kokemuksiaan. Lisäksi laadullisen

aineiston analyysien avulla on peilattu kokemuksia aikaisempien tutkimusten tuottamia tuloksia vasten. Analyysien tulokset on yhdistetty ja niiden avulla muodostettu kokonaiskuva tutkittavasta asiasta. Molempien aineistojen analyysien tulosten pohjalta kuvataan iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettinen malli, jota on mahdollista testata ja käyttää iäkkäiden suoriutumisen arvioinnissa suunniteltaessa tarvittavia palveluja ja erilaisia tuen muotoja. Pohdintaosassa tarkastellaan erilaisilla lähestymistavoilla ja menetelmillä saatuja tuloksia, arvioidaan käytettyjä menetelmiä ja metodologisia lähtökohtia sekä pohditaan hoitotieteen mahdollisuuksia tuottaa adekvaattia tietoa iäkkäiden kotona asumisen tueksi tulevaisuudessa.

Tutkimuksen ensimmäinen, strukturoitu arviointiaineisto hankittiin vuonna 1992. Tämän jälkeen 1990 -luvun lopulla ja 2000 -luvun alussa Suomessa esitetyissä ikäpoliittisissa ohjelmissa on korostettu entistä voimakkaammin iäkkäiden itsenäisen ja omatoimisen kotona asumisen edistämistä. Tavoitteena on esitetty, että iäkkäät voivat elää omassa kodissaan ja tutulla asuinalueella mahdollisimman pitkään. Lisäksi on korostettu iäkkään voimavarojen ja elämänhallinnan edistämistä, kokonaisvaltaista palvelunäkemyksiä ja moniammatillista yhteistoimintaa. (Lankinen ym. 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2003) Nämä suositukset ovat osaltaan vaikuttaneet tutkimuksen jatkamiseen. Tutkimuksia oli tehty Suomessa iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta, mutta ei päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevista tai liittyvistä tekijöistä iäkkäiden itsensä näkökulmasta. Todettiin, että tarvitaan tutkimusta, joka kohdistuu iäkkäiden omiin näkemyksiin ja kokemuksiin ja tarjoaa kokonaisvaltaista tietoa iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta.



Kuva 2. Trianguloivan tutkimusprosessin kuvaus

4.3 Kvantitatiivinen aineisto ja menetelmät iäkkäiden suoriutumisen arvioinnissa

Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Tässä tutkimuksessa käytetyt mittarit rakennettiin ensisijaisesti kansainvälisissä iäkkäitä koskevissa tutkimuksissa ja kirjallisuudessa käytettyjen käsitteiden avulla (liite 7 ja 12). Valmiita mittareita ei katsottu voitavan käyttää, koska ne eivät olisi soveltuneet sellaisenaan kotisairaanhoidon ja kotisairaanhoidajien tekemään arviointiin. Mittarien laadinnassa otettiin huomioon myös niiden helppokäyttöisyys, hyväksyttävyyden ja erityisesti soveltuvuus iäkkäille kotisairaanhoidon asiakkaille. Päivittäisistä toiminnoista (BADL, IADL) suoriutumista arvioivien mittarien perustana käytettiin aikaisemmissa tutkimuksissa reliaabeleiksi ja valideiksi todettuja mittareita. Kehittyneitä toimintoja (AADL) sekä terveydentilaa ja elämäntilannetta kuvaavat mittarit rakennettiin aiheesta tehtyjen tutkimusten pohjalta. Mittareiden rakentamisessa pidettiin lähtökohtana näkemystä, jossa arvioinnissa on oleellista iäkkään henkilön toiminta ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen omassa ympäristössään. Keskeistä henkilön kotona selviytymisen kannalta on se, miten hän suoriutuu kotona päivittäisistä toiminnoistaan, eikä niinkään erilaisten fyysistä tai psyykkistä toimintakykyä mittaavien testien avulla määritetty toimintakyky tutkimusolosuhteissa tai lääketieteellinen diagnoosi.

Esitutkimus arviointilomakkeen testaamiseksi tehtiin yhdessä pienen kunnan terveyskeskuksessa, jossa kotisairaanhoidajat arvioivat 32 kotisairaanhoidossa olevaa yli 75 -vuotiasta henkilöä. Sen perusteella karsittiin joitakin epätarkoituksenmukaisia kysymyksiä, kuten ns. muistitesti (SPMSQ; Pfeiffer et al. 1981, 1989), jonka tekeminen vei runsaasti aikaa ja tuntui arvioitsijoista vaikealta ja jopa iäkkäitä loukkaavalta; toisin sanoen se ei ollut hyväksyttävyydeltään (accessibility) eikä helppokäyttöisyydeltään (feasibility) riittävä. Lisäksi tarkistettiin ja täsmennettiin vastausvaihtoehtoja ja niiden sanamuotoja sekä lisättiin suoriutumisen tasoa ja tilaa selventäviä esimerkkejä.

Perus- ja välineellisistä toiminnoista suoriutumisen mittarit ovat sekä kansainvälisissä että kotimaisissa tutkimuksissa paljon käytettyjä joko sellaisenaan tai joiltain osin modifioituna. Mittarit ovat olleet vapaasti käytettävissä ja modifioitavissa tutkimuksissa kymmenien vuosien ajan. Päivittäisen suoriutumisen kokonaisuus (taulukko 2) muodostettiin perustoiminnoista, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumisesta. Päivittäisistä perustoiminnoista suoriutuminen (BADL) eli itsensä hoitamisen mittari (liite 12-1,2) muodostui seuraavista osioista: pukeutuminen, peseytyminen, ulkonäöstä huolehtiminen, WC:ssä käyminen, liikkuminen kotona, vuoteeseen meno ja sieltä nouseminen, sekä ruokailu ja syöminen. Mittari perustui ensisijaisesti Katzin ja muiden hänen kanssaan yhteistyössä olleiden tutkijoiden kehittämisiin luokituksiin. (Katz et al. 1963, Lawton & Brody 1969, Katz et al. 1970, Katz 1983, Katz PR et al. 1985, Katz & Stroud 1989,

Kempen & Suurmeijer 1990) Tähän luokitukseen kuului lisäksi pidätyskyky, joka jätettiin pois, koska WC:ssä käymisen nähtiin kuvaavan paremmin toiminnallisuutta ja näin kuuluvan loogisemmin kotona perustoiminnoista suoriutumiseen. Edelleen Katzin luokitukseen verrattuna liikkumista on kuvattu kahdella osiolla ja ulkonäöstä huolehtimisen osio on lisätty. Vasa-luokituksessa on myös käytetty ulkonäöstä huolehtimisen osiota nimellä "henkilökohtainen hygienia" (Mäkinen 1991). Muuttajat saatiin näin soveltumaan paremmin kotisairaanhoidoasiakkaille.

Välineellisistä toiminnoista suoriutumisen (IADL) eli taloudenhoidon ja ympäristön hallinnan mittari (liite 12-2,3) koostui seuraavista osioista: ruuan valmistaminen, veden kuumentaminen, kodinhoito ja taloustyöt, ostosten tekeminen, raha-asioista huolehtiminen, puhelimen käyttö ja liikkuminen kodin ulkopuolella. Tämä mittari muodostettiin tähän tutkimukseen pääosin Lawtonin (1970) käyttämän mittarin avulla (Lawton & Brody 1969, Lawton 1970, 1971, Katz 1983). Lääkityksestä huolehtimista ei otettu mukaan, koska se on monitasoinen ja kuvaa myös perustoimintoja. Kulkuvälineiden käyttöä ei myöskään otettu mittariin, koska liikkuminen kodin ulkopuolella kuvaa jo pääosin samaa.

Kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen (AADL) eli sosiaalisten aktiviteettien ja harrastusten mittari (liite 12-3,4) sisälsi seuraavat osiot: yksilöharrastukset, sosiaaliset harrastukset, tapahtumien seuraaminen lukemalla sekä katselemalla ja kuuntelemalla, yhteydenpito omaisiin ja ystäviin sekä vuorovaikutukseen pyrkiminen naapurien kanssa. AADL -mittari ja sen osiot rakennettiin tähän tutkimukseen, Helmesin et al. (1987), Reubenin & Solomonin (1989) ja Reubenin et al. (1990) tutkimuksissa käytettyjen käsitteiden avulla.

Kokonaissuoriutumisen (k-ADL) mittaria käytettiin kuvaamaan iäkkään henkilön yleistä suoriutumista päivittäisestä elämisestään; se muodostettiin summamuuttujana perus- ja välineellisistä sekä kehittyneistä toiminnoista suoriutumisesta.

Terveystilan ja elämäntilanteen tekijöitä tarkasteltiin kognitiivisen tilan, mielialan, sosiaalisen tuen, fyysisen terveydentilan ja sosioekonomisten tekijöiden avulla. Aikaisemmissa tutkimuksissa näiden tekijöiden arviointiin soveltuvat mittarit olivat liian laajoja ja monimutkaisia, jotta niitä olisi voinut sellaisenaan käyttää. Kognitiivisten toimintojen ja muistin arviointiin aikaisemmissa tutkimuksissa käytetyt mittarit osoittautuivat kotisairaanhoidajien tekemään arviointiin soveltumattomiksi, joten tähän tutkimukseen mittari (liite 12-4,5) rakennettiin seuraavasti: kommunikaation ymmärtäminen, puheen selkeys ja ymmärrettävyys, hoitajien tunnistaminen, tietoisuus paikasta ja ajasta, äskeisten ja nykyisten tapahtumien muistaminen, tärkeiden menneiden tapahtumien muistaminen sekä arvio muistihäiriöiden esiintymisestä. Mittaria rakennettaessa käytettiin lähteenä Lawtonin (1970, 1971), Helmesin et al. (1987)

ja Hornin et al. (1989) tutkimuksissaan käyttämää kognitiivisen tilan ja desorientaation arviointimittaria. Kokonaisuuteen lisättiin vielä kotisairaanhoidajien yleiskäsitys henkilön muistihäiriöistä.

Taulukko 2. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittarit tässä tutkimuksessa

BADL =perustoiminnoista suoriutuminen	IADL =välineellisistä toiminnoista suoriutuminen	AADL =kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen
Pukeutuminen	Ruuan valmistaminen	Yksilöharrastukset
Peseytyminen	Veden kuumentaminen	Sosiaaliset harrastukset
Ulkonäöstä huolehtiminen	Kodinhoito ja taloustyöt	Tapahtumien seuraaminen lukemalla
WC:ssä käyminen	Ostosten tekeminen	Tapahtumien seuraaminen
Liikkuminen kotona	Raha-asioista huolehtiminen	katselemalla ja kuuntelemalla
Vuoteeseen meno ja sieltä nouseminen	Puhelimen käyttö	Yhteydenpito omaisiin ja ystäviin
Ruokailu ja syöminen	Liikkuminen kodin ulkopuolella.	Vuorovaikutukseen pyrkiminen naapurien kanssa
Kokonaissuoriutuminen (k-ADL)		

Mielialan mittari (liite 12-6,7) muodostettiin tähän tutkimukseen seuraavasti: masentuneisuus ja surullisuus, ahdistuneisuus ja jännittyneisyys, itkeminen, pessimistinen suhtautuminen tulevaisuuteen ja huolestuneisuus asioista. Erillisenä tarkasteltiin vielä mielialan masentuneisuutta kuvaavien ilmaisujen käyttöä. Mielialan mittari rakennettiin Helmesin et al. (1987) MOSES -mittarin osioiden asiasisältöjen pohjalta. Alkuperäinen mittari oli tarkoitettu lähinnä laitoshoidossa olevien vanhusten arviointiin. Erillisen masentuneisuutta ilmaisevan mittarin lähteenä oli Lawtonin tutkimus (1971).

Sosiaalisen tuen mittari (liite 12-8,9) rakennettiin seuraavasti: omaisten ja ystävien yhteydenpito, omaisten ja ystävien suhde potilaaseen, läheisten suhtautuminen henkilön vanhenemiseen, läheisten ja ystävien antama käytännöllinen apu ja samassa taloudessa elävien lukumäärä sekä erillinen muuttuja: tukihenkilöiden lukumäärä. Mittarin osiot muodostettiin tarkoitukseen soveltuviksi ensisijaisesti jo edellä mainitun MOSES -mittarin sisältöjen pohjalta (Fillenbaum 1985, Helmes et al. 1987, Pfeiffer et al. 1981, 1989, Chappell & Badger 1989). Fyysistä terveydentilaa (liite 12-7,8) arvioitiin seuraavien muuttujien avulla: kuulo, näkö, paino, vaivojen, kipujen ja erilaisten oireiden ilmeneminen, käytetyt lääkkeet ja niiden lukumäärä. Fyysisen terveydentilan muuttujat muodostettiin lähinnä Fillenbaumin (1985), Robinsonin et al. (1986), Mäkisen (1991) sekä Pahkalan ja Kivelän (1991) toimintakykytutkimusten avulla. Sosioekonomisten tekijöiden mittari (liite 12-9,10) muodostettiin

seuraavista osioista: peruskoulutus, entinen ammatti, potilaan tulotaso, toimeentulon riittävyys, asunnon omistussuhde, asunnon varustetaso ja asuinympäristön viihtyisyys. Mittarin rakentamisen tukena käytettiin toimintakyvyn tutkimuksissa käytettyjä osioita (Katz et al. 1985, Berkman et al. 1986, Chappel & Badger 1989, Ramsdell et al. 1989, Rubenstein et al. 1989, Mäkinen 1991). Arviointilomakkeessa luokat laadittiin mahdollisimman tarkoin toisensa poissulkeviksi, erotteleviksi ja tyhjentäviksi. Luokkien ilmaisut tehtiin kuvaileviksi ja niihin liitettiin esimerkkejä. Lähes kaikkiin suoriutumista arvioiviin kysymyksiin laadittiin neljä mahdollisimman rinnasteista vaihtoehtoa. Luokittelu rakennettiin järjestys- ja osin välimatka-asteikolliseksi. Liitteessä 12 on selvitetty kysymyskohtaisesti osioiden rakentuminen mainittujen lähteiden pohjalta.

Summa-asteikon rakentaminen

Mittarien käyttämiseksi analyysissä niistä muodostettiin osin summamuuttujia, koska se mahdollisti asiakkaan tilanteen ja suoriutumisen painoalueiden tarkastelun kokonaisvaltaisemmin ja selkeämmin sekä abstraktimmalla tasolla. Summamuuttujat muodostettiin kaikista suoriutumisen mittareista (BADL, IADL, AADL, k-ADL) sekä muistitoimintojen ja sosioekonomisten tekijöiden mittareista. Mielialatekijöistä ja sosiaalisesta tuesta muodostettiin molemmista yksi summamuuttuja ja kaksi erillistä muuttujaa ja fyysisestä terveydentilasta kolme erillistä muuttujaa. (muuttujaluettelo: liite 7-1,2,3 ja muuttujien pisteytys: liite 7-4,5,6)

Taulukko 3. *Summamuuttujien pisteet ja Cronbachin alfa-kertoimet.*

Summamuuttuja	Pisteet *	Osioiden luku	Cronbach
BADL -suoriutuminen	7 - 28	7	0,82
IADL -suoriutuminen	7 - 28	7	0,87
AADL -suoriutuminen	6 - 24	6	0,72
Kognitiiviset/muistitoiminnot	8 - 32	8	0,91
Mieliala/masentuneisuuden ilmeneminen	5 - 20	5	0,84
Sosiaalisen tuen laatu ja luonne	5 - 20	5	0,66
Sosioekonominen tilanne	7 - 28	7	0,71

* Pisteiden mahdollinen vaihteluväli luokiteltuna neljään luokkaan

Summa-asteikko muodostettiin laskemalla pisteet yhteen ilman painotuksia ja luokiteltiin tasavälisesti. Summamuuttujia muodostettaessa ei käytetty painotuksia, koska muuttujat vaikuttivat sisällöllisesti järkeviltä ja tasapainoisilta kokonaisuuksilta. Summamuuttujien sisäistä konsistenssia ja reliabiliteettia arvioitiin Cronbachin alfa -kertoimen avulla. Tavoitteena voidaan pitää 0,7:ää korkeampaa alfan arvoa. (Nummenmaa ym. 1997, Kanninen 1999, Heikkilä

2001, Polit & Beck 2006) Summamuuttujien alfa-kertoimet yhtä lukuun ottamatta ylittivät tavoitetason 0,7 (taulukko 3).

Aineiston keruu ja tutkimusympäristö

Tutkimuksen kvantitatiiviseen osaan haluttiin edustava joukko kaupunkiympäristössä asuvia iäkkäitä henkilöitä, joiden osuus sekä Helsingissä että valitussa toisessa keskikokoisessa kaupungissa koko väestöstä on suhteellisen suuri. Arvioinnin suorittajiksi haluttiin erikoissairaanhoidaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen omaavia henkilöitä, joita työskentelee molemmissa kaupungeissa terveyskeskusten järjestämässä kotisairaanhoidossa. Tämän tutkimuksen aineisto on osa vuonna 1992 hankittua aineistoa, joka koostuu edellä mainittujen terveyskeskusten kotisairaanhoidon piirissä olevista iäkkäistä. Aineisto on analysoitu uudelleen 2004 ja toimii tässä tutkimuksessa lähtökohtana iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettisen mallin rakentamiselle.

Tutkimuksessa kotisairaanhoidajat arvioivat päivittäisen suoriutumisen sekä terveydentilan ja elämäntilanteen tekijät sen sijaan, että iäkkäät itse olisivat suorittaneet arvioinnit. Tarkoituksena oli saada tietoa iäkkäät hyvin tuntevien kotisairaanhoidajien arvioimana lomakkeen avulla, joka perustui aikaisempiin tutkimuksiin. Lisäksi lomakkeen täyttäminen olisi ollut yli 75 -vuotiaille henkilöille liian raskasta, jolloin väsymisestä johtuvia virheitä olisi tullut enemmän. On todettu, että iäkkäiden oma arviointi suoriutumisestaan on jokseenkin yhtäpitävä tai hieman parempi kuin ulkopuolinen arviointi (Edwards 1990, Johansson et al. 1997, Brach et al. 2002). Ulkopuoliseen arviointiin on myös todettu soveltuvan parhaiten iäkkäitä hoitava ja heidät tunteva henkilökunta (Helmes et al. 1987). Iäkkäiden suoriutumista arvioitiin tutussa kotiympäristössä normaaleissa toiminnoissa, jolloin on todettu saatavan esiin tärkeää ja ainutlaatuista tietoa paremmin kuin vastaanotolla (Ramsdell et al. 1989, Horn et al. 1989). Iäkkäiden heikkokuntoisten henkilöiden saaminen tutkimukseen edellyttää myös tutun ja luotettavan henkilön yhteydenottoa ja luvan saaminen ymmärrettävää selvitystä tutkimuksesta (Bowsher et al. 1993).

Tarkoituksena oli tutkia mainittujen kaupunkien 75 vuotta täyttäneitä kotisairaanhoidon piirissä olevia iäkkäitä, joista valittiin ositetulla ja systemaattisella otannalla mahdollisimman edustava tutkittavien joukko (Alkula ym. 1999, Polit & Beck 2006). Tutkimukseen vapaaehtoisuuden perusteella valikoituneista terveyskeskuksista Helsingin kaksi terveydenhuollon peruspiiriä ja valitun toisen kaupungin terveyskeskus muodostivat luonnolliset osapopulaatiot, jotka jakaantuivat edelleen kunkin kotisairaanhoidajan vastuualueisiin. Terveyskeskusten peruspiireissä kotisairaanhoidoryhmien terveydenhoitajat valitsivat 75 -vuotiaista ja sitä vanhemmista kotisairaanhoidon asiakkaista kortistoistaan joka viidennen asiakkaan systemaattisen otannan periaatteella, ja kieltäytyneen tilalle valittiin aina seuraava henkilö. Suullisen tiedon mukaan lähes kaikki suostuivat tutkimukseen, siitä kieltäytyneitä oli vain 3-4 henkilöä. Otokseen tuli 208 henkilöä.

Arvioinnin suorittajiksi tutkimukseen valittuja kotisairaanhoidajina toimivia terveydenhoitajia tai erikoissairaanhoidajia kutsutaan tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidajiksi. Arvioitsijoista oli terveydenhoitajia 87 %, yli 10 vuotta sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan työssä toimineita oli 52 %, ja kotisairaanhoidossa yli kolme vuotta toimineita oli 69 % (liite 13). Kukin heistä arvioi enintään neljä asiakasta, arvioitsijoita oli yhteensä 54. Arvioitsijalta edellytettiin työskentelyä kotisairaanhoidossa kyseisen asiakkaan kanssa vähintään kolmen kuukauden ajan, koska oli tärkeää, että hän tunsi asiakkaan pitkältä ajalta. Kriteeriä tarkennettiin vielä ohjauksessa siten, että kotisairaanhoidaja oli tehnyt asiakkaan luokse vähintään kymmenen käyntiä ennen arvioinnin suorittamista. Kotisairaanhoidon ulkopuolinen henkilö ei olisi pystynyt hankkimaan tarvittavaa tietoa luotettavasti. Tutkimuksen arvioitsijoille järjestettiin ohjaustilaisuuksia, joissa selitettiin yhdenmukaisesti tutkimuksen tarkoitus ja lomakkeen täyttäminen sekä motivoitiin arvioinnin suorittamiseen. Arvioitsijoina toimineet kotisairaanhoidajat selittivät tutkimukseen osallistuville tutkimuksen tarkoituksen ja kysyivät tutkittavilta luvan arvioinnin tekemiseen. Niissä tapauksissa, joissa kotisairaanhoidaja arvioi asiakkaan tuntemuksen perusteella iäkkään henkilön kognitiiviset kyvyt erittäin vajavaisiksi, kysyttiin lupa lisäksi lähiomaiselta. Arvioinnit tehtiin normaalien kotikäyntien yhteydessä.

Aineiston analyysi

Kotisairaanhoidajien täyttämistä iäkkäiden suoriutumista arvioivista lomakkeista hylättiin vain neljä lomaketta, koska niistä puuttui erittäin runsaasti tietoja. Selitettävänä muuttujina toimivat seuraavat summamuuttujat luokiteltuina: perustoiminnoista (BADL), välineellisistä toiminnoista (IADL) ja kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen (AADL) sekä kokonaissuoriutuminen (k-ADL). Selittäviä summamuuttujia olivat: kognitiiviset/muistitoiminnot, mieliala/masentuneisuus, sosiaalisen tuen laatu ja sosioekonomiset tekijät. Selittävinä yksittäisinä muuttujina toimivat masentuneisuutta kuvaavien ilmaisujen käyttö ja niiden lukumäärä, sosiaalisen tuen määrä, oireet ja vaivat sekä niiden lukumäärä, käytetyt lääkkeet, näkö ja kuulo ja lisäksi taustamuuttajat: ikä, sukupuoli ja siviilisäätty. (liite 7-1,2,3)

Iäkkäiden suoriutumista erilaisista päivittäisistä toiminnoista, kognitiivisia toimintoja sekä muita terveydentilan ja elämäntilanteen muuttujia kuvattiin frekvenssien avulla. Kahdenvälisiä yhteyksiä kognitiivisen tilan ja muiden elämäntilanteen ja terveydentilan summamuuttujien ja yksittäisten muuttujien sekä perustoiminnoista, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumisen välillä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Merkitsevyydestinä käytettiin Khiin neliö -testiä. Alkuperäisiä luokitteluja tiivistettiin, jotta saatiin riittävästi havaintoja kaikkiin luokkiin, ja näin lisättiin testien luotettavuutta. (Alkula ym. 1999, Heikkilä 2001, Uhari & Nieminen 2001) Pearsonin ja Fisherin testiä käytettiin soveltuvasti solufrekvenssien koon mukaan (Uhari & Nieminen 2001). Yhteyksiä tarkasteltiin myös summamuuttujien ja yksittäisten muuttujien välillä Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla (Nummenmaa ym. 1997).

Regressioanalyysin avulla tutkittiin useiden tekijöiden samanaikaista vaikutusta, jolloin voidaan puhua selittäjistä ja selitettävistä muuttujista, ja jolloin vaikutuksen suunta on asetettu. Analyysiin valittiin selittävät muuttujat ristiintaulukointien ja Khiin neliötestien perusteella tilastollisesti merkitsevän yhteyden saaneista muuttujista. Analyysin avulla tarkasteltiin sitä, mitkä tekijät selittävät parhaiten tai ennustavat iäkkäiden hyvää suoriutumista perustoiminnoista, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista sekä kokonaissuoriutumisesta. Analyysissä käytettiin logistista regressioanalyysia, koska selitettävät muuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita. Selitettävät dikotomisoimalla saatiin analyysiin selkeyttä, ja näin voitiin paremmin tarkastella hyvän suoriutumisen todennäköisyyttä. Analyysimalliksi valittiin taaksepäin askeltava logistinen regressiomalli, jossa käytettiin luokiteltuja muuttujia. (Uhari & Nieminen 2001) Logistisessa regressiomallissa ns. riski- tai vedonlyöntisuhde OR (odds ratio) ilmaisee mahdollisuutta suoriutua paremmin tai riskiä suoriutua heikommin kuin vertailuryhmä. Mitä suurempi on OR -luku, sitä suurempi on asian toteutumisen todennäköisyys (Kanniainen 1999). Tilastolliset analyysit tehtiin SPSS 11.0-ohjelmalla.

4.4 Kvalitatiivinen aineisto ja menetelmät iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemusten tutkimisessa

Kvalitatiivisen aineiston hankinta

Tarkoituksena oli saada myös erityislaatuista tietoa iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta, ja siihen liittyvistä tärkeinä pidetyistä asioista heidän omana kokemuksenaan. Tämän takia tieto hankittiin suoraan iäkkäiltä itseltään. Aineiston hankintaan soveltui parhaiten avoin, strukturoimaton keskeiseen teemaan fokusoitu haastattelu, joka kohdennettiin ”päivittäiseen suoriutumiseen kotona sekä siinä tärkeinä pidettyihin asioihin”. Kysymyksiä ei muotoiltu tarkkaan etukäteen, mutta haastateltavaa johdatettiin alussa aiheeseen, jolloin fokuksessa pysyminen oli helpompaa. Teemaa tukemaan oli suunniteltu muutama aihetta tarkentava kysymys, joiden sisältöä oli mahdollista käyttää avuksi, ellei haastattelu jostain syystä sujunut kokonaan haastateltavan kertomuksen ja keskustelun avulla (liite 14). Kysymykset muotoutuivat haastattelun kuluessa, ja ennalta nimetty keskeinen teema ohjasi haastattelua, joten haastateltavat saattoivat kertoa aiheesta vapaasti (Sorrell & Redmond 1995, Fontana & Frey 1998, Eskola & Suoranta 1998, Polit & Beck 2006). Tutkijan rooli oli lähellä informanttia ja hänen kontekstiaan, ja näin haastattelusta muodostui avoin dialogi (Schutz 1994). Haastattelun tarkoituksena oli saada kuva elämästä kokemuksesta, joten suora kontakti haastateltavaan mahdollisti joustavan tilanteen, jossa voitiin tehdä kokonaisvaltaista arviointia ja ymmärtää puheeseen liittyviä sivumerkityksiä (Sorrell & Redmond 1995, Hirsjärvi & Hurme 2000). Haastattelussa otettiin huomioon, että vanhojen ihmisten elämänhistoria on pidempi ja toisenlainen kuin tutkijalla. Heidän mielestään

usein erilaiset asiat ovat merkityksellisiä, minkä takia asioista kertominen tapahtuu iäkkäiden omalla tavalla ja vie usein runsaasti aikaa.

Aineiston koko määräytyi aineiston saturaation asteesta (Eskola & Suoranta 1998), kun aineistosta ei enää näyttänyt nousevan esiin uusia näkökulmia. Haastateltavien kriteereiksi asetettiin yli 75 vuoden ikä, asuminen omassa kodissaan tai palveluasunnossa ja kommunikointikyky. Heillä ei myöskään kotisairaanhoidajien arvioinnin ja tietojen mukaan saanut olla merkittäviä muistihäiriöitä, ja heidän tuli olla halukkaita ja kykeneviä kertomaan päivittäisestä arkielämästä suoriutumisestaan. Lisäksi henkilön itsensä täytyi antaa sekä suullinen että kirjallinen lupa haastatteluun ja nauhurin käyttöön haastattelun aikana (liite 17-1,2). Tutkittaville selitettiin myös tutkimuksen tarkoitus ja haastattelutapa sekä suullisesti että kirjallisesti. Haastateltavat valittiin harkinnanvaraisesti Helsingin kaupungin yhdestä terveyskeskuksesta. Terveystenhoitajat ja kotisairaanhoidajat valitsivat heidät yli 75 -vuotiaista henkilöistä. Aineisto kerättiin syksyllä 2001. Iäkkäille kerrottiin myös, että heidän henkilöllisyytensä pysyy täysin salassa. Haastatteluajankohdat sovittiin puhelimitse sen jälkeen, kun terveydenhoitaja tai kotisairaanhoidaja oli saanut suullisen luvan haastateltavilta.

Haastattelu tapahtui haastateltavan kotona, ja sen lähtökohtana oli iäkkään henkilön oma näkemys suoriutumisestaan. Haastattelutapaa testattiin ensimmäisten haastattelujen aikana, minkä perusteella tarkennettiin ilmaisuja. Haastattelussa keskityttiin suoriutumiseen arkielämästä ja päivittäisistä toimita sekä suoriutumisessa tärkeinä pidettyihin asioihin. Haastattelutilanne aloitettiin lyhyellä yleisluonteisella keskustelulla, joka syntyi aina tilanteen mukaan. Haastattelijä istui haastateltavaan nähden hieman vinosti vastapäätä, jolloin syntyi sopiva etäisyyden ja toisaalta läheisyyden tunne. Haastattelussa vain ensimmäinen kysymys muotoiltiin sisällöllisesti kaikille samanlaiseksi, jonka jälkeen edettiin vapaamuotoisesti keskustellen haastateltavan ehdoilla. Lisäkysymyksiä tehtiin tarvittaessa vain silloin, kun toivottiin palaamista keskeiseen teemaan, tai kun haastateltava ei itse käsitellyt sitä. Haastattelu muistutti enemmän keskustelua, jossa haastattelijä kuunteli eläen mukana haastateltavien kertomuksia. Haastattelut kestivät 40 - 50 minuuttia kukin, ja kaikkiaan haastateltiin 20 iäkästä henkilöä, jossa ovat mukana myös ensimmäiset esitestaushaastattelut. Lisäksi kotisairaanhoidoasiakkaan puoliso tai asuinkumppani oli mukana kolmessa haastattelussa, jolloin molemmat osallistuivat haastatteluun. Jossain määrin tietyissä aihealueissa pysyminen ja tutkijan käyttämä kieli saattoivat ohjata haastateltavien esille ottamia asioita (Åstedt-Kurki 1994), muutamassa haastattelussa myös lisäkysymykset suuntasivat keskustelua. Haastatteluissa seurattiin lisäksi non-verbaalista kommunikaatiota, kuten innostunutta elehtimistä, hiljentymistä, epäröiviä eleitä, liikehtimistä tai naurua, joiden avulla verbaalinen viesti tarkentui.

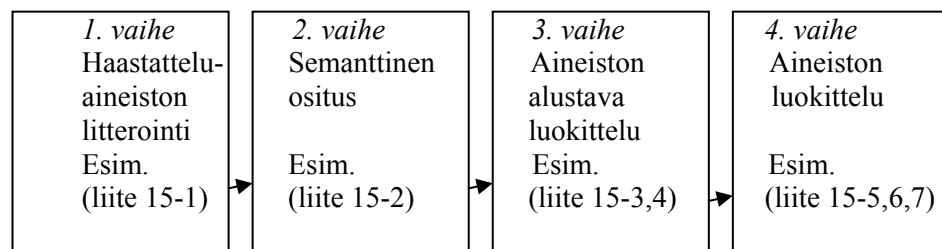
Kvalitatiivinen aineistolähtöinen analyysi

Tutkimuksen laadullinen aineisto analysoitiin kahteen kertaan sisällönanalyysin menetelmillä sekä aineisto- että teorialähtöisesti. Vaikka tutkimuksen kvantitatiivinen aineistokeruu ja -analyysi oli tehty ensin, niin se ei ohjannut kvalitatiivista tutkimusosuutta. Ensimmäistä aineiston analyysiä ohjaamaan valittiin induktiivinen, aineistolähtöinen sisällönanalyysi, koska haluttiin saada tietoa iäkkäiden omista näkemyksistä ja kokemuksista, ilman ennalta rajattua viitekehystä. Tällöin aikaisempi teorialähtöisyys toimi ns. esiymmärryksenä, joka tietoisesti pyrittiin jättämään taustalle aineiston keruun ja analyysin aikana. Tutkimusaihetta voitiin näin lähestyä avoimesti sen omilla ehdoilla. Aineistolähtöisessä, kvalitatiivisessa analyysissä sisältöluokat muodostetaan aineistosta, jolloin ne kiinnittyvät tutkimuksen kontekstiin. Analyysin tarkoituksena oli ymmärtää ja tulkita tutkimuskohdetta kokonaisvaltaisesti, tiivistää ja järjestää aineistoa sekä luoda siitä kattava ja johdonmukainen kokonaisuus. (Le Compte 1993, Frankfort-Nachmias & Nachmias 1997, Denzin & Lincoln 1994, Manning & Cullum-Swan 1998, Seitamaa-Hakkarainen 2001, Creswell 2003)

Aineiston litterointi tehtiin kirjoittamalla nauhoilta tekstit haastattelukohtaisiksi tiedostoiksi, jotka nimettiin ja numeroitiin. Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin tekstimuotoon sanatarkasti taukojen, hymähtelyjen ja tutkijan puheenvuorojen kanssa. Aineistoa kertyi yhteensä 1.5 rivivälillä kirjoitettuna 290 sivua. Tutkimusaineiston analyysi aloitettiin kuuntelemalla ja lukemalla samanaikaisesti haastattelumateriaali. Kirjoitettu aineisto luettiin vielä kahteen kertaan, jotta materiaalista saatiin kokonaiskuva. Teksti ositettiin ja redusointiin kielellisesti selkeään ilmaisuun sekä numeroitiin loogisesti järjestämällä se haastateltavien ja haastattelujen etenemisen mukaan. Aineisto ositettiin semanttisesti, jolloin analyysiyksiköksi valittiin ajatuksellinen kokonaisuus merkityssisällön mukaan (Alasuutari 1999, Seitamaa-Hakkarainen 2001). Analyysiyksiköitä muodostui kaikkiaan 1326. Yhden analyysiyksikön koko vaihteli 1 - 15 riviin. Haastattelujen (1 - 20) analyysiyksiköiden lukumäärät yhtä haastattelua kohden vaihtelivat 11 - 91.

Aineiston analyysi (kuva 3, liite 15) aloitettiin samanaikaisesti aineistonkeruun kanssa, jolloin analyysi osin ohjasi aineiston keruuta (Morse 1998). Aineiston käsittely tehtiin pelkistämällä, luokittelemalla ja abstrahoimalla aineisto (Downe-Wamboldt 1992, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Luokittelutyypit muodostettiin aineiston pohjalta. Luokitteluperusteen saattoi löytää myös rivien välistä, siitä mitä oli vastauksen takana tai mikä ilmeni non-verbaalisena kommunikaationa (Alasuutari 1999); tämä saattoi ilmetä esimerkiksi huumorina, minkä eleet paljastivat vaikeaksi asiaksi tai kokemukseksi. Koska aineiston luokittelu tapahtui samanaikaisesti aineistoon perehtymisen kanssa, niin uusia analyysiluokkia syntyi aina analyysin edetessä. Inhimillisistä kokemuksista pyrittiin löytämään säännönmukaisuuksia ja eristämään käsittekatteita sekä tunnistamaan käsittekatteita. Luokkien

nimeämisen kriteerinä oli se sisällöllinen merkitys, minkä haastateltavat olivat asialle antaneet. Tässä vaiheessa palattiin aina alkuperäiseen litteroituun tekstiin, kun tiivistetty ilmaisu ei näyttänyt viestivän riittävästi alkuperäistä merkitystä. Luokittelurunko syntyi aineiston ja teoreettisen käsitteellistämisen vuorovaikutuksena, jolle tutkijan oma kokemus antoi tukea (Schutz 1994). Analyysissä teoreettiset yhteydet luokkien välillä lisääntyivät vähitellen, ja kokonaisuus alkoi muodostua näkyväksi rakenteeksi. Koodauksen avulla luokkiin nimettiin sisällöllisesti niihin kuuluva aineisto laskematta frekvenssejä. (Miles & Huberman 1994, Morse 1998, Frankfort-Nachmias & Nachmias 1997, Raunio 1999)



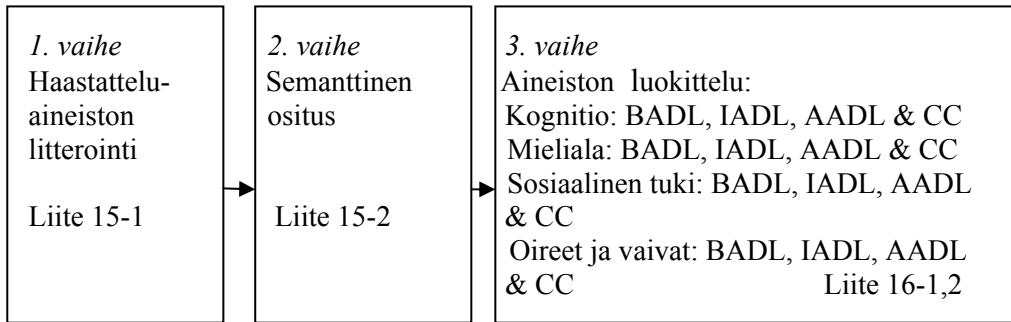
Kuva 3. *Aineistolähtöisen analyysin kulku*

Aineiston käsittely tehtiin käyttäen apuna MSWord -ohjelman tyyliuokittelua ja kahta tiedostoa samanaikaisesti tarkastellen ja käsitellen vuonna 2002. Luokittelukategoriat kehittyivät ja muuttuivat analyysiprosessin aikana, ja auttoivat aineiston hallinnassa. Analysoitu aineisto käytiin läpi sekä kuunnellen että lukien uudelleen puolen vuoden kuluttua, jolloin tarkistettiin luokituksia, ja tehtiin tarkennuksia niiden sisältöön pääkategorioiden säilyessä kuitenkin ennallaan. Aineiston useat lukukerrat auttoivat hahmottamaan kokonaisuutta ja aineiston eri ulottuvuuksia. Kaikkien luokkien tarkastelu yhdessä tehtiin kolmeen kertaan, viimeinen luokittelu tehtiin 2003, jonka jälkeen muodostui 60 elämisen ilmiöihin kuuluvaa luokkaa. Nämä luokat kategorioitiin edelleen abstrahoidulla etsien yläkäsitteitä suurempiin yläluokkiin, joita muodostui lopulta kymmenen. Näihin kymmeneen yläluokkaan kuhunkin kuului kolmesta viiteen alaluokkaa, joita oli yhteensä 37.

Teorialähtöinen sisällönanalyysi

Tutkimuksen laadullinen aineisto analysoitiin toiseen kertaan (2004) uudelleen sisällönanalyysillä, jossa luokittelurunkona käytettiin kvantitatiivisen analyysin keskeisiä tuloksia (kuva 4, liite 16). Haluttiin selvittää, mitä uutta tai erilaista laadullinen aineisto tuottaa analysoituna kvantitatiivisten tulosten tuottamien luokkien avulla. Sisällönanalyysi onkin varhemmin ensisijaisesti tarkoittanut kommunikaation ilmisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua, jolloin saadaan tiivistetty kuvaus tutkittavasta ilmiöstä (Pietilä 1978, Downe-Wamboldt 1992, Manning & Cullum-Swan 1998, Burns & Grove 2001). Luokittelussa käytettiin aineistolähtöiseen analyysiin tehtyä semanttista

segmentointia, jossa analyysiyksiköt muodostuivat ajatuksellisista kokonaisuuksista (Downe-Wamboldt 1992, Seitamaa-Hakkarainen 2001). Luokitusrunon määrittelyn jälkeen ennen varsinaista koodaamista tehtiin luokkien ja sääntöjen esitelmä kokeiluluonteisen luokittelun avulla, jolla arvioitiin luotettavuutta ja korjattiin sääntöjä (Downe-Wamboldt 1992, Alasuutari 1999, Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001).



Kuva 4. Teoriapohjaisen luokittelun eteneminen

Tässä teoriapohjaisessa luokituksessa toteutettiin kvalitatiivisen vertailun ideaa siten, että voitiin tarkastella, miten jokin toinen tekijä liittyy toiseen tai toimii jonkin toisen yhteydessä. Lisäksi laskettiin myös asian tai tapahtuman frekvenssit (Alasuutari 1999). Kvalitatiivinen aineisto luokiteltiin (kuva 4) kvantitatiivisen tutkimusosion tulosten pohjalta, joissa päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä oleviksi ja sitä selittäviksi tekijöiksi osoittautuivat keskeisesti seuraavat tekijät: 1) kognitiivinen tila, 2) mieliala, 3) sosiaalinen tuki ja 4) erilaiset vaivat ja oireet. Kun luokiteltiin laadullista aineistoa perustoiminnoista, välineellisistä toiminnoista ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumisen luokkiin ja yhteydessä olevien tekijöiden luokkiin, niin luokitukset rakennettiin ristikkäin siten, että kussakin suoriutumisen luokassa tarkasteltiin kognitiivista tilaa, mielialaa, sosiaalista tukea sekä vaivoja ja oireita. Kun aineistosta poimittiin luokitusrunon mukaisia asioita, niin huomattiin, että kaikki lausumat eivät selvästi eriytyneet määritettyihin luokkiin. Näin jouduttiin muodostamaan uusi luokka asioista, jotka kuvasivat laajasti tai epätarkasti suoriutumista. Analyysissä syntynyt uusi luokka nimettiin monimuotoisuuden hallinnaksi (complexity control = CC), mikä kuvasi parhaiten siihen valikoituneita lausumia. Monimuotoisuuden hallinnan luokkaan sijoittuneet lausumat eivät kuvanneet suoranaisesti konkreettista perus-, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumista, vaan paljon laajempaa kokonaisuutta. Luokittelu tehtiin toiseen kertaan puolen vuoden kuluttua, jolloin 1302 lausumasta 24 (1,8 %) luokiteltiin toiseen luokkaan kuin alun perin. Luokitus rakennettiin päivittäisen suoriutumisen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden yhdistelminä käyttäen jatkossa kuvattavia kriteereitä. Tulokset tuottivat kvantitatiivisten tulosten laadullisen validoinnin, jota käytetään apuna iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen mallin luomisessa.

Kognitiivisten tekijöiden yhteys perus-, välineellistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen sekä monimuotoisuuden hallintaan -luokan kriteerit

Kognitiiviseen kategoriaan sijoitettiin kaikki ne lausumat, joissa kuvataan tietoista ja suunniteltua päivän kulkua, päätöksentekoa omaa tilaa ja hoitoa koskevissa asioissa. Kyse on harkitusta tekemisestä, johon liittyy oma tahto tietoisesti parantaa suoriutumista, hoitaa terveyttä, kohottaa elämänlaatua tai fyysistä kuntoa. Perustoimintojen ja välineellisten toimintojen kohdalla kyse on suunnittelusta, arvioinnista ja toiminnan jäsentämisestä. Kehittyneissä toiminnoissa kognitio liittyy älyllisesti korkeamman tason tekemiseen, kriittiseen arviointiin ja luovuuteen. Muisti on keskeisesti mukana näissä toiminnoissa. Monimuotoisuuden hallinnan alaan sijoittuvat filosofiset pohdinnat elämästä ja sen kulusta tai tekemisiä pohtivat metakognitiot. Monimuotoisuutta kuvaa suoriutuminen, joka sisältää elämisen kuvausta ja arviointia laajemmin kohdistumatta tiettyihin toimintoihin, kuten muistoja ja vaikeuksista selviytymistä sekä kotona asumiseen, vanhuuteen, saatuun hoitoon ja ympäristöön liittyvää pohdintaa.

Mielialan yhteys perus-, välineellistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen sekä monimuotoisuuden hallintaan -luokan kriteerit

Mielialakategoriaan kuuluvat lausumat, jotka kuvasivat päivittäisiin toimintoihin liittyviä sekä positiivisia että negatiivisia tunteita. Näitä ovat ajatukset, jotka tuovat esiin tunteita siitä, että ei ole helppoa tai mukavaa, kun ei pysty enää tekemään asioita tai että jokin asia tuottaa iloa. Kyse on toivosta, elämisen raskaudesta, peloista, masentuneisuudesta ja toisaalta iloista ja mielihyvystä. Monimuotoisuuden hallintaan luokiteltiin lausumat silloin, kun joko positiivinen tai negatiivinen mieliala tai tunnetila ei liittynyt konkreettisesti perus-, välineellisiin tai kehittyneisiin toimintoihin.

Sosiaalisen tuen yhteys perus-, välineellistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen sekä monimuotoisuuden hallintaan -luokan kriteerit

Sosiaalisen tuen kategoriaan sijoittuu kaikki erilainen tuki, joka saadaan joko ammattiauttajilta, omaisilta, muilta läheisiltä tai naapureilta. Tähän luokkaan kuuluvat kaikki käyttöön saadut apuvälineet, joiden avulla päästään asunnosta ulos, kuten rollaattori. Perustoiminnoissa ja välineellisissä toiminnoissa saatu tuki on usein konkreettista ja käytännöllistä apua. Kehittyneissä toiminnoissa sosiaaliseen tukeen liittyy yhteys toisiin ihmisiin.

Vaivojen ja oireiden yhteys perus-, välineellistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen sekä monimuotoisuuden hallintaan -luokan kriteerit

Luokkaan sijoittuvat erilaisista sairauksista johtuvat ongelmat ja sairaalahoidot, jotka kuvaavat sen hetkistä suoriutumista. Perustoiminnoissa on kyse niihin liittyvistä hankaloittavista tai häiritsevistä tekijöistä. Välineellisistä toiminnoista suoriutumista kuvaavat ensisijaisesti liikuntakykyä rajoittavat vaivat. Kehittyneistä toiminnoista suoriutumisessa on kyse erityisesti heikentyneestä aistitoiminnasta. Monimuotoisuuden hallintaan kuuluvat tekijät, jotka kuvaavat

sitä, miten iäkäs henkilö jäsentää avun saannin vaivoihinsa, ja miten hän kokee vaivojensa liittyvän mahdollisuuksiin oman elämänsä hallintaan.

Laadullisen aineiston sekä aineisto- että teorialähtöisen analyysin tulosten raportoinnissa on käytetty suoria lainauksia tukemaan tuloksia ja tarjoamaan autenttisuutta. Sitaateilla on myös esteettinen, eettinen ja empiirinen merkitys. Niiden avulla saadaan paremmin esiin ihmisten erityisiä kokemuksia ja vivahteita sekä kulttuurista kontekstia, joiden pohjalta luokitteluratkaisut on tehty. Sitaatteja on hienovaraisesti selvennetty ymmärtämisen helpottamiseksi. (Sandelowski 1994)

4.5 Teoreettisen mallin rakentaminen

Teoreettinen malli iäkkäiden päivittäiselle suoriutumiselle rakennettiin metodologisen triangulaation pohjalta. Mallin rakentamiseksi tutkimuksessa edettiin jaksottaisesti siten, että kvantitatiivisen analyysin jälkeen haluttiin tarkentaa tuloksia laadullisen analyysin avulla (Creswell 2003). Mallin kehittämistä voi kuvata Meleisin (2005) teoria-tutkimus-teoria -strategian avulla. Ensimmäisessä vaiheessa kvantitatiivisen arvioinnin pohjana oli tutkimuskirjallisuuden tuella rakennettu viitekehys, jonka jälkeen samaa ilmiötä lähestyttiin kvalitatiivisen aineiston avulla ja rakennettiin lopuksi teoreettinen malli. Pyrkimyksenä oli luoda iäkkäiden hoitotyöhön ja sen tutkimukseen holistinen ja kehityksellinen teoreettinen malli, jossa näkyy käyttäytyminen, yksilöllisyys ja hyväolo sekä ihmisen ympäristö (Bowsher et al. 1993). Trianguloivan tutkimuksen pohjalta mallin rakentamisessa ongelmallista on kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten tulosten kuvaamisessa käytetyt erilaiset ja eritasoiset käsitteet (Burns & Grove 2001).

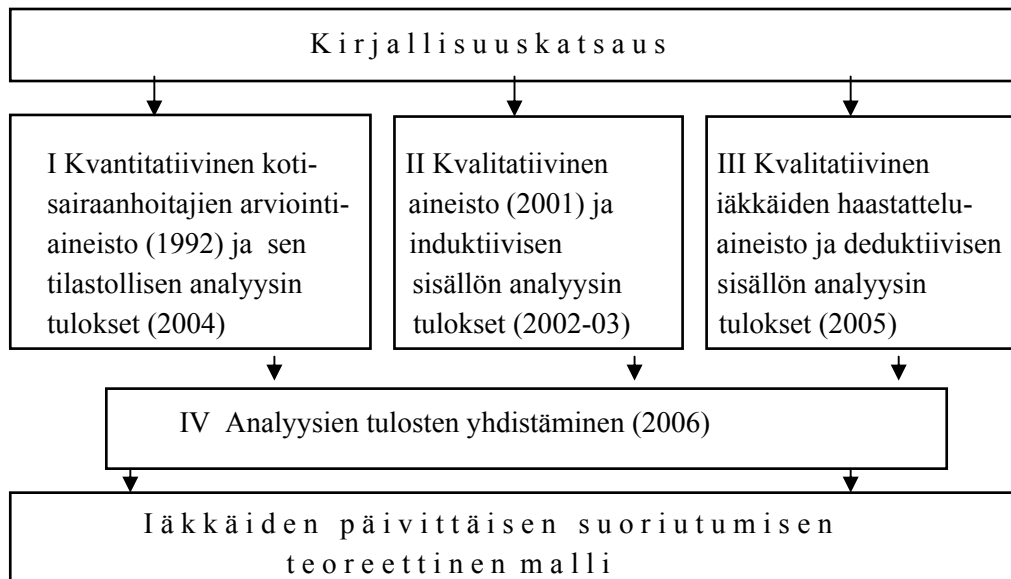
Tässä luodun teoreettisen mallin ajatellaan täyttävän teorian vaatimuksia, kun teoriolla tarkoitetaan organisoitunutta, yhtenäistä, systemaattista strukturoitua, käsitejärjestelmää muistuttavaa symbolista kuvausta todellisuudesta, jonka avulla kuvataan, selitetään, ja ymmärretään ilmiöitä (Dickoff & James 1997, Lancaster & Lancaster 1997, Hardy 1997, Chinn & Kramer 2004, Meleis 2005). Tämä teoreettinen malli täyttää myös hoitotyön teorian vaatimuksia, kun hoitotyön teoriolla tarkoitetaan hoitotyön todellisuuden käsitteellistämistä, jonka avulla kuvataan ilmiöitä, selitetään ilmiöiden välisiä suhteita, ennustetaan seurauksia ja näin määritetään hoitotyötä (Meleis 2005). Teoria, malli, käsitteellinen ja teoreettinen malli -termejä käytetään kirjallisuudessa jokseenkin samassa merkityksessä, kuitenkin malli nähdään vähemmän abstraktina kuin teoria (Meleis 2005). Tässä tutkimuksessa luotavan teoreettisen mallin avulla havainnollistetaan todellisuutta symbolisesti ja kuvataan rakenteita ja prosesseja pelkistetysti. Malli muodostuu keskeisiä perusasioita ja väittämiä sekä niiden välisiä suhteita määrittävistä abstrakteista käsitteistä. Teoreettinen malli toimii

teorianmuodostuksen apuvälineenä sekä yksinkertaistettuina ja idealisoituina oletuksina kokonaisuudesta (Fawcett 1997, Jacox 1997, Hardy 1997, Lancaster & Lancaster 1997, McKay 1997, Niiniluoto 1997, Hirsjärvi ym. 2000, Meleis 2005).

Tässä tutkimuksessa luotua iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen mallia kutsutaan teoreettiseksi malliksi, mikä tarkoittaa empiiristen tutkimustulosten pohjalta luotua ilmiöaluetta kuvaavaa pelkistettyä, strukturoitua käsitejärjestelmää, joka systematisoi kokonaisuutta iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta kotona. Kyse on lähinnä symbolisesta skemaattisesta mallista, jonka avulla voidaan kommunikoida sekä kuvata, selittää ja testata mallissa kuvattuja suhteita (Lippitt 1973, Lancaster & Lancaster 1997).

Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettisen mallin rakentamisessa on käytetty induktiivista ja deduktiivista logiikkaa. Tämän mallin rakentamisen menetelmää voidaan osin kutsua myös abduktiiviseksi. Menetelmää kuvataan Peircen (2001) pragmatistisena deduktiolle käänteisenä päättelytapana parhaan selityksen löytämiseksi. Abduktio on laadullista päättelyä ja tarjoaa välitöntä ja intuitiivista tietoa todellisuuden rakenteesta. Päättely etenee empiriasta yhteen mahdolliseen selitykseen johtoajatuksen avulla, missä käytetään teoriaa tukena. (Alvesson & Sköldbberg 1994, Määttänen 1995, Peirce 2001, Niiniluoto 2002, Pihlström 2002)

Aikaisempien tutkimusten analysointi ja niiden tulosten integrointi tähän tutkimukseen loi perustan teoreettisen mallin rakentamiselle. Tässä tutkimuksessa (kuva 5) mallin rakentamisen ensimmäinen (I) vaihe muodostui kvantitatiivisesta analyysistä, jossa käsitteelliset kategoriat muodostuivat aikaisempien tutkimusten pohjalta, ja tulokset tuottivat päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä. Siis kirjallisuuskatsauksen avulla tuotettua käsitteellistä konstruktioita testattiin kvantitatiivisella aineistolla, jolloin oli kyse deduktiivisesta logiikasta. Toisen (II) vaiheen lähtökohtaa voi pitää abduktiivisena, mihin johtivat kvantitatiivisen aineiston ja analyysin tulokset. Ne tarjosivat vastauksia osaan iäkkäiden päivittäistä suoriutumista koskevista kysymyksistä. Laadullista aineistoa analysoitiin ensin aineistolähtöisesti, induktiivisen logiikan periaatteilla. Aineiston uudelleen luokittelu (III) deduktiivisesti testasi kvantitatiivisen osuuden tuloksia sekä aineistolähtöisesti tuotettua mallia. Tulosten yhdistämisessä malliksi abduktio (IV) merkitsi mallin rakentamisessa myös sitä, että suoriutumista tarkasteltiin ensisijaisesti iäkkään itsensä näkökulmasta, mihin muut näkökulmat liittyivät. Ratkaisulle viitteitä antoi teorialähtöisessä, deduktiivisessa sisällönanalyysissä syntynyt ongelma, jossa osaa yksiköistä ei voitu sijoittaa etukäteen luotuihin kategorioihin. Tästä johtuen nämä yksiköt luokiteltiin uudelleen aineistolähtöisesti, induktiivisesti. Näin mallin rakentamisessa integroitiin tuloksia siten, että pidettiin keskeisenä hoidettavan ihmisen eheyttä ja holistisuutta (Sandelowski 1994, Kim 2000, Newman 2002).



Kuva 5. *Teoreettisen mallin rakentaminen*

Mallissa yhdistettiin hoitotyön tutkijoiden näkemykset kotisairaanhoidajien arvioinnin kautta ja iäkkäiden itsensä oleellisina pitämät päivittäiseen suoriutumiseen liittyvät tekijät. Mallin avulla on mahdollista arvioida iäkkään henkilön kotona suoriutumista kiinnittäen huomiota sellaisiin seikkoihin, jotka ovat oleellisia ja merkittäviä suoriutumisessa.

5. TULOKSET

5.1 Iäkkäiden suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista ja siihen yhteydessä olevat tekijät kotisairaanhoidajien arvioimina

5.1.1 Kotisairaanhoidon asiakkaiden taustatiedot ja suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista

Kotisairaanhoidajien arvioimista kotisairaanhoidon asiakkaista (N = 204) kaksi kolmasosaa oli 75 - 84 -vuotiaita, nuorin oli 75 ja vanhin 90 -vuotias keskiarvon ollessa 83 vuotta. Valtaosa oli naisleskiä. Peruskoulutuksena oli useimmiten (84 %) kansakoulu tai vähemmän. Iäkkäiden tulotason kotisairaanhoidajat arvioivat yleensä vähintään tyydyttäväksi. (taulukko 4)

Tutkituista lähes kaikki iäkkäät (91 %) suoriutuivat kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan täysin itsenäisesti perustoiminnoista (BADL) kuten WC:ssä käymisestä ja vuoteeseen menosta sekä sieltä nousemisesta, jotka ovat keskeisiä toimintoja itsensä hoitamisessa. Ruokailu ja syöminen tapahtuivat myös useimmiten (84 %) täysin itsenäisesti. Koko vartalon pesussa ja ulkonäöstä huolehtimisessa tarvittiin useammin apua kuin muissa toiminnoissa. (liite 9, taulukko 1) Kotona asuvat iäkkäät henkilöt olivat pääosin itsenäisiä useimmissa toiminnoissa ja varsin harvat iäkkäät olivat täysin autettavia itsensä hoitamisessa.

Välineellisistä toiminnoista (IADL), jotka ovat välttämättömiä ympäristön ja talouden hoidossa, veden kuumentaminen ja puhelimen käyttö olivat toimintoja, joista suurin osa iäkkäistä suoriutui kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan useimmiten (59 – 82 %) täysin itsenäisesti. Ostosten tekemisessä (52 %) ja kodin ulkopuolella liikkumisessa noin puolet iäkkäistä oli täysin toisen henkilön avun varassa (42 %). Kodinhoidosta ja taloustöistä suoriutui myös vain pieni osa (8 %) täysin itsenäisesti, ja lähes kaikki tarvitsivat niissä jotain apua. Suurimmalle osalle (66 %) kodin ulkopuolella liikkuminen ilman jonkin asteista apua oli mahdotonta. (liite 9, taulukko 2) Välineellisissä toiminnoissa kotona asuvilla iäkkäillä täydellistä avun tarvetta oli selvästi enemmän kuin perustoiminnoissa.

Taulukko 4. *Kotisairaanhoidon asiakkaiden ikä-, sukupuoli-, siviilisäätö-, koulutus- ja tulotasojakauma (N=204)*

		%
Ikä	75-79 -vuotiaat	27
	80-84	41
	85-89	22
	90 ja yli	10
Sukupuoli	mies	15
	nainen	85
Siviilisäätö	naimisissa tai avoliitossa	15
	leski	64
	eronnut	5
	naimaton	16
Koulutus	ylioppilastutkinto tai lukio	7
	keskikoulu	9
	kansakoulu	72
	vähemmän kuin kansakoulu	12
Tulotaso	hyvät tulot (hyvä eläke ja muita tuloja)	9
	kohtalaiset tulot (hyvä eläke)	24
	tyydyttävät tulot (vanhuuseläke ja työeläke)	53
	pienet tulot (vanhuuseläke ja lisät)	14

Kehittyneitä, ns. korkeamman tasoisia toimintoja (AADL) kuvaavissa toiminnoissa yli puolet iäkkäistä kotisairaanhoidettujen arvioinnin mukaan toimi aktiivisesti tai erittäin aktiivisesti pitäessään yhteyttä omaisiin (69 %) ja seuratessaan erilaisia tapahtumia tiedotusvälineiden avulla (58 %). Runsas neljännes iäkkäistä seurasi maailman tapahtumia erityisen aktiivisesti lukemalla ja noin kolmannes TV:n ja radion välityksellä. (liite 9, taulukko 3) Yhteyksiä omaisiin piti aktiivisesti myös noin kolmannes tutkituista. Erilaisista harrastuksista viikoittainen aikakauslehtien ja kirjojen lukeminen sekä vierailut ystävien ja sukulaisten luokse olivat yleisimpiä. (liite 9, taulukko 4) Iäkkäät olivat arvioinnin mukaan keskimäärin jonkin verran aktiivisempia yksin ja kotona tapahtuvissa kuin sosiaalisissa ja liikkumista vaativissa harrastuksissa.

5.1.2 Kognitiivinen tila ja muut terveydentilan ja elämäntilanteen tekijät

Iäkkäiden kognitiivinen tila oli kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan varsin hyvä. Tutkituista iäkkäistä lähes kaikki (93 %) olivat erittäin hyvin tietoisia olinpaikastaan ja ymmärsivät kommunikaatiota (89 %) erittäin hyvin. Lähes kolme neljänestä tutkituista oli erittäin hyvin tietoinen ajasta, myös puheen loogisuus oli kahdella kolmasosalla erittäin hyvä. Noin puolella iäkkäistä arvioitiin muistitoiminnot yleensä ja hoitajien tunnistaminen erittäin hyväksi. Äskeisten ja menneiden tapahtumien muistaminen arvioitiin erittäin hyväksi yli puolella iäkkäistä. Tutkittujen muistitoiminnot kokonaisuutena arvioituina olivat heikentyneet tai erittäin huonot yhteensä vain yhdellä viidesosalla. (liite 10, taulukko 1)

Mielialan masentuneisuutta ilmaisevia oireita esiintyi kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan tutkituilla varsin vähän. Heistä 80 prosenttia ei ollut kertaakaan viikon aikana itkenyt, puolet tutkituista ei ollut ilmaissut ahdistusta tai jännitystä, eikä pessimismiä tulevaisuuden suhteen. Erilaisista masennusta kuvaavista ilmaisuista arvioitiin iäkkäiden käyttäneen eniten ilmaisua "tunnen itseni yksinäiseksi" (35 %). Ilmaisuja "vanhetessa ihminen käy tarpeettomaksi", "huolestuneisuus vaikuttaa unen saantiin", "toisinaan tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista", ja "elämä on minulle useimmiten vaikeaa" oli käyttänyt runsas yksi viidesosa tutkituista viikon aikana. Kaikkia muita masentuneisuutta kuvaavia ilmaisuja oli käytetty tätä vähemmän (3 - 20 %). (liite 10, taulukko 2 ja 3)

Sosiaalista tukea kotona asuville iäkkäille viikon aikana arvioitiin antaneen eniten lapset tai heidän perheensä (55 %) ja muut sukulaiset (51 %), seuraavaksi eniten tukea saatiin ystäviltä tai naapureilta. Sosiaalisen tuen laatua kuvaavista muuttujista ystävien ja omaisten suhtautuminen potilaan vanhenemiseen oli erittäin myönteistä 67 prosentilla, ja ystävien ja omaisten suhde potilaaseen oli erittäin hyvä 51 prosentilla. Omaisista ja ystävistä puolet piti myös erittäin hyvin yhteyttä iäkkääseen. Yksin asuvia tutkituista oli 75 prosenttia, ja puolison kanssa asui 15 prosenttia. (liite 10, taulukko 4 ja 5)

Fyysistä terveydentilaa mitattiin arvioimalla erilaisia vaivoja ja lääkkeiden käyttöä. Erilaisista vaivoista ja oireista arvioivat kotisairaanhoidajat eniten esiintyneen huimausta (51 %), seuraavaksi eniten esiintyi nivelkipuja (42 %) ja unettomuutta (34 %). Iäkkäistä 70 prosenttia käytti lääkkeitä sydämen vajaatoimintaan ja 46 prosenttia käytti särkylääkkeitä. Noin puolella tutkituista näkö ja kuulo olivat hyvät ja paino normaali. (liite 10, taulukko 6, 7 ja 8)

Iäkkään henkilön sosioekonomista tilannetta kuvaavista tekijöistä hoitajien arvioinnin mukaan asuinympäristön viihtyisyys (52 %) ja asunnon varustetaso (54 %) sijoittuivat yli puolella luokkaan "hyvä". Peruskoulutuksen taso suurella

osalla (88 %) oli vähintään kansakoulu, samoin tulotaso oli tyydyttävä 53 prosentilla tai sitä parempi 33 prosentilla. Iäkkäistä 67 prosenttia asui omassa asunnossaan. (liite 10, taulukko 9)

5.1.3 Päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Päivittäisen suoriutumisen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden kahden välisessä vertailussa suoriutumisen summamuuttujat luokiteltiin ensisijaisesti kahteen luokkaan. Näin voitiin selkeämmin tarkastella sekä hyvää eli täysin tai jokseenkin itsenäistä ja aktiivista suoriutumista että huonoa eli osin itsenäistä, ei aktiivista tai autettuna suoriutumista, nämä tasot on määritelty analyysin muuttujien pisterajojen avulla (liite 7-4,5,6). Luokkien määrää vähentämällä saatiin myös tiivistettyä tilastollisia analyysejä. Analyyseissä on lisäksi tarkasteltu muita mahdollisia luokituksia.

Perustoiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Hyvä kognitiivinen tila, jossa keskeisinä ovat muistitoiminnot, oli kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan yhteydessä hyvään päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumiseen. Suoriutuminen oli parempaa iäkkäillä, joilla oli hyvä kognitiivinen tila; yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (taulukko 5). Myös tarkasteltaessa kognitiivista tilaa neliluokkaisena perustoiminnoista suoriutumisen neliluokkaiseen tasoon yhteys säilyi erittäin merkitsevänä ($p < 0,001$) (liite 11, taulukko 1).

Taulukko 5. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot				Yhteensä (n=204)
	Erittäin hyvä (n=111) %	Jokseenkin hyvä (n=54) %	Vähän heikentynyt (n=20) %	Erittäin huono (n=19) %	
BADL- suoriutuminen					
Itsenäisesti	71	56	60	26	62
Autettuna	29	44	40	74	38
Yhteensä	100	100	100	100	100

Khiin neliö 15,177 (df 3); $p = 0,002$

Tarkasteltaessa masentuneisuutta kuvaavien ilmausten käytön yhteyttä perustoiminnoista suoriutumiseen havaittiin, että jollei ollut käyttänyt tiettyjä masentuneisuutta kuvaavia ilmauksia viikon aikana, niin suoriutuminen oli parempaa. Ilmaisun "elämä on minulle useimmiten vaikeaa" viikoittaisella esiintymisellä oli melkein merkitsevä yhteys heikompaan perustoiminnoista suoriutumiseen ($p = 0,044$) (liite 11, taulukko 2). Hyvää suoriutumista perustoiminnoista edisti myös se, että läheinen ystävä oli ollut kuluneen viikon

aikana yhteydessä iäkkääseen henkilöön; yhteys oli melkein merkitsevä ($p = 0,034$) (liite 11, taulukko 3).

Iäkäs henkilö suoriutui päivittäisistä perustoiminnoista myös paremmin, kun hänellä ei ollut virtsaamisvaikeuksia (taulukko 6) eikä nivelkipuja (liite 11, taulukko 4); yhteys virtsaamisvaikeuksiin oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ja nivelkipuihin melkein merkitsevä ($p = 0,013$).

Taulukko 6. *Virtsaamisvaikeuksien yhteys perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä (IADL) toiminnoista suoriutumiseen*

	Virtsaamisvaikeuksien ilmeneminen		
	Ei (n=162) %	Kyllä (n=42) %	Yhteensä (n=204) %
BADL-suoriutuminen*1)			
Itsenäisesti	68	38	62
Autettuna	32	62	38
Yhteensä	100	100	100
IADL -suoriutuminen *2)			
Itsenäisesti	48	24	43
Autettuna	52	76	57
Yhteensä	100	100	100

*1) Khiin neliö 12,54 (df 1); $p < 0,001$

*2) Khiin neliö 8,055 (df 1); $p = 0,005$

Lääkkeiden käytön kokonaismäärällä ei ollut yhteyttä perustoiminnoista suoriutumiseen. Sen sijaan virtsatieinfektiolääkkeen käytöllä oli yhteys siten, että jos henkilö ei käytä lääkettä, hän suoriutuu paremmin; yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (taulukko 7).

Välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Kognitiivinen tila oli myös yhteydessä kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen. Suoriutuminen oli parempaa hyvän kognitiivisen tilan omaavilla; yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä (taulukko 8). Myös tarkasteltaessa yhteyttä kognitiivisen tilan kolmiluokkaisesta tasosta välineellisistä toiminnoista suoriutumisen neliluokkaiseen tasoon, yhteys säilyi edelleen erittäin merkitsevänä ($p < 0,001$) (liite 11, taulukko 5).

Taulukko 7. *Virtsatieinfektiolääkkeen käytön yhteys perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä (IADL) toiminnoista suoriutumiseen*

	Virtsatieinfektiolääkkeen käyttö		
	Ei (n=168) %	Kyllä (n=36) %	Yhteensä (n=204) %
BADL -suoriutuminen *1)			
Itsenäisesti	68	33	62
Autettuna	32	67	38
Yhteensä	100	100	100
IADL -suoriutuminen *2)			
Itsenäisesti	49	14	43
Autettuna	51	86	57
Yhteensä	100	100	100

*1) Khiin neliö 14,96 (df 1); $p < 0,001$

*2) Khiin neliö 15,24 (df 1); $p < 0,001$

Korkea ikä näytti myös heikentävän IADL -suoriutumista tarkasteltaessa suoriutumista kahteen ja ikää luokiteltuina kolmeen luokkaan siten, että yli 85-vuotiaista muodostettiin oma luokka; yhteys oli lähes melkein merkitsevää (Khiin neliö 5,950; $p = 0,051$).

Taulukko 8. *Henkilön kognitiivisen tilan yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen*

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot				Yhteensä (n=204) %
	Erittäin hyvä (n=111) %	Jokseenkin hyvä (n=54) %	Vähän heikentynyt (n=20) %	Erittäin huono (n=19) %	
IADL- suoriutuminen					
Itsenäisesti	55	39	20	10	43
Avun turvin	45	61	80	90	57
Yhteensä	100	100	100	100	100

Khiin neliö 19,320 (df 3); $p < 0,001$

Sosiaalisen tuen kokonaismäärällä ei ollut yhteyttä välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen, mutta yksittäisistä tuen antajista naapurin viikottainen yhteydenpito merkitsi parempaa suoriutumista; yhteys oli tilastollisesti melkein merkitsevää ($p = 0,024$) (liite 11, taulukko 6).

Oireista erityisesti virtsaamisvaikeuksilla oli yhteys välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen. Henkilö suoriutui paremmin, kun hänellä ei ollut virtsaamisvaikeuksia; yhteys oli tilastollisesti merkitsevää (taulukko 6). Lääkkeiden käytön kokonaismäärällä ei todettu yhteyttä välineellisistä

toiminnoista suoriutumiseen; sen sijaan virtsatieinfektiolääkkeen käytöllä oli erittäin merkitsevä yhteys siten, että jos henkilö ei käyttänyt lääkettä, niin hän suoriutui paremmin (taulukko 7).

Kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Hyvä kognitiivinen tila edisti kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan myös kehittyneistä toiminnoista suoriutumista; yhteys oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, kun tarkasteltiin suoriutumista kaksiluokkaisena ja kognitiivista tilaa neliluokkaisena (taulukko 9). Edelleen kun tarkasteltiin sekä kognitiivista tilaa että kehittyneistä toiminnoista suoriutumista kolmiluokkaisena, löytyi erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$) (liite 11, taulukko 7).

Taulukko 9. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot				Yhteensä (n=204)
	Erittäin hyvä (n=111)	Jokseenkin hyvä (n=54)	Vähän heikentynyt (n=20)	Erittäin huono (n=19)	
AADL -suoriutuminen	%	%	%	%	%
Aktiivinen	52	30	10	5	38
Ei aktiivinen	48	70	90	95	62
Yhteensä	100	100	100	100	100

Khiin neliö 26,538 (df 3); $p < 0,001$

Mielialan masentuneisuudesta ja masennusta kuvaavien ilmaisujen käytöstä kotisairaanhoidajien arviointien mukaan ilmeni jonkin asteista yhteyttä kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen; kuitenkin niin, että vähemmän masentuneet ja vähän masennusta kuvaavia ilmaisuja käyttäneet suoriutuivat heikommin. Yhteys oli havaittavissa vain, kun luokiteltiin sekä käytetty masennusilmausten lukumäärä että suoriutuminen kahteen luokkaan; riippuvuus oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,025$) (liite 11, taulukko 8). Myös masentuneisuutta kuvaavien ilmaisujen "harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aiemmin" ja "minulla on paljon surun aiheita" viikoittaisella esiintymisellä näytti olevan yhteyttä parempaan suoriutumiseen kehittyneistä toiminnoista. Yhteys oli melkein merkitsevä ($p = 0,036$ ja $p = 0,040$) (liite 11, taulukko 9).

Iäkkäiden suoriutuminen kehittyneistä toiminnoista oli parempaa, kun saatu sosiaalinen tuki oli laadultaan hyvää ja määrältään runsasta verrattuna henkilöihin, joiden saama tuki oli heikompaa ja määrältään vähäisempää. Sosiaalisen tuen laadun ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumisen kahden välisessä vertailussa havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p = 0,009$) (liite 11, taulukko 10). Yhteys oli erittäin merkitsevä ($p = 0,001$), kun luokiteltiin kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen kahteen ja tuen laatu kolmeen luokkaan. Sosiaalisen tuen määrän yhteys kehittyneistä toiminnoista

suoriutumiseen oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p = 0,017$) sosiaalisen tuen ollessa kolmiluokkaisena ja suoriutuminen kaksiluokkaisena (liite 11, taulukko 11). Kehittyneistä toiminnoista suoriutuminen oli myös parempaa, jos sukulaiset pitivät yhteyttä; yhteys oli tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,008$) (liite 11, taulukko 12). Kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen särkylääkkeen käytöllä oli melkein merkitsevä yhteys siten, että lääkkeen käyttö merkitsi parempaa suoriutumista (Khiin neliö 4,748; $p = 0,029$).

Sosioekonominen tilanne ei ollut merkitsevästi yhteydessä kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen. Vain kun tarkasteltiin sitä kaksiluokkaisena ja suoriutumisen tasoa kaksiluokkaisena, niin parempi sosioekonominen asema näytti edistävän parempaa kehittyneistä toiminnoista suoriutumista; yhteys oli suuntaa antava (Khiin neliö 3.582; $p = 0,058$).

Kokonaissuoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät

Kokonaissuoriutuminen oli parempaa hoitajien arvioinnin mukaan hyvän kognitiivisen tilan omaavilla; yhteys oli erittäin merkitsevä tarkasteltaessa suoriutumista neliluokkaisena ja kognitiivista tilaa kolmiluokkaisena (taulukko 10). Kun kokonaissuoriutuminen luokiteltiin kahteen luokkaan, säilyi yhteys myös erittäin merkitsevänä (Khiin neliö 26,445; $p < 0,001$)

Taulukko 10. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kokonaissuoriutumiseen (ADL)

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot			
	Erittäin hyvä (n=111) %	Jokseenkin hyvä (n=54) %	Heikentynyt (n=20) %	Yhteensä (n=204) %
ADL-suoriutuminen				
Itsenäinen, eritt. aktiivinen	30	20	3	22
Osin itsenäinen, aktiiv.	50	41	23	43
Avun turvin, ei aktiiv.	17	33	41	26
Täysin autettuna, passiiv.	3	6	33	9
Yhteensä	100	100	100	100

Khiin neliö 52.948 (df 6); $p < 0,001$

Korkea ikä näytti myös heikentävän ADL -suoriutumista tarkasteltaessa suoriutumista kahteen ja ikää luokiteltuna kolmeen luokkaan silloin, kun yli 85-vuotiaista muodostettiin oma luokka; yhteys oli lähes melkein merkitsevä (Khiin neliö 5,950; $p = 0,051$). Edelleen sosiaalisen tuen runsaus edisti hyvää kokonaissuoriutumista; yhteys oli melkein merkitsevä (Fisherin testi 7,823; $p = 0,047$) kun suoriutuminen luokiteltiin kahteen luokkaan. Henkilöllä ilmenevien oireiden ja vaivojen lukumäärällä todettiin olevan melkein merkitsevä (Fisherin testi 18,128; $p = 0,030$) yhteys kokonaissuoriutumiseen (ADL). Sen sijaan lääkkeiden käytön kokonaismäärällä ei ollut yhteyttä kokonaissuoriutumiseen.

Lisäksi tarkasteltiin päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen muuttujien ja terveydentilan ja elämäntilanteen muuttujien yhteyksiä Spearmanin korrelaatiokertoimen avulla, jolloin voitiin todeta tulosten myös tukevan ristiintaulukointien avulla saatuja tuloksia (liite 11, taulukko 13).

5.1.4 Päivittäistä suoriutumista selittävät tekijät

Hyvää suoriutumista päivittäisestä elämisestä selittäviä tekijöitä etsittiin logistisen regressioanalyysin avulla, jolla voidaan tutkia yhteyksien suuntaa. Tällöin tarkasteltiin erilaisten terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöiden yhteisvaikutusta päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Regressiomalliin ehdotetut muuttujat valittiin ristiintaulukointien perusteella siten, että mukaan otettiin ensisijaisesti tilastollisesti merkitsevät yhteydet saaneita muuttujia. Mukaan valittiin myös joitain melkein merkitseviä yhteyksiä saaneita, joiden ajateltiin olevan tärkeitä ja joiden merkitystä yhteisvaikutusten tarkastelussa haluttiin vielä arvioida.

Perustoiminnoista suoriutumiseen iäkkäillä vaikutti voimakkaasti kognitiivinen tila. Erittäin hyvät kognitiiviset kyvyt omaavilla oli 7,8 -kertainen mahdollisuus suoriutua perustoiminnoista hyvin verrattuna heikon kognitiivisen kyvyn omaaviin, yhteys oli erittäin merkitsevä. Iäkkäillä, joilla ei ollut virtsaamisvaikeuksia eikä niveloireita tai virtsatieinfektiolääkitystä, oli keskimäärin kolminkertainen mahdollisuus suoriutua hyvin perustoiminnoista verrattuna henkilöihin, joilla näitä tekijöitä esiintyi.

Edelleen viikoittainen läheisen ystävän yhteydenpito merkitsi kaksi kertaa parempaa mahdollisuutta suoriutua perustoiminnoista paremmin verrattuna niihin, joilla ei ollut läheisen ystävän tukea; ero oli melkein merkitsevä. (taulukko 11) Perustoiminnoista suoriutumista selittävään logistiseen regressiomalliin valituista muuttujista ulkopuolelle jäivät: ”maksettu apu” on ollut yhteydessä viikon aikana ja ilmaisu: ”elämä on minulle useimmiten vaikeaa”.

Taulukko 11. Perustoiminnoista (BADL) suoriutumista selittävät tekijät

Selittäjät	OR	Luottamusväli		p-arvo
		alaraja	yläraja	
Kognitiivinen tila				
Heikko kognitiivinen tila	1,0			0,005
Tyydyttävä kognitiivinen tila	3,9	0,9	17,4	0,080
Hyvä kognitiivinen tila	3,3	1,0	11,5	0,059
Eritt. hyvä kognitiivinen tila	7,8	2,3	26,2	0,001
Virtsaamisvaikeudet				
On	1,0			
Ei	3,1	1,4	7,3	0,008
Virtsatieinfektiolääkkeiden käyttö				
Käyttää	1,0			
Ei käytä	2,9	1,2	7,4	0,022
Niveloireita				
On	1,0			
Ei	2,6	1,3	5,2	0,007
Ystäväpalvelu viikon aikana yhteydessä				
On	1,0			
Ei	10,9	1,0	117,9	0,049
Läheinen ystävä viikon aikana yhteydessä				
Ei	1,0			
On	2,3	1,0	4,9	0,042
Angina pectoris -lääkitys				
Ei käytä	1,0			
Käyttää	1,9	1,0	3,9	0,064

Myös välineellisistä toiminnoista suoriutumista paransi voimakkaimmin erittäin hyvä kognitiivinen tila. Kun iäkkäiden kognitiiviset kyvyt olivat erittäin hyvät, niin heillä oli 13,9 -kertainen mahdollisuus suoriutua hyvin välineellisistä toiminnoista verrattuna henkilöihin, joilla oli heikot kognitiiviset kyvyt, ja myös hyvät kognitiiviset kyvyt omaavilla oli vielä viisinkertainen mahdollisuus suoriutua hyvin verrattuna heikot kognitiiviset kyvyt omaaviin. Parempaan suoriutumiseen vaikutti myös nuorempi ikä siten, että alle 85-vuotiaiden mahdollisuus suoriutua hyvin oli kolminkertainen verrattuna sitä vanhempiin.

Se, ettei käyttänyt virtsatieinfektiolääkkeitä, lisäsi viisinkertaiseksi hyvin suoriutumisen mahdollisuutta IADL -toiminnoista lääkkeitä käyttäviin verrattuna. Samoin virtsaamisvaikeuksien puuttuminen edisti hyvin suoriutumista kaksinkertaisesti. Se, että iäkkäillä oli ollut viikoittain naapuriin yhteyttä, edisti parempaa suoriutumista myös yli kaksinkertaisesti. Sen sijaan se, että oli kohtalainen tai jopa vähäinen sosiaalisen tuen antajien lukumäärä, näytti edistävän hyvän suoriutumisen mahdollisuutta verrattuna henkilöihin, joilla oli

yli kolme erilaista sosiaalisen tuen antajaa. (taulukko 11) Välineellisistä toiminnoista suoriutumista selittävään logistiseen regressiomalliin valituista muuttujista ulkopuolelle jäivät: ”maksettu apu” on ollut yhteydessä viikon aikana ja näkökyky.

Taulukko 12. Välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumista selittävät tekijät

Selittäjä	OR	Luottamusväli		p-arvo
		alaraja	yläraja	
Kognitiivinen tila				
Heikko kognitiivinen tila	1,0			0,001
Tyydyttävä kognitiivinen tila	2,3	0,3	15,8	0,414
Hyvä kognitiivinen tila	5,6	1,1	29,7	0,044
Erittäin hyvä kognitiivinen tila	13,9	2,7	71,9	0,002
Ikä				
Vanhimmat (yli 85 v.)	1,0			0,012
Vanhat (80-84 v.)	2,9	1,3	6,4	0,007
Nuorimmat (75-79 v.)	3,0	1,3	7,2	0,013
Virtsatieinfektiolääkkeen käyttö				
Käyttää	1,0			
Ei käytä	5,2	1,7	16,2	0,004
Sosiaalisen tuen lukuisuus				
Suuri	1,0			0,049
Vähäinen	4,9	1,1	21,4	0,033
Kohtalainen	4,9	1,4	17,7	0,014
Naapuri yhteydessä viikon aikana				
Ei	1,0			
On	2,4	1,1	5,1	0,028
Virtsaamisvaikeudet				
On	1,0			
Ei	2,3	0,9	5,8	0,081

Kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen vaikutti myös voimakkaimmin hyvä kognitiivinen tila. Hyvät kognitiiviset kyvyt omaavilla oli lähes viisinkertainen mahdollisuus suoriutua kehittyneistä toiminnoista hyvin eli heillä oli enemmän sosiaalisia aktiviteettejä ja runsaimmin harrastuksia verrattuna heikot kognitiiviset kyvyt omaaviin. Myös se, ettei esiintynyt rintakipua tai että oli vähintään tyydyttävä näkökyky mahdollisti paremman suoriutumisen. Samoin se, että sukulaiset ja lapset pitivät viikoittain yhteyttä, paransi suoriutumista kehittyneistä toiminnoista yli kaksinkertaisesti. Henkilöillä, jotka käyttivät paljon masennusta kuvaavia ilmaisuja, näytti olevan mahdollisuus suoriutua kehittyneistä toiminnoista paremmin verrattuna masentuneisuutta kuvaavia ilmaisuja vähän käyttäviin. Vertailuluokkien p-arvot ($p = 0,086$ ja $0,092$) eivät olleet kuitenkaan merkitseviä. (taulukko 13) Kehittyneistä toiminnoista suoriutumista selittävään logistiseen regressiomalliin valituista muuttujista ulkopuolelle jäivät: sosiaalisen tuen määrä, virtsatieinfektiolääkkeen ja särkylääkkeen käyttö, virtsaamisvaikeuksien, niska- ja hartiakipujen, selkäsäryn,

nivelkipujen ja pahoinvoinnin ilmeneminen sekä ilmaisujen ”minulla on paljon surun aiheita” ja ”harmistun pienistäkin asioista” käyttäminen.

Taulukko 13. Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumista selittävät tekijät

Selittäjät	OR	Luottamusväli		p-arvo
		alaraja	yläraja	
Kognitiivinen tila				
Heikko	1,0			0,001
Tyydyttävä	1,1	0,06	21,1	0,950
Hyvä	4,7	0,5	43,8	0,175
Erittäin hyvä	16,0	1,8	139,7	0,012
Mieliala				
Ei masentunut	1,0			0,086
Hieman masentunut	1,8	0,5	5,7	0,346
Masentunut	15,1	1,2	184,3	0,034
Näkö				
Erittäin huono	1,0			0,048
Huono	3,9	0,3	59,4	0,322
Tyydyttävä	5,9	0,5	74,2	0,172
Hyvä	12,3	1,1	150,0	0,050
Rintakipu				
On	1,0			
Ei	2,8	1,1	7,5	0,038
Masennusilmausten määrä				
Vähän	1,0			0,092
Jonkin verran	1,3	0,5	3,5	0,613
Paljon	2,7	1,1	6,7	0,031
Sukulaisten viikoitt.yhteydenpito				
Ei pidä yhteyttä	1,0			
Pitää yhteyttä	2,3	1,1	5,0	0,031
Sosioekonominen tilanne				
Heikko	1,0			0,031
Tyydyttävä	1,2	0,2	5,5	0,845
Hyvä	3,7	0,8	17,7	0,102
Erittäin hyvä	1,1	0,1	8,5	0,958
Lasten viikoitt. yhteydenpito				
Ei pidä yhteyttä	1,0			
Pitää yhteyttä	2,1	0,9	4,7	0,074

Kokonaissuoriutumista edisti voimakkaimmin kognitiivisen tilan hyvä taso. Kun iäkkäiden kognitiivinen tila oli hyvä, niin heillä on yli 10-kertainen mahdollisuus suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan paremmin verrattuna henkilöihin, joilla oli heikot kognitiiviset kyvyt, ja myös tyydyttävät kognitiiviset kyvyt omaavilla oli vielä yli nelinkertainen mahdollisuus suoriutua hyvin verrattuna heikot kognitiiviset kyvyt omaaviin. Edelleen merkittävänä selittäjänä oli se, ettei henkilö käyttänyt virtsatieinfektio lääkkeitä eikä hänellä ollut virtsaamisvaikeuksia. Iällä oli myös vaikutusta kokonaissuoriutumiseen; alle 85 -vuotiailla oli kolminkertainen mahdollisuus suoriutua paremmin kuin sitä

vanhemmilla. Edelleen naapurien viikoittainen yhteydenpito mahdollisti paremman selviytymisen. Sen sijaan kun henkilöllä ei ollut maksettua apua viikoittain, niin hän näytti suoriutuvan paremmin kuin apua saavat. (taulukko 14) Kokonaissuoriutumista selittävään logistiseen regressiomalliin valituista muuttujista ulkopuolelle jäivät: sosiaalisen tuen määrä, näkökyky, paino ja angina pectoris -lääke.

Taulukko 14. Kokonaissuoriutumista (ADL) selittävät tekijät

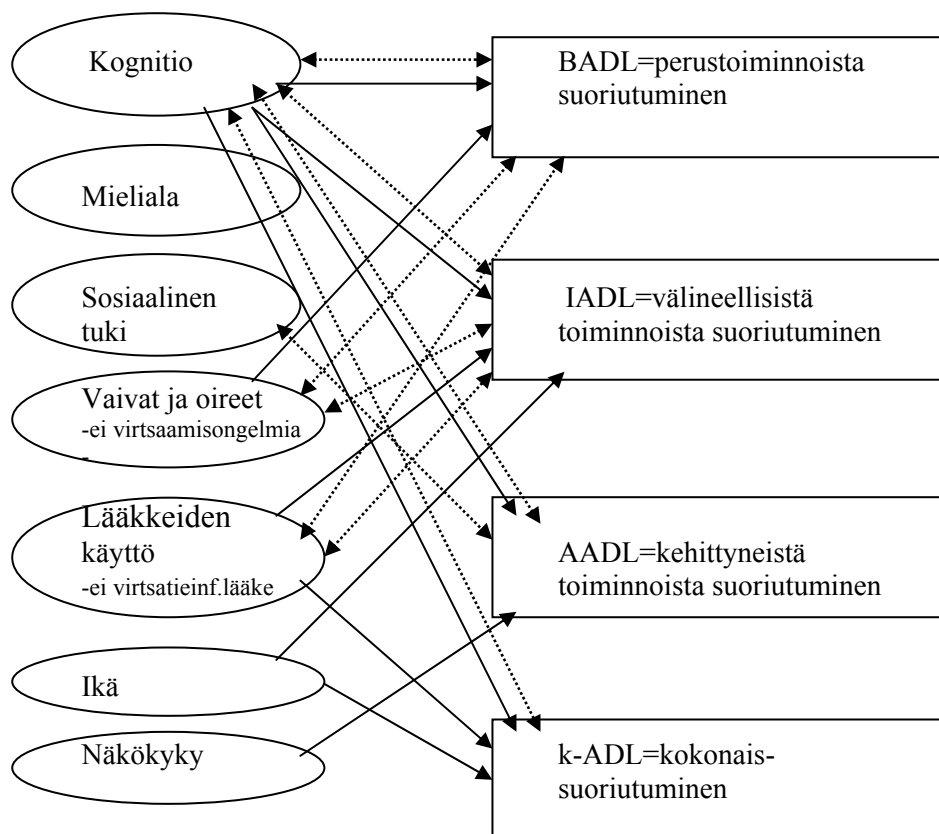
Selittäjät	OR	Luottamusväli		p-arvo
		alaraja	yläraja	
Kognitiivinen tila				
Heikko	1,0			<0,001
Tyydyttävä	4,0	0,4	43,4	0,255
Hyvä	10,9	1,2	96,7	0,031
Erittäin hyvä	31,5	3,7	267,2	0,002
Virtsatieinfektiolääkkeen käyttö				
Käyttää	1,0			
Ei käytä	4,7	1,5	14,7	0,009
Ikä				
Vanhimmat (yli 85 v.)	1,0			0,007
Vanhat (80-84 v.)	3,3	1,5	7,4	0,004
Nuorimmat (75-79 v.)	3,3	1,3	8,2	0,009
Virtsaamisvaikeuksia				
On	1,0			
Ei	2,8	1,1	7,3	0,034
Muu maksettu apu viikoitt. yhteydessä				
On	1,0			
Ei	5,0	1,5	17,6	0,011
Naapuri yhteydessä viikoittain				
Ei	1,0			
On	2,2	1,1	4,5	0,031

5.1.5 Yhteenveto

Kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan tämän aineiston kotona asuvat iäkkäät suoriutuivat varsin itsenäisesti kotona tapahtuvista erilaisista päivittäisistä toiminnoista, vain raskaammissa liikkumista vaativissa toiminnoissa he tarvitsivat apua sekä kotona että sen ulkopuolella. Kognitiivinen tila arvioitiin useimmilla erittäin hyväksi, masentuneisuutta ilmeni myös varsin vähän. Iäkkäät saivat eniten sosiaalista tukea lapsilta ja sukulaisilta. Erilaisia oireita ja vaivoja esiintyi iäkkäillä runsaasti, ja he käyttivät paljon lääkkeitä.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan merkittävimäksi nousi kognitiivinen tila ja siihen kuuluvat

muistitoiminnot. Hyvä kognitiivinen tila merkitsi parempaa suoriutumista perustoiminnoista, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista sekä suoriutumista kokonaisuudessaan. Perus- ja välineellistä toiminnoista suoriutumista sekä kokonaissuoriutumista edisti virtsaamisvaivojen ja niiden lääkityksen puuttuminen. Nuorempi ikä edisti välineellisistä toiminnoista suoriutumista ja kokonaissuoriutumista. Sosiaalinen tuki näytti edistävän sekä perus-, välineellistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumista samoin kuin kokonaissuoriutumista. (kuva 6)



Kuva 6. Kvantitatiivisen analyysin tulosten kuvaus(*)

*Kahden välisestä vertailusta valittu ristiintaulukoinneista vähintään merkitsevät p-arvot

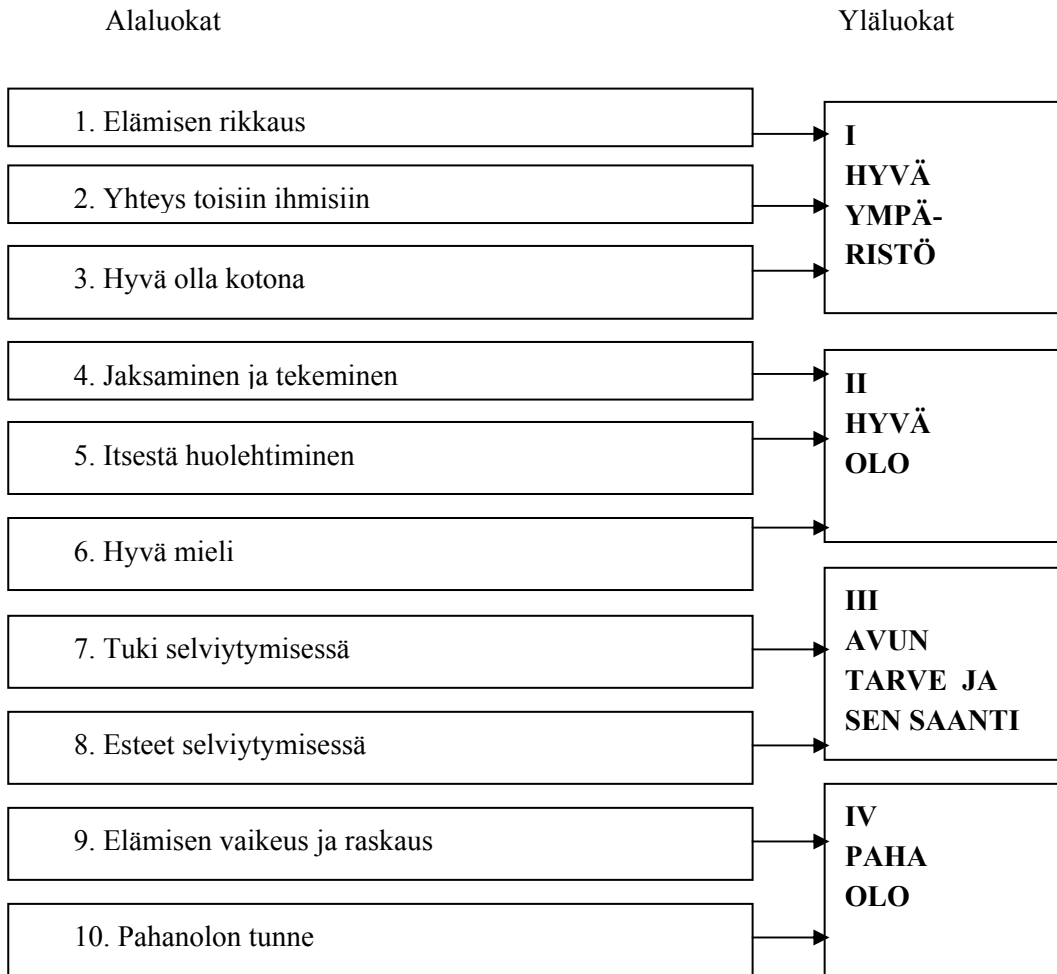
*Monen välisestä vertailusta valittu yli 3,0 OR-luvut ja merkitsevät p-arvot

5.2 Kotona suoriutuminen iäkkäiden omana kokemuksena

5.2.1 Haastateltujen kuvaus ja johdanto iäkkäiden kokemusten kuvaukseen

Haastatellut iäkkäät henkilöt (n=20) valittiin kahdesta Helsingin terveystieteiden keskukselta, alueet ovat tyypillisiä kaupunkilähiöitä. Iältään valitut kotisairaanhoidon asiakkaat olivat 75 - 93 -vuotiaita, heidän keski-ikänsä oli 83 vuotta. Lähes kaikki haastateltavat olivat naisia ja yksin asuvia. Yksi haastatteluun osallistunut nainen asui sairaan poikansa kanssa ja yksi aviomiehensä kanssa. Haastateltavien joukossa oli vain kolme miestä, joista kaksi asui avio- tai avopuolisonsa kanssa. Kaikki haastateltavat olivat halukkaita osallistumaan haastatteluun ja kertoivat varsin avoimesti elämästään ja päivittäisestä suoriutumisestaan. Heillä ei ollut kotisairaanhoidajien arvioinnin mukaan myöskään vaikeita muistihäiriöitä.

Haastattelun tulokset kuvaavat iäkkäiden henkilöiden kotona suoriutumisen kokonaisuutta heidän itsensä kuvaamina. Seuraavassa tarkastellaan haastattelujen pohjalta suoriutumisen kannalta tärkeiksi ja keskeisiksi nousseita tekijöitä nimettyjen ylä- ja alaluokkien avulla (kuva 7). Yläluokiksi muodostuivat: ”hyvä ympäristö, hyvä olo, avun tarve ja sen saanti sekä paha olo”. Päivittäisen elämisen ja kotona suoriutumisen elementit muodostuivat kymmenestä alaluokasta, joiksi aineiston pohjalta nimettiin seuraavat: elämisen rikkaus, yhteys toisiin ihmisiin, hyvä olla kotona, jaksaminen ja tekeminen, itsestä huolehtiminen, hyvä mieli, tuki selviytymisessä, esteet selviytymisessä, elämisen vaikeus ja raskaus sekä pahanolon tunne. Yläluokkiin kuuluvien elementtien kuvauksessa (kuvat 8 - 17) esitetyt numerosarjat viittaavat alkuperäisen tekstin redusoituun ja luokiteltuun versioon, jossa ne kertovat lausuman järjestysnumeron ja suoriutumisen kuvaukseen kuuluvien lausumien lukumäärän. Tekstissä lainausten jälkeen merkityistä numeroista ensimmäinen numero viittaa haastateltavaan henkilöön ja jälkimmäinen lausuman järjestysnumeroon. Tulosten kuvauksessa autenttiset lainaukset on valittu kuvaamaan merkittäviä ja omaleimaisia iäkkäiden päivittäisestä elämästä suoriutumisen oivalluksia ja kokemuksia.

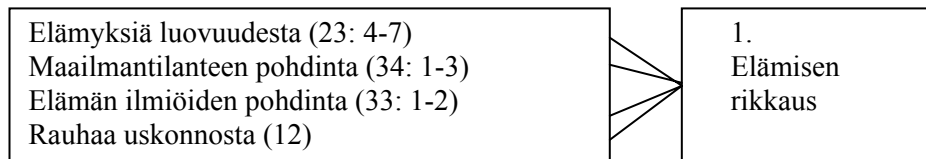


Kuva 7. Iäkkään henkilön kotona suoriutumisen alaluokat ja yläluokat

5.2.2. Hyvän ympäristön elementit

Elämisen rikkaus -alaluokka

Elämisen rikkauden kokonaisuus kuvaa sitä symbolista tai henkistä ympäristöä, jossa iäkkäät elävät. Tämä elementti näyttäytyy iäkkäillä merkittävänä. Heillä on aikaa ja pitkän elämän tuomaa näkemystä tarkkailla ympäröivää maailmaa ja sen ilmiöitä. He peilaavat omaa paikkaansa maansa historiassa ja maailmankaikkeudessa. He etsivät ymmärrystä maailman tapahtumiin ja oman yhteiskuntansa ilmiöihin. Heidän pohdinnoissaan nousevat voimakkaasti esiin elämän arvot. Iäkkäillä on nyt mahdollisuus paneutua sellaisiin harrastuksiin, jotka kiireisessä työelämässä ovat jääneet vähälle. Yksinoloa ei koeta myöskään raskaana. (kuva 8, numeroiden merkitys selitetty sivulla 73)



Kuva 8. *Elämisen rikkaus -alaluokan kuvaus*

Elämyksiä luovuudesta

Päivittäiseen elämiseen haastatelluilla iäkkäillä kuuluu henkisen elämän taso, joka ilmenee eri tavalla eri ihmisillä. Monilla se liittyy yksin olemiseen, joka merkitsee usein viihtymistä ja tottumusta olla yksin sekä tehdä joko arkisia askareita tai luovaa ja ajattelua vaativaa työtä, joka voi muodostua kirjoittamisesta, piirtämisestä, vieraan kielen opiskelusta, harrastusluonteisesta työnteosta tai käsitöistä. Elämyksiä saadaan taiteesta, musiikista, kirjallisuudesta ja luonnon tarkkailusta. Yksinolo koetaan ensisijaisesti positiivisena, seura ei ole tärkeää, koska on totuttu olemaan yksin ja hoitamaan erilaisia arkisia asioita.

"...en minä oikeastaan kaipaa seuraa, mulla on niin paljon tekemistä, mä en kerkiä. Sitten kun mä rupeen kirjoittamaan, sit mä kirjoitan ja kirjoitan." (10.32)

Maailmantilanteen pohdinta

Iäkkäät seuraavat aktiivisesti maailman tilannetta ja pohtivat maailman tapahtumia, kuten terrorismin seurauksia. Elämän ymmärrys heijastuu maailmantilanteen kautta. He peilaavat historiaan nykyajan ilmiöitä ja pohtivat Suomen hyvää yhteiskunnallista tilannetta, jossa kuitenkin huono-osaisten elinolot ja lastenhoitoratkaisut huolettavat. He ihmettelevät poliittisia päätöksiä, akateemisten arvojen korostamista ja masentuneisuudesta puhumista. Elämän tärkeitä arvoja, kuten ihmisten välistä tasa-arvoa, uskonnon merkitystä ja suvaitsevaisuutta sekä kosmopoliittisuutta punnitaan, myös lapsuutta, vanhuutta ja jopa muslimien ajattelutapaa pohditaan.

"Kun ajattelee niitä maita, kun nyt lukee ja katsoo telkkaria, niin kyl se maailma on niin kamala. Kun se räjäytti ne talot, ihan viattomat lapset, ihmiset, ja kuinka monta orpoo, paljon orpoja jäi, heitä mä ajattelen..." (4.43) "Tämmöstä olen pohtinut, että uskonnollinen olen, mä oon kasvanut tässä kodissa niin, että meillä on niin kauan kuin mä muistan, meillä on ollut se ekumeeninen - äiti ihaili katolisuutta. Tämä on kotona opetettu, että meitä ihmisiä on monenlaisia, ja suvaitsevaisuutta on yritetty opettaa." (17.75)

Elämän ilmiöiden pohdinta

Iäkkäät pohtivat usein elämän ilmiöitä, joista vanhuus, kärsimys ja sairaudet ovat tärkeä osa. He näkevät elämän lahjana ja vanhuuden vaiheena, jolloin on sopeuduttava vaivoihin, ja jossa vaikeiden asioiden hyväksyminen nähdään osana elämää. Vanhuuden nähdään myös hiovan luonteen särmiä. Myös kieltä, erityisesti äidinkieltä ilmaisun välineenä pidetään tärkeänä.

"Niin, mä en tosiaan tiedä, mutta en mä ole koskaan vielä ollut kyllästynyt elämään oikeastaan. Että mä tykkään sittenkin, että vaikka tässä ei enää suuria odotuksia ole eikä mitään, mutta kuitenkin tää elämä on semmonen lahja, josta pitää viimeiseen asti kiinni, kynsin hampain..." (7.50)

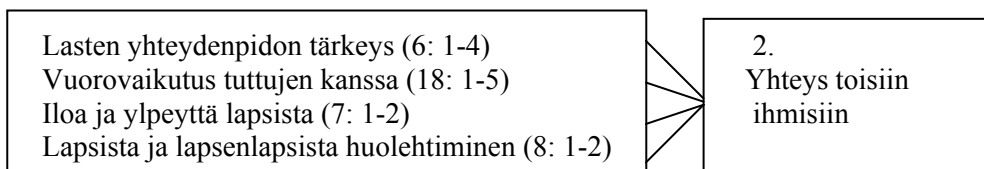
Rauhaa uskonnosta

Uskonnosta iäkkäät saavat myös turvaa ja mielenrauhaa, myös uskonnollisia kirjoja luetaan.

"No, kuinka minä sanoisin, olen sen takiakin jollain tavalla rauhallinen, kun minä käsitän, että se on jumala, joka vie minua eteenpäin joka päivä, päivä päivältä. Ellei olisi sitä, olisin hyvin rauhaton, se on hyvin tärkeä se usko." (16.20)

Yhteys toisiin ihmisiin -alaluokka

Tämä kokonaisuus kuvaa sosiaalista ympäristöä, jossa toiset ihmiset ja sosiaaliset suhteet muodostavat merkittävän osan iäkkään ihmisen elämää. Erityisesti lapset ja lapsenlapset, mutta myös muut läheiset ja omaiset muodostavat sosiaalisen tukiverkon, joka tarjoaa vuorovaikutusmahdollisuuksia, apua ja tukea. (kuva 9)



Kuva 9. *Yhteys toisiin ihmisiin -alaluokan kuvaus*

Lasten yhteydenpidon tärkeys

Iäkkäille henkilöille ovat yhteydet omaisiin ja läheisiin sekä muihin ihmisiin tärkeitä. Lasten ja lastenlasten käynnit ja puhelut sekä muu yhteydenpito ovat erittäin odotettuja tapahtumia. Pettymyksiä aiheutuu, elleivät he voi joskus tulla vierailulle kiireiden tai sairauden takia. Iäkkäät ovat hyvin pettyneitä, jos lapset eivät pidä tiiviisti yhteyttä. Erityisesti lastenlapset ovat rakkaita, heillä on aivan erityinen merkitys iäkkäiden elämässä; heidän tekemisiään on mukava seurata ja heidän kanssaan on hauska leikkiä ja vaikka kertoa luonnosta, joskin vierailut ovat joskus rasittavia.

"Sillä tavalla, meillä on iso suku, tulevat tänne katsomaan meitä. Lapsenlapsia tuleekin huomenna moneksi tunniksi, paljon hauskaa ja paljon vaikeuksiakin." (12.5)

Vuorovaikutus tuttujen kanssa

Tärkeä osa päivittäistä elämää monilla iäkkäillä muodostuu yhteydenpidosta ja seurustelusta ystävien, tuttavien ja entisten työtovereiden kanssa joko puhelimen välityksellä tai vierailujen avulla. Naapurit koetaan mukavina ihmisinä sekä lisäksi merkittävänä tukijoina ja auttajina. Heidän kanssaan voidaan käydä ostoksilla tai maksamassa laskuja ja he voivat hoitaa erilaisia asioita. Naapuruston ja taloyhteisön yhteiset tilaisuudet, kuten kestit pihalla lisäävät viihtymistä. Iäkkäiden kerhotoiminta tarjoaa aktivoivaa seuraa ja tekemistä sekä virkistävää keskustelua, ja sosiaalinen kanssakäyminen piristää. Omaiset tarjoavat myös seuraa ja vievät iäkkäitä joskus erilaisiin virkistystilaisuuksiin, juhliin, ravintolaan, kahvilaan tai sukuloimaan.

"Mulla on hirveesti ystäviä, joskus joinakin päivinä mä saatan saada viis kuus puhelua ja ne on puolesta tunnista tuntiin kestäviä ne puhelut, ympäri Suomea... Meitä oli 6 lasta ja iso liuta serkkuja ja sitten ystäviä, kun on kesämökki, niin siellä on paljon paljon ystäviä, jotka käyvät minua täällä katsomassa." (19.41)
"Eilenkin meillä oli niin hauskaa siellä kerhossa, niin se on hyvin pieni kerho...Eilen ei ollut yhtään miestä, me oltiin kaikki naisia, meillä oli niin mukavaa heti. Sanottiin, että on mukavaa, ettei oo miehiä. Eihän myö mitenkään tuota, ei mitenkään miehiä parjattu, eikä muuta. Mehän ajattelimme, että jos miehet on kuuntelemassa, ne ajattelee, että ne on niitä naisten juttuja, me puhuttiin politiikkaa, puhuttiin tästäkin homoliitosta ja ..." (11.72)

Iloa ja ylpeyttä lapsista

Lasten ja lastenlasten menestyminen elämässä merkitsee iäkkäille paljon, he kertovat ylpeinä heidän ansioistaan ja tekemisistään, heidän kunnollisuuttaan ja rehellisyyttään osataan arvostaa.

"Mä sanon aina, että mä olen rikas ihminen, kun mulla on lapset kaikki kunnollisia. Mä en oo tarttenut kenestäkää mitään häpeää. Ne on kaikki töissä, liikkeessä. Sitä ei voi verrata rahaan, mä tykkään, se on iso rikkaus. (4.35)"

Lapsista ja lapsenlapsista huolehtiminen

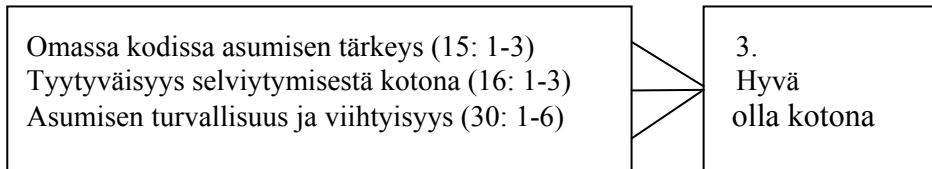
Lasten sairastaminen ja vointi huolettaa iäkkäitä, ja lapsia tuetaan myös joskus rahallisesti.

"Toinen poika sairastui juuri tuohon diabetekseen. Hän on töissä. Mut se on ollut niin rankkaa, niin rankka työ, että hän nyt meni puolet eläkkeelle, miksi sitä sanotaan, osa-aikainen eläke." (10.23)

Hyvä olla kotona -alaluokka

Oma koti elämisen ympäristönä tarjoaa konkreettisen fyysisen ympäristön, jossa iäkäs henkilö voi toimia ja johon voi kiinnittyä. Lähes kaikkien haastateltujen

toive on saada asua omassa kodissaan niin pitkään kuin mahdollista. Kotona selviytymiseen ollaan tyytyväisiä, vaikka joudutaankin käyttämään erilaisia apuvälineitä ja auttajia. Koti myös mahdollistaa erilaisen tekemisen ja toiminnan, mikä pitää yllä toimintakykyä. Se on keskeinen ja hyvin tärkeä paikka iäkkäille, sillä se tarjoaa oman reviirin, jossa voi itse päättää omista asioistaan. (kuva 10)



Kuva 10. *Hyvä olla kotona -alaluokan kuvaus*

Omassa kodissa asumisen tärkeys

Iäkkäät henkilöt pitävät kotia parhaana paikkana ja haluavat ensisijaisesti asua kotonaan niin pitkään kuin mahdollista; siellä voi nauttia olemisestaan ja saa ajan kulumaan. Iäkkäät pitävät palvelutaloja, sairaalaa ja muita hoitopaikkoja ikävinä paikkoina. Sairaalaan ei vapaaehtoisesti lähdetä.

"Tää on minun kotini tää, se on sairaalakoti. Minä tulin mielellään kotiin tänne, vaikka tää on yksinkertaista ja tommosta, koti on kuitenkin paras." (2.53) "...että saa olla kotona, käydä omaan sänkyyn nukkumaan ja päivälläkin ottaa hyvät torkut. Toistaiseksi ainakin selviytyy. Eihän sitä tiedä minkälaiseksi tulee, mutta jos tässäkin kunnossa pysyy. ...". (15.52) "Se on niinku suurin asia, että saa olla kotona. Kyllä kai se on monella muullakin sama. Ei kukaan mene sairaalaan." (18.57)

Tyytyväisyys selviytymisestä kotona

Iäkkäät haastateltavat ilmaisivat selkeästi tyytyväisyytensä ja kiitollisuutensa siihen, että jaksavat tehdä itse jotain ja näin pystyvät selviytymään kotona erilaisista ongelmista huolimatta. Iäkkäät tarvitsevat monenlaisia apukeinoja selvittääkseen päivittäisistä toimistaan. Arkisia askareita hoidetaan istualtaan tai myös pyörätuolista käsin. Esteitä liikkumiseen aiheuttavat usein korkeat kynnykset tai talosta puuttuva hissi.

"Kyllä minä kahvin just, hyvä kun saa hyllyltä alas, se on vähän hankala. Mutta kyllä minä itse joskus aina laitan jotain pientä, iltapalaa ja sillain. Että kyllä sitä täytyy siitä olla tyytyväinen. (2.84) "Niin, mulla on noita apuvälineitä asennettu tänne kahvoja, parvekkeen oven molemmin puolin ja kylpyhuoneeseen ja sitten mulla on semmoinen ammelauta, jonka päällä istun, kun mä joudun aina joka toinen päivä suihkuttaan tuon jalan. Sitä keksii kaikenlaisia konsteja." (19.12) "Mull on pikkuset, näin pienet hohtimet, mä nostan sillä. Ruuvimeisseli ja hohtimet ja, ne on niin hyvät välineet, ei tarvitse mennä ostamaan erikoisia välineitä. Joo, kun vaan semmosta, vasarat ja hohtimet, niitä täytyy käyttää." (17.26)

Asumisen turvallisuus ja viihtyisyys

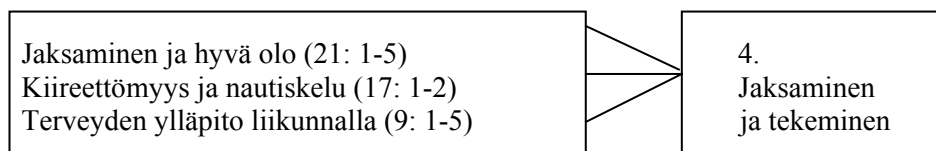
Asunto on iäkkäille keskeinen paikka, ja sen mukavuus ja viihtyisyys ovat tärkeitä. Asuntoa pidetään hyvänä, kun siellä ei ole liikuntaesteitä, se on lämmin ja aurinkoinen, ja sinne saa myös tuuletuksen. Iäkkäät arvostavat vanhoja esineitä, joihin liittyy muistoja. Myös asuinalueen viihtyisyyttä ja talon palveluja pidetään tärkeinä. Lisäksi iäkkäät arvostavat asumisen ja asuinympäristön turvallisuutta ja sen tuttuutta. He pyrkivät lisäämään turvallisuutta eri tavoin, kuten käyttämällä turvaranneketta tai -hälytintä ja lonkkahousuja. Turvana ovat myös naapurit ja kännykkä sekä myös palvelutaloissa päivystävä henkilökunta.

"Sit kun mies kuoli, niin mä ajattelin, että ehkä olis parempi muuttaa pienempään, mutta onneksi mun lapset pisti hanttiin. Ja sitten kun, kun tuota noin, jalka katkaistiin ja pyörätuolilla on joutunut liikkumaan, on ollut hyvillään, että on tätä tilaa. Ja se että ei oo kynnyksiä." (19.33) "Niin kun ei pääse, niin ei pääse. Mull on kännykkä sitten, jos hätä tulee, niin voin soittaa, meillä täällä on yks henkilö tuolla toisessa talossa, joka tulee, jolla on avaimet ja tulee auttamaan" (15.39)

5.2.3 Hyvän olon elementit

Jaksaminen ja tekeminen -alaluokka

Iäkkäät tuntevat jaksavansa ja voimiansa riittävän, kun pystyvät hoitamaan itseään ja talouttaan. He ymmärtävät tekemisen ja liikkumisen tärkeyden hyvinvoinnilleen, mutta osaavat myös nauttia kiireettömyydestä. Hyvänolon tunne vastaavasti auttaa jaksamaan. (kuva 11)



Kuva 11. *Jaksaminen ja tekeminen -alaluokan kuvaus*

Jaksaminen ja hyvä olo

Iäkkäät tuntevat vaivoista ja sairauksista huolimatta voivansa hyvin, he tuntevat itsensä hyväkuntoisiksi, kun vielä kokevat pärjäävänsä arkielämässä. Kiitollisuutta koetaan hyvästä muistista ja näöstä, terveydestä, liikkumiskyvystä ja pärjäämisestä sekä voimien riittävydestä. Iäkkäät hakevat myös voimia tekemisellä ja ajattelevat, että masennukselle ei saa myöskään antaa valtaa. Periksi ei anneta helposti, sisu ja iloinen luonne auttavat selviämään. Tekemisellä saadaan itsetunnon vahvistusta.

”No, että nyt vielä selviäisin tässäkin kunnossa, mitä nyt olen... Se on aika tärkeää. Niin pääsee liikkumaan ja ... (11.71) "Ja ite mä niitä laittelen ja mä tykkään, että mä pysyn paremmassa kunnossa, kun vaan koittaa tehdä tommosta ja suunnitella jotain." (7.14) "Niin ja mä pysynkin varmasti kunnossa sen takia, kun mulla on tahto, että mä teen, en mä ruppee istuun paikallaan." (5.7)

Kiireettömyys ja nautiskelu

Iäkkäiden elämisen parhaita puolia on se, että voi rauhassa lepäillä ja rentoutua huolettomana sekä nauttia kodin rauhasta, kun kiirettä ei ole enää mihinkään.

"Sitten minä menen uudestaan pitkälleni siinä kahden jälkeen, ja niin multa menee se iltapäivä siinä, että mä jotain pientä askartelua teen, kunnes tulee sitten ilta" (6.9)

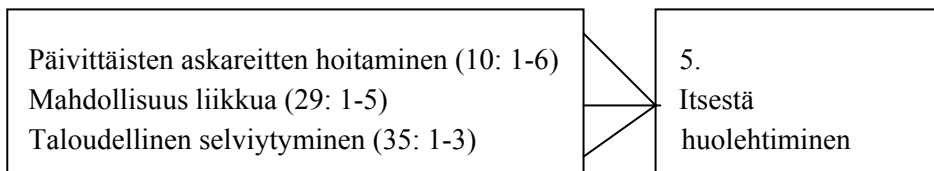
Terveyden ylläpito liikunnalla

Iäkkäät haluavat myös itse vaikuttaa terveyteensä. He uskovat, että toiminnalla ja liikunnalla saadaan voimia ja pärjätään kauemmin. Iäkkäät harrastavat liikuntaa ylläpitääkseen hyvää kuntoaan, liikkuvat ulkona, käyvät jumpassa ja jopa kuntosalilla. Kävelyjä tehdään ulkona, talon käytävässä ja myös portaissa. Kotona yritetään jumpata sängyssäkin. Kuntoutuksesta on myös saatu paljon apua.

"Kyllä minä sanon, ettei minun tekemiset paljon, mutta aina täytyy vähän, että saa liikkua. Minua heittää niin paljon." (2.40) "Ja tietysti minä yritän aina joka päivä käydä vähän ulkona, kun tää on siitä ihana, että täällä on tämä luonto erinomaisen kaunista, meri on tossa aivan lähellä ja todella hienoja puita ja kävelyteitä tuossa rannalla." (7.9) "Niin kyllä mä yritän liikkua ja sitten oon paljon koittanut pitkällään aina siinä kanssa potkia ja vetää polvia. (9.59) Terveyskeskuksessa olen mukana tuolijumpassa ja se on aina aamupäivällä, kerran viikossa ja sitten lääkärin luo." (12.3)

Itsestä huolehtiminen -alaluokka

Iäkkäille suoriutuminen omin avuin päivittäisistä askareistaan, peseytymisestä, ruokailusta, pienestä siivouksesta ja raha-asioiden hoidosta sekä ostoksista, merkitsee hyvin paljon. Päivittäisissä toiminnoissa tarvittava liikkuminen mahdollistuu usein vain apuvälineiden avulla. (kuva 12)



Kuva 12. *Itsestä huolehtiminen -alaluokan kuvaus*

Päivittäisten askareitten hoitaminen

Iäkkäille on tärkeää, että he itse selviytyvät läkehoidosta sekä ruokailusta ja osin myös ruuan valmistuksesta joko kodinhoitajan tai puolivalmisteiden avulla. He toivovat myös itse voivansa valita ruokansa. Tärkeää on myös selvitä itse pesuista, ainakin aamupesuista ja pukemisesta sekä kevyistä taloustöistä, jopa pyykinpesusta, jos se suinkin on mahdollista. Kodin ulkopuolella asioiden hoitamista ja kaupungilla asiointia pidetään merkityksellisenä, mielellään hoidetaan itse kauppa- ja pankkiasiat. Iäkkäillä tietty päiväjärjestys tukee selviytymistä, tietyt aamu- ja iltarutiinit ovat tärkeitä.

"Niin, mä en viitsisi laittaa ruokaa, mutta mä pakotan itteni. Sitten vielä kun on niin ronkeli, etten mä tykkää noista valmiiksi laitetuista. Et mun pitää laittaa itte..." (19.64) "No aamulla minä nousen ylös siinä kahdeksan aikana ja pukeudun aika hitaasti, koska mulla on vaikeuksia noihin jalkoihin laittaa sukkia." (6.1) "Ruuanlaittokin sujuu keppien kanssa, se osuus siitä, tiskaaminen sujuu noitten kanssa, minä panen ne pois. Sitten seison vaan, nojaan siihen tiskauspöytään." (12.31) "Aamulla noustaan niin kuin normaalisesti ja sitten keitetään näin aamutarpeet -kahvit ja puurot, ja päivällä taas syömme ja silloin on sitten taas omaa hyvää iltapäiväruokaa, ja nukkumaan. Siinä on sitten se päivän kierto." (20.2)

Mahdollisuus liikkua

Kotona asuvien iäkkäiden päivittäisessä elämässä liikkuminen on keskeisessä roolissa. Kaikilla haastatelluilla oli liikkumiseen liittyviä eritasoisia ongelmia. Kotona liikutaan mielellään kepin tai rollaattorin avulla tai ottaen tukea huonekaluista tai tarvittaessa pyörätuolissa. Rollaattoriin suhtautuminen on erilaista, toiset pitävät siitä, toiset eivät. Jotkut käyttävät sitä vain ulkona, jotkut taas vain yöllä, kun pyöräyttää. Kodin ulkopuolella liikkuminen tarjoaa virkistystä ja mahdollistaa asioiden hoitamisen itsenäisesti, kaupungilla liikkuminen tarjoaa myös riippumattomuuden tunteen. Matkoihin kodin ulkopuolelle käytetään taksia ja rollaattoria sekä taksiseteleitä. Helsinki-korttia ja invataksia pidetään hyvänä asiana.

"Tään kanssa meen tuonne vessaan. Sitten nojaan siihen lavuaariin, että saan naaman pestyä." (9.18) "Kun tulee liukasta, pysyn kotona. On vaikea liikkua ulkona liukkaalla. Käytän tuota kärryä ulkona, rollaattoria, se on hyvä. Sen avulla kuljen kauppoihin, kuljen ympäri." (16.23) "Mut mä nyt sain tuon rollaattorin ja sehän mainio vehje, se on todella, se on mainio. Että sen kanssa mä pystyn yksinkin liikkumaan ulkona, mutta harvoin." (10.6)

Taloudellinen selviytyminen

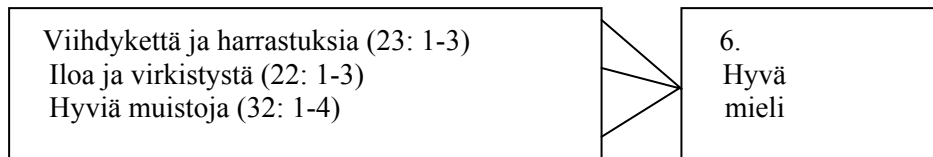
Taloudellisesti iäkkäät pärjäävät eri tavoin, kalliit lääkkeet heikentävät monien taloudellista tilannetta. Raha-asiat hoidetaan suoraveloituksen avulla, omaiset auttavat lisäksi pankkiasioinnissa.

"Mulla nyt on nuo samat lääkkeet, kaikki. Yks iloinen asiakin on, että nyt pääsin jo siihen, kun on hirveän kalliit nuo lääkkeet, niin kolme ja puoli tuhatta tuli

täyteen tuossa jo. Mut silloin, kun olin apteekissa pojan kanssa ja maksan taas yhtä laskua, niin ne sano, että eiköhän ne ole jo niin paljon. Sitten ne ottikin siellä heti ja katsovat, että juu täällä on maksettu yli [maksukatto], että he antavat sellaisen paperin mulle jonka täyttää. Se meni tuolta apteekista." (5.59) "Siinä on se hyvä puoli niin, että vuokra on kohtuullinen ja ... Niin sitten kun mä en paljon enää liiku missään, mä huomaan että mulla on vaatteita tarpeeksi, mulla oli eräs semmonen jakku, joka on 80-luvulta. Siinä on semmonen pieni kaulus, mä en pitänyt, kun kaikilla on suuret kaulukset, nyt se on muotia, että olipa hyvä." (17.84)

Hyvä mieli -alaluokka

Iäkkäiden elämiseen kuuluu erilaista iloa, virkistystä ja hyvää mieltä tuottavia asioita. Ajankulua tarjoaa TV, radio ja lehdet sekä yhteydenpito toisten ihmisten kanssa. Merkittävä hyvän mielen tuoja ovat hauskat ja hyvät muistot, jotka antavat voimaa ja rikkautta elämiseen. (kuva 13)



Kuva 13. *Hyvä mieli -alaluokan kuvaus*

Viihdykettä ja harrastuksia

Iäkkäät katsovat TV:stä sarjoja, ajankohtaisohjelmia ja luonto-ohjelmia. He kuuntelevat radiosta musiikkia sekä lukevat sanomalehdistä uutisia. Viikkolehtiä luetaan ajankuluksi ja viihdykkeeksi, he lukevat myös kirjoja, silloin kun näkö sen sallii. Suurennuslasi on apuna lukiessa, äänikirjoja saatetaan myös kuunnella. Käsitöitä, askartelua ja leipomista harrastetaan erityisesti kerhoissa, siellä voi myös ruokailla tai juoda kahvia yhdessä.

"No kyllä minä televisiotakin seuraan, kyllä minä sitäkin seuraan, varsinkin iltaohjelmaa ja kyllä minä aamullakin, kyl mä nytkin oon kattonut televisiota, ja katon pari kertaa uutiset." (11.49) "Sit kerhossa välillä kuka haluaa, ketään ei pakoteta, tota niin salaattia laitetaan yhdessä, pilkotaan salaattia ja leivotaan pullaa ja semmosta. Niin se on semmonen koko päivän homma. Se on oikein mukavaa siellä, niistä vetäjistähän se riippuu, kun on hyvät vetäjät." (13.4)

Iloa ja virkistystä

Iäkkään elämää piristävät TV- ja radio-ohjelmat, käsitöiden tekeminen, ristikoiden ratkominen, kirjojen lukeminen ja bingo. He saavat myös ajankulua ja virkistystä TV-sarjojen katselusta, formulakisojen seuraamisesta ja lehtien lukemisesta. Mielihyvää tuottaa ja mielialaa kohottaa siisti ja kaunis ympäristö, taide, tyytyväisyys lasten menestymisestä, koirat ja olemisesta nauttiminen.

"Sit mitä mä pahaa teen, alkoholia mä en käytä, mut tupakkaa mä silloin tällöin vedän. Piristystä, juu. Ei oo mitään tähän asti tehnyt keuhkoille. Mutta voi olla se, että mä alotin niin myöhään. Mä luulen, että tupakka vaikuttaa enempi keuhkoihin nykyään, nehän alkaa 12-13 , mä olin melkein 40, kun mä alotin..." (4.21) "Kyllä ne Kauniit ja rohkeetkin pitää kattoo, kun ei muutakaan tule...Kyllä minä mieluummin katon sitä ja sitten kun mainokset tulee, mä surffailen aina. Mainoksia mä en voi sietää." (19.40)

Hyviä muistoja

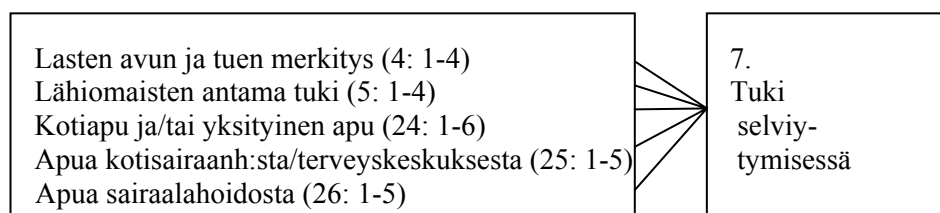
Haastatteluissa iäkkäät kertoivat paljon kokemuksistaan ja aikaisemmasta elämästään. Hyviä muistoja oli kertynyt heille yhdessä olosta perheen, läheisten ja ystävien kanssa, monenlaisesta toiminnasta ja tekemisestä sekä ulkomaan matkoista. Erityisesti sota-ajan tapahtumat sekä vaikeat että hauskat, ovat jääneet mieleen. Hyvää oloa viestivät muistot, jotka liittyivät voitettuihin vaikeuksiin ja työn tekemiseen tai työyhteisöön tai johonkin merkitykselliseen tapahtumaan.

"Juu, en mä muualla ollut kuin Viipurissa ja Helsingissä. Mutta siellä oli se paras nuoruus. Mä oli vähän yli 20 kun mä läksin, tai jouduin lähtemähän. Härkävaunuissa tultiin eelläpäin. Kyllä sekin oli elämää. Oli, oli. Mutta mull ei oo mitään valittamista, mull on hyvä olla täällä. Ei mitään valittamista...". (13.20) "Olen käynyt myös Amerikassa, olin tilannut liput, ja hyvän ystäväni poika soitti, että hän ei voi tulla Amerikkaan. Floridaan...just mentiin, en enää jaksaisikaan..." (16.19)

5.2.4 Avun tarve ja sen saanti -elementit

Tuki selviytymisessä -alaluokka

Iäkkäät, jotka asuvat kotonaan ja ovat kotisairaanhoidon piirissä, saavat varsin paljon tukea ja apua selviytymiseensä. Erityisesti lapsilta ja lapsenlapsilta sekä muilta lähiomaisilta he saavat apua taloudenhoitoon. Iäkkäät tarvitsevat myös sairaanhoidollista apua terveyskeskuksesta ja sairaalasta. (kuva 14)



Kuva 14. *Tuki selviytymisessä -alaluokan kuvaus*

Lasten avun ja tuen merkitys

Merkittävän tukiverkon iäkkäille muodostavat lapset, joiden antama apu ja tuki vaikuttaa korvaamattomalta. Lapset auttavat taloudenhoitoon kuuluvissa asioissa, kuten raskaammassa siivoamisessa, pyykinpesussa, ruuanlaitossa, kodin

pienissä kunnostustöissä, virastoasioinnissa, ostoksissa ja pihatöissä sekä raha-asioiden hoidossa. Lapset tarjoavat myös tukea vaikeissa ja raskaissa tilanteissa sekä huolehtivat asianmukaisen lääkäri- tai sairaalahoidon saamisesta sekä kannustavat liikkumaan.

"Ja kerran viikossa vähintään hän vie maton ulos ja siivoo, että ei vaan äiti mee sinne..." (14.20) "... niin he ovat käyneet mun kanssa pankkiasioilla, koska semmoseen minä en voi enää mennä yksin, niinku mihkään tuonne ". (5.10) "Ei varmasti, mä en olis nyt elänyt kun mies kuoli, mut se oli ne lapset, kun auttoi. Me nyt oltiin sentään pitkän aikaa naimisissa, yli 30 vuotta (4.28) "Mun tyttäreni on sairaanhoitaja ja se on semmonen paha juttu toisekseen, pitää liiankin hyvää huolta". (14.12)

Lähiomaisten antama tuki

Lähiomaiset ovat myös merkittäviä tuen ja avun antajia iäkkäille. Sukulaiset auttavat monissa käytännön asioissa kuten raha-asioissa tai tavaroiden hankinnassa ja kuljetuksissa. Hyvin harvoilla iäkkäillä on puoliso elossa, tällöin hän toimii auttajana ja tukijana. Puoliso laittaa ruokaa, siivoaa ja käy kauppoissa. Läheinen ihminen tai puoliso hoitajana on erittäin tärkeä. Iäkkäät kokevat kumppanin kanssa elämisen hyvänä, kun ei tarvitse olla yksin.

"Minun sisar on auttanut minua, että se on ottanut jotain pikkupyörykkiä ja tuo minulle jotain semmosta, kun se käy melkein joka päivä." (2.22) "Mutta saan kyllä paljon apua nyt minun mieheltäni – mikä sinä [mies] olet, sinä olet, niin omaishoitaja. Hän laittaa ruuan täällä kotona ja minä tiskaan." (12.14) "Juu, niinhän ne sanoo, se on puoli ruokaa, niinhän se onkin. Me autetaan sitten toinen toisiamme, sitten kun Hänellä on nuo kaikki taudit pahoja." (20.56)

Kotiapu ja/tai yksityinen apu

Iäkkäille on tärkeää saada apua kotiin sitä tarvitessaan, apua tarvitaan ensisijaisesti ruokailuun, peseytymiseen ja siivoukseen. Erityisesti apua tarvitaan kylvetykseen, ja jonkin verran myös pukemiseen ja joskus hiusten laittamiseen. Kotipalvelun ja ateriapalvelun antamaan apuun ollaan tyytyväisiä ja sitä pidetään välttämättömänä, joskin kotiavustajia pidetään monasti liian kiireisinä. Iäkkäät käyttävät myös yksityisesti palkattua apua.

"Joka päivä ja siinä he alustavasti laittavat mulle sitten ruuan lähelle tuohon hellaan, niin että mun on helppo lämmittää sitten se. Ja tiskit jäävät koko ajan tiskaamatta niin että sit aamulla tiskataan." (17.2) "On minulla apu mukana suihkussa, kodinhoitaja. Huomennakin mulle tulee kylvettämään. Mulla on kaks kertaa viikossa kodinhoitaja, maanantaina ja torstaina." (11.21) "Sitten nyt, kun mulla käy tuo kotiavustaja, niin se on käynyt kaupassa ja eikä ne mulla juuri muuta teekään, kun käyvät kaupassa, ja sitten noin sitten ne siivoo, en mä pysty imuroimaan, ruppee pyöryttään ja tekkeen pahaa. (3.23)

Apua kotisairaanhoidosta/terveyskeskuksesta

Kotona asuville iäkkäille kotisairaanhoidon palvelut ovat välttämättömiä. Palveluihin ollaan myös hyvin tyytyväisiä. Apua saadaan sairaanhoitoon, lääkehoitoon, laboratoriokokeisiin ja tilanteen tarkkailuun. Iäkkäille erittäin merkityksellistä on vuorovaikutus ja keskustelu kotisairaanhoidajan kanssa. Terveyskeskuksesta annetaan kotiin myös muuta apua, kuten fysioterapeutin, jalkojenhoitajan ja lääkärin palveluja.

"Joka viikko käy tuolta terveyskeskuksesta, lääkkeen laittaa ja sitten ottavat joka kerta verenpaineen ja sykkeen." (5.48), "Ja sitten hän otti nyt, semmosen virtsanäytteen, kun mulla oli tässä pari viikkoa takaperin tulehdus ja mä sain siihen lääkityksen. Tää oli sellainen jälkitarkastus, ja noin." (3.2) "Kotisairaanhoidaja käy hoitamassa, on käynyt nyt kohta vuoden, hoitamassa tätä jalkaa. Niin kun siinä oli kolme haavaa, nyt niistä kaks on mennyt kiinni, yks on enää vähän auki. Ne on niin vaikeita nämä ääreisverenkierrosta johtuvat haavat, ne on niin hitaita paranemaan, se johtuu siitä huonosta verenkierrosta." (19.21) "Meillä on kauheen kivat ne sairaanhoitajat, kuinka ne jaksaa meidän kaikkien mummujen kanssa." (4.8) "Niin, niin lääkintävoimistelija käy kerran viikossa, koska mä en itse saa tätä voimaa, kun täytyy voimistella. Niin hän on sitt joka panee vastaan ja me olemme edistyneet jo aika paljon, polvi jänne, näissä lihaksissa, jotka kulkee täällä." (17.28)

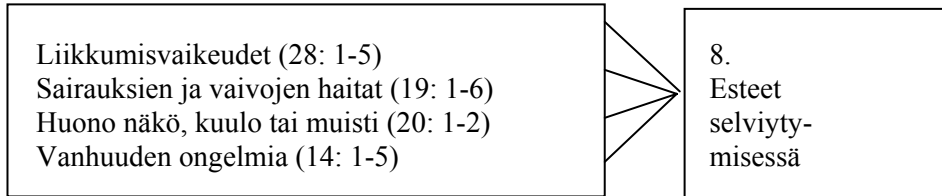
Apua sairaalahoitosta

Iäkkäät joutuvat olemaan usein sairaalahoitossa joko poliklinikalla tai vuodepaikalla, ja myös tehohoidossa. He potevat sairauksia, joiden hoito sairaalassa on välttämätöntä, ja vuodeosastolla hoitojaksot muodostuvat varsin pitkiksi. Heillä on luunmurtumia, silmäsairauksia, rytmihäiriöitä ja sydänvaivoja. Iäkkäät joutuvat usein turvautumaan äkillisesti sairaalahoitoon, ja monesti leikkaushoito on välttämätöntä. Sairaalasta ja lääkäreiltä saatuun apuun ollaan tyytyväisiä, koetaan, että on tultu autetuksi sairaalahoitosta avulla.

"Mä jouduin sairaalaan, ja olin kolme ja puoli viikkoa kaaduttuani kotona, että Punainen Risti haki minut sinne. Joo toista vuotta sitten multa murtui lonkka, kun minä kaaduin kukkakaupassa, silloin minä olin melkein kuukauden sairaalassa." (6.13) "Tässä muuten aika uus asia on tuo, mulla on kaksi kuukautta nyt keväällä ja kesällä kotisairaala täällä, täällä kotona. Aivan ihana, oli ainakin 10, ihania ihmisiä, kun tulivat – aamulla viideltä, sitten keskellä päivää ja sitten illalla." (12.51) "Niin oikeastaan kyllä aika paljon olen joutunut tämän sydänjutun takia äkkiä soittamaan ambulanssikin, että monta kertaa...Niin se saattaa, enimmäkseen siinä oli yhteen aikaan semmonen rytmihäiriökin, joka tästäkin kun koitti, se oli aivan sekaisin ja silloin sitä täytyi lähteä taas." (7.25) Mullahan on ollut yli 20 vuotta leikkauksia. Mulla on vatsa-aortta muovinen ja kaulavaltimot on putsattu ja sit mul on omia suoniamme laitettu tänne ja nivustaipeisiin ja kaks kertaa on ollut pallolaajennus tähän jalkaan ja kolmas on nyt...Mä oon niin tottunut tähän. (19.17) "Ja sieltä lähetettiin suoraan sairaalaan ja siellä leikattiin ja laitettiin piikit, semmonen rengas ja sitten oli tuossa kipsi – se oli 12 viikkoa siinä, ja sitten oli kuusi viikkoa kipsissä." (17.12)

Esteet selviytymisessä -alaluokka

Kotona selviytymisessä iäkkäillä on monenlaisia esteitä. Liikkumisen hankaluudet koetaan pahasti elämisen piiriä rajoittavina. Sairaudet ja niihin liittyvä ikääntyminen vievät voimia. Näihin kaikkiin liittyy myös turvattomuuden tunnetta ja pelkoja. (kuva 15)



Kuva 15. *Esteet selviytymisessä -alaluokan kuvaus*

Liikkumisvaikeudet

Liikkumisen ongelmat ovat kotona asuvilla iäkkäillä keskeisiä. He kokevat liikkumisen sisällä hankalaksi ja turvattomaksi myös apuvälineen turvin, jona useimmiten on rollaattori. Huimaus, tasapainohäiriöt ja tukielinvaivat vaikeuttavat liikkumista. Kaatumista pelätään, koska ylösnousu ei onnistu yksin. Iäkkäät kokevat elämänsä rajoittuvan asuntoon, he kaipaavat kaupungilla käyntejä, mikä ei ole mahdollista monien esteiden takia. Erityisesti hissien puuttuminen ja hankalat portaat estävät ulos pääsemistä. Rollaattori on myös hankala liikuteltava, ja autoon pääsemiseksi tarvitaan aina saattaja mukaan. Kaupungilla rollaattorin kanssa liikkua ei myöskään saa muilta ihmisiltä apua. Invataksia voidaan käyttää pyörätuolin kanssa liikkua ja lääkärissä käynteihin saatetaan tarvita ambulanssia.

"Ja minulle ei käynyt sen kummemmin, mutta minä en pääse ylös, jos mä kaadun selälleni tai noin istualleni, niin hyvin vaikea päästä vanhan ihmisen siitä, kun ei mistään, mistä pitäisi kiinni." (6.15) "Tänäänkin mä olin tuossa eteisessä, mä menin tuonne kylpyhuoneeseen, meinasin kaatua, mutta onneksi mä sain tasapainon pitämään. Tää jo vähän kallistu, tämmöstä tähän tuli pieniä. No lähti vähän toiselle kyljelle." (8.46) "Juu, tään yhden kerroksen mä pääsen ulos, siitä nyt tulee vuosi, kun mä tulin tään kerroksen alaspäin, taikka kaks kerrosta alaspäin, kahdet portaat, mutta nämä yhdet mä pääsin hyvin silloin, tän kerroksen portaat. Mutta kyllä mä viime talvena huononin niin paljon, että nyt tuottaa vaikeuksia jo nää yhdetkin, mutta kyllä mä näistä vielä pääsen." (3.20)

Sairauksien ja vaivojen haitat

Iäkkäillä on yleensä paljon sairauksia, jotka vaativat hoitoa ja haittaavat selviytymistä päivittäisestä elämisestä. Haastateltavilla oli erilaisia sydänsairauksia, verisuonisairauksia, diabetesta, erilaisia kaatumisesta aiheutuneita vammoja, osteoporoosia, munuaissairautta, nivelrikkoa,

vatsavaivoja, bakteeritulehduksia, virtsaamisvaivoja, heikentynyt kuulo ja näkö sekä muistamattomuusoireita. Heille tehdään myös paljon laboratorio- ja röntgentutkimuksia. Sairauksiin on runsaasti lääkehoitoa, monet iäkkäistä ovat myös kokeneet raskaita leikkauksia. Iäkkäät suhtautuvat sairauksiinsa varsin realistisesti, koska niiden kanssa on elettävä. Toivoa pidetään kuitenkin yllä sen suhteen, että niiden kanssa selvitään, ja että tilanne voi monissa tapauksissa myös korjaantua.

"Multa menee pesuun aikaa, kun pitää käyttää vaippoja. Mulla oli erittäin paha virtsarakon tulehdus ja..." (6.12) "Niin joo siitä me puhuttiin masennuksesta tietenkin, kyllä se joskus vippaa täällä mun päässä, etten mä muista mistä puhuu. Hän sanoi – ei mulla kauan ollutkaan tuo Ovamoksi, sano että ottaa silloin, jos tuntuu pahalta ja että - itkiäkin saa, mutta ei kauan aikaa, itku helpottaa." (5.55) "Mulla on, mä syön 15 lääketablettia. Mulla on osteoporoosi yks homma, sitten verenkiertojuttuja ja sydänjuttu. Niitä on älyttömästi, että välillä tuntuu." (14.22) "Kyllä, mä toivon sitä [tuki jalkaan] niin, että – mutta tuota mä oon kyl varautunut myös toisin päinkin, katotaan nyt sitten. Ois vaan tää tuki ..." (17.60)

Huono näkö, kuulo tai muisti

Iäkkäiden elämää haittaa usein huonontunut näkö ja kuulo, myös muistin heikkoutta valitetaan usein. Erityisesti heikko näkö estää seuraamasta vieraskielisiä TV-ohjelmia, koska tekstitystä ei näe lukea. Myös kirjojen lukeminen on raskasta, kun silmät väsyvät.

"Enhän minä näe, minun täytyy koetella, jos terävä puoli, se veitsi. Mulla on silmänpohjan rappeutuma, ja mä kävin sillä tohtorilla, joka on hyvä silmälääkäri. Hän sanoi, että tekis kaikkensa, mutta ei voi mitään, ei voi leikata eikä lasia." (13.5) "Luulen, että minun muistini tuli huonoksi, jouduin aina lukemaan enemmän kuin toiset. Menin naimisiin koulutoverin kanssa, samalta luokalta, hän osasi aina hyvin, hänen tarvitsi lukea vain kerran ja minä luin 10 kertaa ennenkuin osasin." (16.11) "Mä täytin äsken 80. Että tuota ihmeellistä kyllä, mulla on niin hyvä muisti, siis kaikkea, mitä on tapahtunut ja mulla hirveen semmonen adventures life, mut sit nyt rupee unohtumaan nimet, nyt ihan äskettäin mä huomasin, että enhän muista enää nimeä, juuri eilen se sattui." (10.14)

Vanhuuden ongelmia

Iäkkäät ihmiset tunnistavat vanhuuden tuomia muutoksia terveydentilassaan ja elämäntilanteessaan ja pohtivat näitä muutoksia omalla kohdallaan. Muutoksia pidetään pelkästään kielteisinä, mutta niihin on kuitenkin pakko sopeutua. Iäkkäät kokevat, että vanhempana on vaikeaa, eikä enää jaksa niin paljon kuin nuorempana, ja että kaikki vaivat paranevat hitaammin kuin nuorempana. He tietävät, että parempaan kuntoon ei enää tulla, vanhuutta ei pidetä mukavana juuri sen mukanaan tuomien haittojen ja ongelmien takia. Vanhuus ja sairaudet ovat yhdessä muuttaneet aikaisempia tottumuksia. He eivät enää jaksa liikkua ja harrastaa kuten nuorempana. Vanhojen ystävien ja omaisten kuolemat ovat myös vähentäneet kanssakäymistä toisten kanssa. Erityisesti iän myötä tulevat

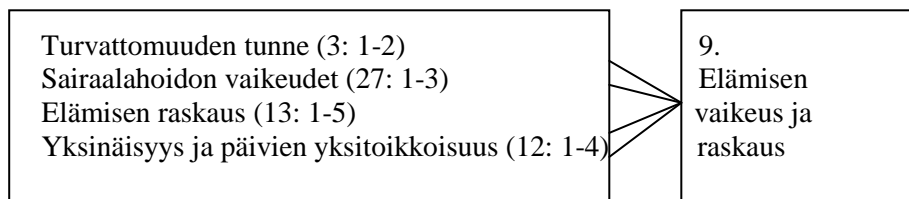
sairaudet ja niiden aiheuttamat ongelmat haittaavat päivittäisestä elämisestä suoriutumista.

"Ei sitä arvaa nuorena, että joutuu iäkkäänä tällaiseen tilaan. Se on vaikea toisen ymmärtää, täytyy kokea itse." (2.15) "Se tämä ikäihminen, se ei, ei se niin äkkiä parane kuin nuoruudessa." (11.16) "Tämmöset kaikki vie niitä voimia, intoa pois tästä elämästä. Se täytyy koittaa vaan mahdollisimman paljon olla ajattelematta." (5.43) "Kaikki me ollaan niin iäkkäitä. Minä olen kaikkein iäkkäin, yks kun on yli 90 jo pitkälti. Ne on melkein kaikki, mut se lähipiiri, minä olen semmoinen kaikkein vanhin." (2.50)

5.2.5 Pahan olon elementit

Elämisen vaikeus ja raskaus -alaluokka

Iäkkäät kokevat elämisen ajoittain erittäin vaikeana ja raskaana. Turvattomuuden tunne, päivien yksitoikkoisuus ja yksinäisyys sekä huonovointisuus heikentävät suoriutumista. Kuoleman ja luopumisen kokemukset, muutokset ja erityisesti sairaalahoito koetaan raskaana. (kuva 16)



Kuva 16. *Elämisen vaikeus ja raskaus -alaluokan kuvaus*

Turvattomuuden tunne

Turvattomuus kotona tuntuu vaikealta iäkkäistä; joko he eivät ole saaneet apua sitä tarvitessaan tai he pelkäävät erityisesti kaatumista. Turvallisuutta yritetään lisätä omaisten yhteydenpidolla ja turvarannekkeilla.

"Minä ihmettelin, että ne niin kauan viipyvät, eikä se ollut mikään myöhä aika, mutta enemminhän ne tulee yleisestä hälytyksestä. Punasen Ristinhan se oli, turvapuhelin ...No ei se oo lattialla maata pitkällään hyvä. Se oli tää jalka silloin. Joo, lähtiköhän se taas irti, vai mikä siinä oli, etten mä päässyt liikkeelle..." (15.41 - 15.42)

Sairaalahoidon vaikeudet

Sairaalahoito on iäkkäille useimmiten vaikea ja hankala kokemus. He ovat usein pettyneitä sairaalahoidon järjestelyihin, pitkiin odotuksiin, levottomuuteen, turvattomuuden tunteeseen, henkilöstön vähyyteen, turhiin lupauksiin, väriin ratkaisuihin ja kuntoutukseen.

"Sitten ne lähetti kotiin kello puol kaks yöllä. Ja sitä paitsi, kun mä olin mennyt sinne ambulanssilla, mä olin sukkasillaan. Mä tulin keskellä yötä taksilla sukkasillaan, eikä mulla ollut takkia, mulla oli vaan tämmönen yöpaita. Että oli kyllä vähän pelottava." (10.46) "Mä tulin yöksi kotiin ja sitten aamulla oli niin paha, mulla oli niin kauheen korkea, kova pulssi, että se oli 130, että me mentiin sitten taas takaisin sairaalaan." (10.18)

Elämisen raskaus

Iäkkäät ihmiset kokevat elämisen monasti varsin vaikeaksi ja raskaaksi. Heidän elämässään on ollut monia surun ja kuoleman kokemuksia, erityisen raskaita ovat olleet lasten ja lähiomaisten ja läheisten ihmisten kuolemat. He ovat usein joutuneet kokemaan elämässään muutoksia, jotka eivät ole olleet toivottuja; he ovat joutuneet muuttamaan asuntoaan tai puolison kuolema on muuttanut tilannetta. Myös omaan terveydentilaan liittyvät ongelmat koetaan raskaina; väsymys vaivaa, näkö on heikko, erityisesti aamut tuntuvat raskailta eikä jakseta tehdä kaikkea sitä, mitä haluttaisiin. Vaikeuksista huolimatta iäkkäät ovat tottuneet sopeutumaan.

"Niinku sanottu, mä oisin päässyt sinne palvelutaloon, mutta minä en jaksanut silloin, kun ne haastatteli tuolla sairaalassa, niin minä en luvannut mennä. Ei sitä jaksa enää ajatella siirtoja. Täs oli yks tuttavakin tuli hakeen asuntoja, se sai asunnon, niin kuoli seuraavana päivänä. Että se on niin raskasta vanhalle ihmiselle se muutto. Se ei oo helppo." (2.73) "Mutta täytyy ottaa niin kuin se käy. Ei muuten, ei sitä osaa elää muuten." (18.51)

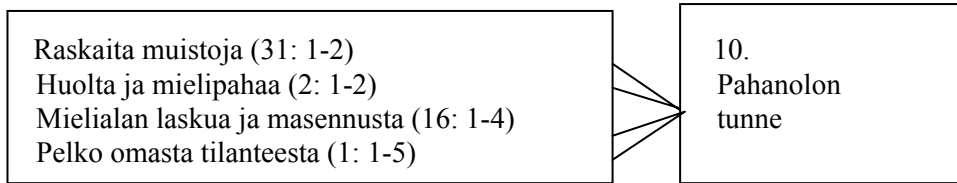
Yksinäisyys ja päivien yksitoikkoisuus

Iäkkäät kokevat usein jääneensä vanhuudessa yksin ja kokevat lisäksi olevansa hyödyttömiä. Päivistä tulee yksitoikkoisia ja samaan kaavaan meneviä, toisaalta yksin olemiseen on totuttu, yritetään silti olla optimistisia ja realistisia. Aikaa kulutetaan lepäämällä ja ottamalla torkkuja myös päivällä.

"Mun päiväni ovat aika pitkiä toisinaan, ne niin pitkiä, että ne ei niin kuin lopu ollenkaan, mutta toisinaan sitten ne menee paremmin. Ikävä minulla on toisinaan täällä yksin olla, kun minulla ei ole sukulaisia täällä sitten muuta kuin tämä poika ja sitten ei mun ystäviäkään ole juuri ketään enää elossa. Tai sitten ne on niin vanhoja, ettei ne pysty sen paremmin kuin minäkään liikkumaan. Että ei tämä mitään ihanneolo ole." (6.23) "Mutta ei se ole kiva olla vanhana aina yksin."(6.34) "Niin, kyllä se menee aika tavalla niin kuin rutiiniluonteisesti, kun nää päivät on samanlaisia ja vieraita käy aika harvoin. (7.15)

Pahanolon tunne -alaluokka

Pahanolon tunne ilmenee iäkkäiden elämässä monin tavoin ja johtuu monista tekijöistä. Raskaat muistot painavat, niistä monet liittyvät sota- ja evakko-aikaan sekä sodan jälkeisiin ongelmiin. Pelkoa ja huolta aiheuttavat oma ja omaisten terveydentila sekä sairaalaan joutuminen. Monet iäkkäät kokevat masentuneisuutta ja pessimismia aika ajoin. (kuva 17)



Kuva 17. *Pahanolon tunne -alaluokan kuvaus*

Raskaita muistoja

Suomalaisten yli 75 -vuotiaiden elämään kuuluu paljon raskaita muistoja sotavuosista, pakkasista sodassa, evakkomatkoista, pula-ajasta, pitkistä työpäivistä, huolta pienistä lapsista ja asumisongelmista.

"Olin muuten raskaana koko talvisodan aikana, ei jatkosodan. Et tää poika on ollut mulla sodassa mukana, oltiin siellä Viipurin maisemissa. Tulin kotiin sieltä kaks viikkoa ennen synnytystä. Se oli 44 ja silloin oli hirveen vaikeeta päästä yleensä tänne, kun junat olivat niin täpösen täynnä sotilaita ja haavottuneita, ja se oli oikein kaaosmaista. Silloin minä en ollut kuin yks päivä sairaana koko sen synnytyksen aikana."(10.81)

Huolta ja mielipahaa

Iäkkäät ovat huolestuneita usein omasta terveydentilastaan ja siitä, etteivät saa apua riittävästi. Huolestuttaa mahdollisuus, että joutuisi kauan olemaan täysin avuttomana. Myös luopuminen tutuista ja totutuista asioista tuottaa mielipahaa.

"Kyllä sitä vaan, että – kun ei ainakaan kovin kauan tarttis olla ihan avuttomana." (3.43)

Mielialan laskua ja masennusta

Iäkkäät kokevat eriasteista masentuneisuutta joko ajoittain tai jatkuvasti. Vanheneminen ja kunnan heikkeneminen koetaan raskaana. Ajoittaista masennusta liittyy yksinäisyyden tunteeseen, kipuihin ja huonoon kuntoon. Ahdistava masennus ilmenee raskaina ajatuksina, toivotaan haudan lepoon pääsemistä. Alakulon tunteita ja pessimismisiä aiheuttavat monet asiat, kuten liikkumisen epävarmuus, jatkuva vuoteessa olo tai huono vointi. Kaivataan myös entisiä, menneitä aikoja.

"Jos mä oisin nuorempi niin. Ois sitä parempi mitä ennemmin nukahtas." (9.56)
 "Mutta, mutta sitä kun vaan ajattelee, että kun tietää mihin suuntaan tää kaikki vie loppujen lopuksi, niin ei sitä oikein vielä osaa sitä täyttä luopumustakaan, vaan tahtoo vaan pitää kiinni siitä, kun on paremmassakin kunnossa joskus ollut. Että se, se jotenkin vaikeeta tekkee, toisaalta haluais elää kaikessa mukana ja sitten ei pysty siihen kuitenkaan." (3.12)

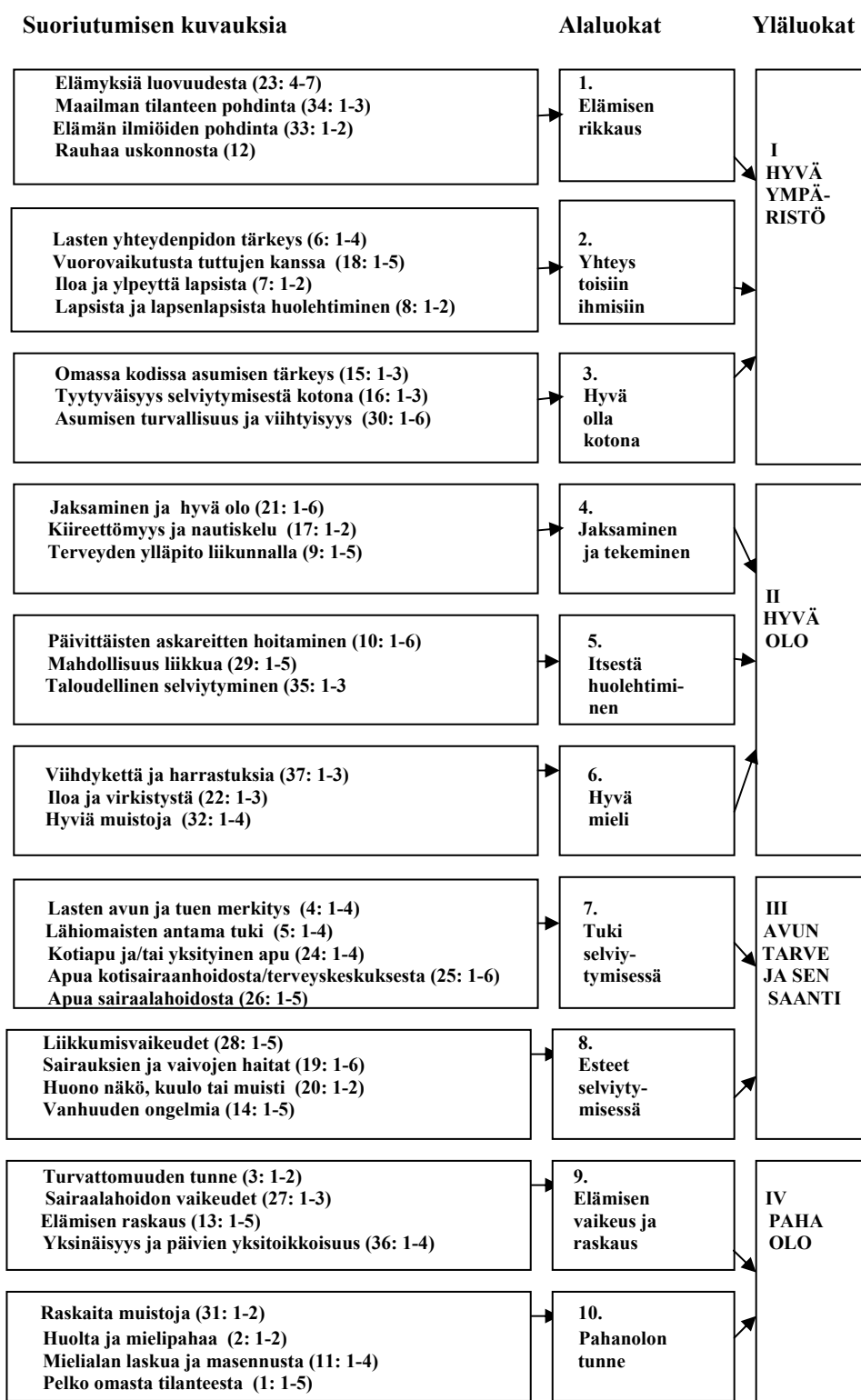
Pelko omasta tilanteesta

Iäkkäät kokevat monenlaisia pelkoja. Oma terveydentila, sairaalaan joutuminen, leikkaus ja sen riskit, lääkkeet, vuoteeseen sidotuksi joutuminen, omaisten huolenpidon loppuminen tai kaatuminen pelottaa, pelko myös aiheuttaa ahdistusta. Kaatumisen takia pelätään rollaattoria ja yksin ulos menemistä.

"Ja toivoisin, että saisi loppuun asti olla näin, eikä pitkiä aikoja sängyn pohjalla, mutta sitä kun ei saa itse määrätä sitä lähtöä. Niin, mutta toivoa voi...." (7.39) "Ja toi olis kaikista tärkeimpää, että pystyis liikkua niin kuin ulkonakin, mutta mulla on tuo liikuntakyky huono, että siitä mä kaikista enempi kärsin, että kun mä en uskalla yksin mennä tonne." (3.13) "Ja suoraan sanottuna on vähän semmonen pelko, että miten selviäis, jos vaikka nyt jotku karryt antas mulle vielä siihen viereen kaupassa, ja kun mä en oo tottunut." (5.19)

5.2.6 Yhteenveto iäkkäiden suoriutumisen kokemuksista

Haastatteluaineiston perusteella tuotettu iäkkäiden suoriutumisen kokonaisuus koostui hyvästä ympäristöstä, hyvästä olostä, avun tarpeesta ja saannista sekä pahasta olostä (kuva 18). Oleellisia tekijöitä iäkkäiden toimintakykyisyydessä ja päivittäisessä suoriutumisessa ovat hyvän ympäristön luovat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit, joita olivat läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö, henkiset ja luovat voimavarat sekä elämän ymmärtäminen. Hyvään oloon kuuluu oleellisena oman toiminnallisuuden ja tekemisen, ilon ja hyvän mielen sekä itsestä huolehtimisen elementit. Pahaa oloa tuottaa ja hyvän olon kokemusta heikentävät merkittävästi erilaiset pelot ja huolenaiheet. Sairaalahoidot koetaan järkyttävän raskaina, pelätään kaatumista kotona tai ulkona liikkua. Vanheneminen koetaan vaikeana elämänvaiheena, johon liittyy usein yksinäisyyttä ja kuolemankokemuksia, mutta joka on kuitenkin hyväksyttävä. Suurimpia pelkoja on mahdollisuus joutua avuttomana makaamaan hoitolaitoksen vuoteessa. Iäkkäiden kotona asuvien päivittäinen suoriutuminen koostuu hyvin monista erilaisista asioista, siihen kuuluu runsaasti hyvää oloa tuottavia, mutta myös mielihapaa aiheuttavia tekijöitä.



Kuva 18. Iäkkään henkilön kokemuksiin perustuva kotona suoriutumisen kuvaus

5.3 Kotona suoriutumisen kokemukset tarkasteltuna päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen päätulosten mukaan

5.3.1 Suoriutumisen kokemusten luokittelun kuvaus

Haastatteluaineisto analysoitiin uudelleen käyttäen luokituksena kvantitatiivisen analyysin tulosten avulla syntyneitä luokkia, näin saatiin näkyviin iäkkäiden kuvauksia suoriutumisestaan päivittäisten toimintojen (ADL) luokissa liittyneenä keskeisiin terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöihin. Analyysissä luokiteltiin haastatteluissa esiintyneet ilmaukset sen mukaan, miten niissä haastateltava oli kuvannut perustoiminnoista (BADL), välineellisistä toiminnoista (IADL) ja kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumisen liittyvän terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöihin, joiksi valittiin kognitio, mieliala, sosiaalinen tuki sekä vaivat ja oireet. Lisäksi laskettiin näin yhdistettyjen ilmaisujen lukumäärät, jotka taulukoitiin. Analysoitu haastatteluaineisto käsitti 20 henkilöä ja heidän tuottamiaan lausumia yhteensä 1302. Luokkaan monimuotoisuuden hallinta (complexity control = CC) sijoitettiin tekijät, jotka olivat sisällöltään laajempia, eivätkä sijoittuneet suoranaisesti edellä mainittuihin luokkiin. (taulukko 15)

Taulukko 15. Kokemuksellisia tekijöitä, jotka kuvaavat terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöiden liittymistä päivittäiseen suoriutumiseen (lausumia =1302)

Päivittäistä suoriutumista kuvaavat ilmaisut	Kokemukselliset tekijät				
	Kognitiiviset tekijät	Mieliala	Sosiaalinen tuki	Vaivat ja oireet	Yhteensä
	fr	fr	fr	fr	fr
Perustoiminnot BADL	22	26	37	28	113
Välineelliset toiminnot IADL	90	73	139	86	388
Kehittyneet toiminnot AADL	115	116	86	40	357
Monimuotoisuuden hallinta CC	158	154	31	101	444
Yhteensä	385	369	293	255	1302

5.3.2 Kokemukselliset tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa

Kokemukselliset tekijät perustoiminnoista suoriutumisessa

Kognitiiviset tekijät eivät liittyneet perustoiminnoista suoriutumiseen kovin usein laadullisen aineiston teorialähtöisessä analyysissä (taulukko 15). Vain

pienessä osassa mainintoja (lausumia 22) kuvattiin, miten iäkäs henkilö hoitaa peseytymisensä, ruokailunsa ja lääkkeiden oton. Kyse oli iäkkään omasta tahdosta, harkinnasta ja omista päätöksistä selviytymisensä, hyvinvointinsa ja terveytensä hyväksi. Useimmat BADL -toiminnot olivat luonteeltaan rutiinimaisia, ja ne suoritettiin usein totutulla tavalla, jolloin ne eivät vaatineet erityistä harkintaa ja päätöksentekoa.

”Niinkun syömisenkin, mä olen koittanut syödä tällai koko ajan, tällä vasemmalla, mutta välillä se on täällä ja välillä tuolla ja toinen puoli on lattiassa aina, voi kyl se on hankalaa. Harja ja kihveli on, hyvä näinkin”. (8.70)

Mieliala liittyi perustoiminnoista suoriutumiseen joko positiivisena tai negatiivisena elementtinä siten, että positiivisia ilmauksia oli kaksi kolmasosaa lausumista (lausumia 26). Kyse oli miellyttävästä toiminnasta, josta saatiin iloa ja mielihyvää arkiaskareisiin tai sitten suoriutumiseen liittyvistä peloista tai apatiasta, mikä esti toimintaa.

”Mä oon aina täällä kotona, niin mä en viittinyt nousta ylös paljonkaan, makasin vaan ja söin mitä sattui. Kyllä mulle tuotiin silloin sieltä palvelusta niitä ruokia, mutta ei mulle maittanut, ja nyt mä oon niin kuin vähän parempaan suuntaan menossa, että mulla on toisinaan ihan nälkä, että tekee mieli jotain”. (6.33)

”Sitten mä oon ottanut semmosen tavan, että päivällä lounaan jälkeen mä käyn levolle ja monta kertaa saan unenkin siinä ja sitten kun mä nousen sieltä, keitän päiväkahvit ja sen kahvin jälkeen pistän jalat sänkyyn ja tuohon keinutuoliin istumaan ja jalat on ylöspäin sängyssä”. (11.39)

Sosiaalisen tuen merkitys ilmeni perustoiminnoista suoriutumisessa ensisijaisesti konkreettisena apuna, jota saatiin peseytymiseen, lääkkeiden jakoon ja ruokailuun (lausumia 37). Lähes aina avunantajana oli kotisairaanhoido- tai kotiapuhenkilöstöön kuuluva, harvoissa tapauksissa apua antoivat omaiset tai muut läheiset. Saatuun apuun oltiin poikkeuksetta tyytyväisiä. Sosiaalinen tuki painottui muita tekijöitä enemmän perustoiminnoista suoriutumisessa.

”Sitten tulee tuolta terveyskeskuksesta hoitaja, joka katsoo, että mä olen ottanut ne lääkkeet ja syönyt puuron. Ja hän pesee ne astiat, sijaa vuoteen ja kirjoittaa nimensä kirjaan ja sitten hän lähtee, hän on vajaa puoli tuntia”. (6.3) ”Se on tukanpesu ja joskus suihku mihin minä tarviin apua. Mulla on sellainen suihkutuoli, missä minä istun kyllä. Etten liukastuis siellä, se on vähän vaarallista, kun en saa millään kaatua, sillä selkäranka on aivan ohut”. (12.22)

Erilaiset vaivat ja oireet ilmenivät perustoiminnoista suoriutumisessa siten, että ne aiheuttivat lisävaivaa ja hankaluutta (lausumia 28). Erityisesti lääkkeiden runsaus ja niiden sivuoireet koettiin hankalina. Huimaus, virtsankarkailu ja erityistoiminnan ongelmat hankaloivat erityisesti BADL -toiminnoista suoriutumista.

”Nyt mä sitten vaan suihkussa pesin ja pystyin itte, kun kaikki pelas paremmin eikä ollut tota pyörrytystä. Mutta nyt sekun on, että mä sitten kun isomman pesun haluan, niin mä meen aina sitten kotiaavustajan mukana.” (3.25)

Kokemukselliset tekijät välineellisistä toiminnoista suoriutumisessa

Kognitiiviset tekijät liittyivät huomattavasti useammin välineellisistä toiminnoista kuin perustoiminnoista suoriutumiseen (lausumia 90). Iäkkäät itse kuntoutuivat itseään tai hoitivat kuntoaan, kävivät kuntosalilla ja jumpassa. He olivat harkitsevia tapaturma- ja loukkaantumisriskien suhteen liikkumista vaativissa tilanteissa. Pankkiasioita hoidettiin itse ja usein suoraveloituksella. Itse yritettiin tehdä mahdollisimman paljon; tiskata, laittaa ruokaa, pestä pyykkiä, jotta toimintakyky ei huononisi. Erilaiset apuvälineet olivat myös käytössä, yöllä käytettiin usein rollaattoria. Siihen suhtautuminen oli kaksijakoista; sitä pidettiin hyvänä tai sitten pelättiin sen kanssa kaatumista. IADL -toiminnoista suoriutumiseen liittyi myös päätös olla menemättä yksin ulos turvattomuuden takia. (taulukko 15)

”Ajattelen ja sitten minä unohan aamupalan, ja kun olen syönyt ja pukenut päälleni, sitten minä teen kävelyretken portaaseen, kävelen kolmannesta kerroksesta alas ja ylös. Niin se on minulla semmonen, semmonen aamupäivän voimistelu. Kyllä minä sängyssä jo teen joitakin voimisteluliikkeitä joitakin, mitä voin. Mutta se, se minun pitää tehdä se porraskäynti, sitten minä pääsen vasta oikein vireeseen”. (11.3) ”Kyllä heidän pitäis tietää, mutta nuoria ihmisiä, ja eikä kukaan voi tietää, jolla ei itsellä näitä vaivoja ole. Että mä ihan tahallisesti hitaasti toimin, että ei sattuis kaatumisia”. (19.4)

Mielialatekijät esiintyivät välineellisistä toiminnoista suoriutumisessa joko siten, että iäkkäät kuvasivat suoriutumistaan hankalana tai pelottavana tai sitten selviytymisestä koettuna mielihyvästä (lausumia 73). Tilannetta kuvattiin negatiivisilla ilmaisuilla ”vanhana on vaikeaa”, ”minusta ei ole hyötyä” tai ”pelkää, miten selviää” ja positiivisina ilmaisuina ”hyvä, kun tytär käy”, ”hyvä, että voi liikkua” tai ”toivoo, että pääsee vielä kävelemään”. Mieliala heijastui myös IADL -suoriutumisessa siten, että erityisen vaikeana koettiin, kun ei päästy ulos liikuntaongelmien tai hissien puutteen takia.

”Tässä minä vaan yksin, yksin. Päivät menee, ihmeellistä kyllä, vaikka on joutunut ihan olemaan näin ja ennen aina liikku paljon, ja nyt se on raskasta. Mutta siinä se menee”. (2.4) ”Niin nyt mä oon tässä tuolipotilaana ja toivon vielä, että kävelisin, vaikka korsettien kanssa. Mulla on ollut istumatyö, mä oon ollut toimistossa ja tuota oli loppuun saakka. Meille tuli nämä päätteet ja muuta, mutta niihin mä en pystynyt sitten, koska kävi olkapäähän ja ranteeseen, mä tein sitten laskentatöitä, joita ei ollut vielä ohjelmoitu päätteisiin”. (17.86)

Sosiaalinen tuki näytti liittyvän useimmin välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen (lausumia 139). Näistä lausumista lähes kaikki kuvasivat tuen merkitystä tai tärkeyttä, vain yksi kymmenesosa viesti sosiaalisen tuen

puutteesta. Tukea saatiin kotiaavustajilta tai kodinhoitajilta, kotisairaanhoidajilta tai terveydenhoitajilta, vapaaehtoisilta auttajilta tai yksityiseltä maksetulta auttajalta, lapsilta ja muilta omaisilta tai läheisiltä ja joskus naapurilta. Nämä auttajat hoitivat ostoksia, toivat tai valmistivat ruokaa, huolehtivat lääkityksestä, kävivät siivoamassa, tekivät vaativia kodinhoitoon kuuluvia tehtäviä ja hoitivat raha-asioita. Rollaattoria käytettiin myös kulkemisen apuna, sitä yleensä pidettiin hyvänä, mutta myös hankalana liikutella. Muutamalla iäkkäällä oli apuna hälytysranneke.

”Ne siivoo kyllä kaks kertaa kuussa ja kyllä minä saan kaikin puolin sen, minkä tarvitsen, jos minä vaan sanon tytöille tuolla. (2.18) ”Ja minä niiltä kyselin kerran vähän, että saisko semmoista apua, että kun mulla on se kaupunkikortti, mutta mä en voi mennä yksin kauppaan ja asioimaan mihinkään, vaikka sen matkan saan”. (5.13) ”On koko ajan ohjaaja paikalla, oikein mukavan tuntuinen, että vaikka se oli nuorempi, mutta se osaa suhtautua, mummoihinkin, niin että tuota minusta se on siitä ihana, kun se huomasi, että mua heittää, kun mä nousen ylös siitä sängystä, niin aina tarjoaa kättä, kynkkää, kynkätään tonne, ja istu nyt siihen, niin hän antaa sitten kepin ja tollasta. Ihan mukava poika. Se riippuu paljon siitä vetäjästäkin”. (14.37)

Erilaiset vaivat ja oireet häirtasivat monella tavalla päivittäisistä välineellistä toiminnoista suoriutumista (lausumia 86). Talouden ja ympäristön hoito oli vaikeaa erityisesti liikkumisen ongelmien takia. Muita merkittäviä vaivoja olivat näön heikkous, huimaus ja väsymys. Kotona oli usein ongelmana tuolista ja lattialta ylös nouseminen sekä vaikeus päästä ulos.

”Niin, niin se on yksin, joo että se on semmosta, että mua rupeaa huippaan ja sitten tämä jalka, kun mulla on tämä lonkkanivel kulunut. Siinä on paha, pahat kulumat, mutta onneksi se on vielä sillä tavalla”. (5.15) ”Ja tuota molemmat kepit on sitten, aina on lähettyvillä, että niitten kanssa pystyy, täytyy sitten se tasapaino saada niin”.(17.47)

Kokemukselliset tekijät kehittyneistä toiminnoista suoriutumisessa

Kognitiiviset tekijät liittyivät vahvasti myös kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen (lausumia 115). Kyse oli lähinnä älyllisistä ja taiteellisista aktiviteeteista, myös viihdykkeestä ja ajankulusta sekä myös yhteiskunnallisten asioiden ja maailman tilanteen pohdinnasta. Kognitiivisten toimintojen oleellinen osa ovat muistitoiminnot, joiden heikkous koettiin suoriutumista heikentävänä. Iäkkäät pohtivat nyky-yhteiskunnan asioita ja peilasivat niitä historian tapahtumiin. He kirjoittivat, maalasivat, lukivat, tekivät käsitöitä, seurasivat päivälehtiä, kävivät erilaisissa kerhoissa, katsoivat TV:tä ja kuuntelivat radiota. Kirjoja luettiin jopa suurennuslasin kanssa, eläydyttiin mukaan ja rikastettiin arkea mielikuvituksen avulla. Seurattiin formula-kisoja, käytiin bingoissa ja uskonnollisissa ryhmissä. Iäkkäät kiinnittivät herkästi myös huomiota muistinsa heikkouksiin. (taulukko 15)

”Kun yleensä mä olen semmonen, joka viihdyn aika hyvin yksinäni, että en välttämättä kaipaa semmosta, että koko ajan pitäis olla joku juttelemassa. Se on toisaalta hyväkin, että ei kyllästy eikä pitkästy tähän. Että ajattelisin, nyt mitä mä nyt teen, mä luen aika paljon ja niin päivät vaan menee, ihan iltaan asti”. (7.11)
”Tämmöstä se on. No kyllä minä kaikkein tärkeimpänä pidän semmosta, että mulla säilyis tuo järjenväli. Kun mä muistan tota Eino Leinoa, joku jossakin runossa ’Herra varjele järkeni valo’. Että aina mä tota aattelen noita kaikkia, että mä muistan nimittäin vielä ainakin aika hyvin ja enkä oo millään tavalla semmonen, että puhuisin aina samoja asioita. Ei sitä kai sitten itte huomaa, jos oikein, niin ... mutta nyt ainakin, niin näin on ollut hyvä”. (7.38)

Mieliala liittyi yhtä usein kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen kuin kognitiivinen tila (lausumia 116, joista 28 negatiivista). Useimmiten oli kyse mielihyvän ja ilon saamisesta harrastusluonteisesta ja viihteellisestä toiminnasta. Sosiaalinen kanssakäyminen ja vuorovaikutus ihmisten kanssa koettiin positiivisena, kun taas läheisten menettäminen ja omaisten harvat kontaktit vanhuudessa tuntuivat raskailta. Iloa tuotti myös muistella aikaisempia harrastuksia.

”En mä tiedä, jossakin mielessä, mä oon vielä aika tyytyväinen tässä vaiheessa ainakin. En mä oikeastaan kaipaa, kun olis oikein vanha semmonen tuttu, jonka tuntee ja ne kävis joskus kattomassa, mutta mullakaan ei sitten täällä ole semmosia”. (3.57) ”Niin, minulla monta kertaa tulee päivä niin kovin ykstoikkoseksi. Mä itse täällä vielä jaksan, eiks se oo ihmeellistä, että 84 mä nyt täytän tässä ihan ens viikolla. (5.6)

Sosiaalinen tuki esiintyi myös usein kehittyneistä toiminnoista suoriutumisessa, jolloin oli kyse vuorovaikutuksesta, sosiaalisista suhteista ja ryhmässä tapahtuvista harrastuksista (lausumia 86). Sukulaiset ja omaiset pitivät yhteyttä, ja ystävien ja tuttavien kanssa seurusteltiin. Lapset perheineen kävivät vierailuilla ja veivät silloin tällöin iäkästä omaistaan erilaisiin huvi- tai kulttuuritilaisuuksiin. Kun taas ystäviä tai omaisia ei ollut, niin kontaktien puute koettiin ikävänä.

”Lapsenlapset, joo ilman muuta. Mut kyl mä olen hyvin tullut aina toimeen mun poikien kanssa, mutta ne miniät ei nyt oikein oo”. (10.76) ”No tuota, aamullahan täytyy syödä aamupalat ja sitten mulla on tiistaina tuolla kerhossa, ne hakee aamulla kaheksan jälkeen ja tuovat siinä kolmen maissa pois. On se, mutta mä en oo kuin kaks kertaa viikossa”. (13.1) ”Mikäs nyt sitten ois mukavinta niin tietysti se on tuo yhteydenpito, että nuo omaiset pitää yhteyttä ja kaikki ystävät. Hirveen tärkeitä ovat nämä just nämä korttiseuraystävät”. (19.69)

Erilaiset vaivat ja oireet haittasivat jonkin verran kehittyneistä toiminnoista suoriutumista, erityisesti heikko näkö rajoitti lukemista, käsitöiden tekoa, kirjoittamista ja jopa TV:n katselua (lausumia 40). Huono kuulo taas haittasi

puhelimien käyttöä ja seurustelua toisten ihmisten kanssa. Liikunnalliset vaivat taas estivät osallistumista kodin ulkopuolisiin harrastuksiin.

”Nyt tekee tuo kuulo vielä niin, että kun mä... Se täytyy olla niin jämtti, että justiin mä kuulen puhelimessakin. Mutta kun vain hiukankin käsi vain noin menee, niin en kuule mitään sitten siitäkään”. (3.59) ”Mutta sitten kun näkö on mennyt niin paljon huonommaksi, ei oikein kerkeä lukea mitään noita ulkolaisia, joita seurasin. Näkö on mennyt niin, että mä en oikeestaan pysty seuraan, mä kerkeen lukee sen mutta kuvaa ei nää ...”. (5.72) ”En minä ole käynyt nyt pitkään aikaan, kun siellä on portaat, portaat niin pahat, työväenopistolla on portaat siellä, siellä ole hissiä. Vaan eipähän oo, siellä ainakaan tuossa, ei oo semmosta remonttia ollut...Se on kai siinä, vähän tuonne päin portaita kulettiin, silloin kun minä siellä olin”. (15.37)

Kokemukselliset tekijät monimuotoisuuden hallinnassa

Monimuotoisuuden hallinta (CC) koostui tekijöistä, joita tarvitaan kaikista erilaisista päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Tässä luokassa kuvataan tekijöitä, joita ei voitu sijoittaa erikseen mihinkään edellä mainittuun luokkaan. Nämä ilmaisut kuvasivat laajoja kokonaisuuksia ja ilmiöitä, joihin kuului myös erilaisista BADL-, IADL- ja AADL -toiminnoista suoriutumista. Kyse oli elämän ja elämäntilanteen hahmottamisesta ja ajatuskokonaisuuksista, joissa on mukana ensisijaisesti kognitiivisia ja mielialatekijöitä. (taulukko 15)

Kognitiiviset tekijät ilmenivät erittäin usein monimuotoisuuden hallinnan yhteydessä iäkkään ajattelusta, joka koski omaa paikkaa yhteiskunnassa ja elämäntilanteessa, kokonaisuuden hahmottamista ja elämän suunnittelua sekä sitä, miten iäkäs henkilö koki koti- ja asuinympäristönsä (lausumia 158). Iäkkäät ilmaisivat toiveenaan saada olla kotonaan mahdollisimman pitkään, he arvostivat myös kaunista ja turvallista asuinympäristöä. He muistelivat elämänsä ja sen merkittäviä tapahtumia, omaa terveyttään ja sen hoitamista. Vanhaksi tulemistä pohdittiin, myös sairaanhoidon mahdollisuuksia auttaa arvioitiin. Muistot ja muistelemisen näyttelivät tärkeää osaa iäkkäiden elämän monimuotoisuudessa. Kyseessä olevalla sukupolvella oli sota- ja evakkoajoilta runsaasti muistoja, jotka olivat muovanneet iäkkäiden kuvaa maailmasta.

”Mutta ei sitä paljon jaksakaan enää. Sitä kyllä ennen yhdeksääkymmentä, niin kyllä mä sanon, että sisko sanoi mulle just viimeksi eilen, että ei sitä oikein uskois, et sinä oot niin vanha. Kyllä se on, että elää niin vanhaksi, niin kyllä se käy iän päälle jo tämä. Ei se niin helppoa ole. Täytyy sitä varten mukautua kaikkeen, koittaa olla järjellä, se mitä vähän on”. (2.51) ”Niin mä sanoin, ei kun mä menen kotiin. Ja sitten ne viikon kuluttua taas kysyy, että kuinkas se on, oot sä miettinyt nyt, minne sä haluat ja sanoin, että juu kotiin. Mikä mulla täällä on olla”. (8.19) ”Kyllä se oli ammatti, mä olin kirvesmiehenä kaupungilla, ja se oli tuttua puutyö, siihen aikaan tehtiin aivan toisella lailla. Muurarit muuras ja timplurit teki puutyöt ja telineet. Ei kai niin, ei oo yhtään, on puulämpöinen”. (20.47)

Mieliala ja tunteet esiintyivät lähes yhtä usein kuin kognitiiviset tekijät monimuotoisuuden hallintaa kuvaavissa lausumissa (lausumia 154). Iäkkäät ilmaisivat tunteitaan, jotka liittyivät elämisen nykytilanteeseen. Koettiin yksinäisyyttä, kun kaikki tutut olivat jo kuolleet. Myös masentuneisuutta, suruja ja pelkoja ilmeni. Vanhuuden vaivat koettiin raskaina, toivottiin, ettei joutuisi sängyn pohjalle makaamaan. Sairaalaa pidettiin ikävänä, ja toivottiin voitavan asua kotona mahdollisimman pitkään. Kyse oli myös oman elämän muistelusta, jonka avulla iäkäs jäsentää nykytilannettaan. Lähes puolet lausumista kuvasi negatiivista tunnetilaa (70 lausumaa).

”Näin on ja nykyajan ihmiset kun elää niin vanhaksi. Minullakin on ikää niin paljon, niin se on ihan – lähenee yhdeksääkymmentä niin, niin ei se ole niin helppoa”. (2.16) ”Joo, en minä tiedä miten sitä niin hyvin pärjäs sota-aikanakin, kun oli monta pientä lasta. Kun sota alkoi, mun mieheni oli juuri katolla jotain korjaamassa ja tuli sisälle sanomaan, että onkohan sota alkanut. Mä tota heti ryntäsin sisälle ja se radiossa kuului, en kerinnyt, kun nuorin lapsi oli 3 kuukautta, niin sen tempasin syliin vaan ja ulos kattomaan. Just kolme lentokonetta tuli ihan matalalta ja pommitti tehtaan pommivarastoa. Niitä ne käyttäs...Kun Summan rintama murtui, niin silloin lähetettiin keskellä yötä junaan... Asemalle ikävissään vietiin meiät sitten ja sieltä sitten lähetettiin pois kun sota loppui”. (9.49)

Sosiaalinen tuki tai sen puute heijastui monimuotoisuuden hallinnassa jossain määrin (lausumia 31). Kun tukea ei ollut, koettiin yksinäisyyttä. Tuen saanti ilmeni useimmin lähiomaisten huolenpitona iäkkästä siten, että häntä kuljetettiin lääkäriin, tai kotisairaalahoidon antamana apuna.

”Juu, ne hoitaa, tyttärentytär, se on semmonen vähän yli 30, niin hän soittaa vähän väliä tänne, ei siitä paljon aikaa, tällä viikolla hän viimeksi soitti, mut se on niin kallista sieltä soittaa, ei hän niin kauheesti soita päivittäin. Mutta niinku pojan kanssa puoli kahdeksan aikaan aamulla me soitetaan ensimmäinen soitto”. (8.36)

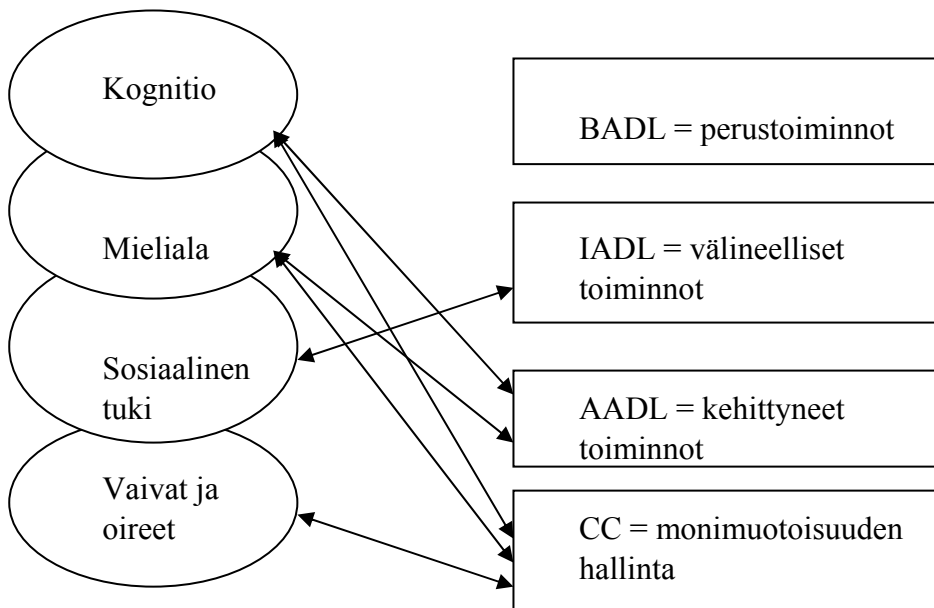
Erilaiset vaivat ja oireet määrittivät monimuotoisuuden hallintaa siten, että niiden ehdoilla suoriuduttiin päivittäisistä toimista (lausumia 101). Vaivat olivat yhteydessä pohdintoihin omasta terveydestä, sairaalahoidosta, taudeista ja asunnon ongelmista. Elämistä haittaavia sairauksia iäkkäillä oli runsaasti mm. erilaisia sydän- ja verenkiertoelinten sairauksia, tuki- ja liikuntaelinsairauksia sekä diabetesta. Sairaalahoidossa iäkkäät olivat olleet monasti ja pitkään, ja suuria leikkauksia oli tehty usein. Lääkkeitä oli kaikilla erittäin runsaasti.

”Niin, mulla on siis sydämen vajaatoiminta, se on kerran jo pysähtynytkin, mutta saatiin elvytettyä käyntiin vielä, jatkoikaakin, sitten mulla on tuo sokeritauti siis diabetes, mutta en mä niin hirveen tarkkaa ruokavalioo, kyllä mä vähän jotain makeetakin syön ja hyvin se on pysynyt hallinnassa. (7.24) ”Se on aika rauhaa ja tyyntä tää touhu, ettei tässä mitään ole semmosta tai mitään sellaista. Minulla vaan on niitä tauteja niin paljon, on syöpä ja sydäntauti, verenpaine ja sitten mitähän niitä nyt onkaan, onhan niitä luettelo tuolla, että vähän toistakymmentä

annosta kaks kertaa päivässä. Mutta niin kuin sanottu, siihen se sisältyy meidän elämä”. (20.9)

5.3.3 Yhteenveto kokemuksellisista tekijöistä päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa

Kognitiivisen tilan, mielialan, sosiaalisen tuen ja erilaisten vaivojen ja oireiden liittyminen (kuva 19) perus-, välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen jakaantui perustoimintojen kohdalla varsin tasaisesti, kun taas painottumisessa oli eroja välineellisistä ja kehittyneistä toiminnoista suoriutumisen kohdalla. Sosiaalinen tuki on tärkeää, kun on kyse välineellisistä toiminnoista, kun taas kognitiiviset tekijät ja mieliala liittyvät oleellisiin kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen. Monimuotoisuuden hallinnan luokkiin jäivät kaikki sellaiset ilmaukset, joiden kohdalla ei ollut kyse selkeästi perus-, välineellisistä tai kehittyneistä toiminnoista. Näitä ”ylijäämäilmauksia” tarkasteltaessa on todettava, että luokissa oli paljon sellaisia iäkkään elämässä tärkeitä asioita verrattuna suoriutumisen tarkasteluun vain ennalta määrättyjen luokkien avulla. Luokissa ilmeni keskeisiä elämisen ilmiöitä kuten muistot, joiden avulla ihminen jäsentää paikkaansa ympäristössä, elämäkulussa ja maailmassa sekä näkemys, että vaivojen ehdoilla suoriudutaan.



Kuva 19. Teoriapohjaisen analyysin tulokset (nuolet kuvaavat yli 100 frekvenssejä taulukossa 15)

Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen kvantitatiivisen analyysin ja haastatteluaineiston deduktiivisen ja induktiivisen analyysin tulosten yhdistäminen ja yhteenveto kuvataan seuraavassa kappaleessa päivittäisen suoriutumisen mallin kuvauksen yhteydessä.

5.4 Teorettinen malli iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta

5.4.1 Mallin rakentuminen

Analyysien eri vaiheiden pohjalta rakennettiin iäkkäiden päivittäistä suoriutumista kuvaava teorettinen malli. Lähtökohtana oli iäkkäiden päivittäisestä suoriutumisesta ja toimintakyvystä kirjallisuuskatsauksessa esitetty tutkimusten tarjoama viitekehys, ja iäkkään ihmisen päivittäisen toiminnan vaatimusten monitasoisuus, jota on kuvattu perus-, välineellisinä ja kehittyneinä toimintoina. Lisäksi kvalitatiivisen aineiston myötä malliin yhdistettiin toiminnan monimuotoisuus ja näkemys ihmisestä holistisesti toimivana. Yhteydet rakennettiin analysoimalla kokemuksia kuvaava aineisto kvantitatiivisen tutkimuksen tulosten pohjalta uudelleen. Eri aineistojen ja analyysien tulosten yhdistämistä vaikeutti erilainen käsitteistö, mikä syntyi kahden eri käsitemaailman, toisaalta tutkijan ja toisaalta iäkkään henkilön kokemusmaailman tuloksena. Rajoituksena yhdistämiselle voidaan pitää myös eri aineistojen keruun ajallista eroa. Painotuksia ei myöskään voitu verrata määrällisen ja laadullisen aineiston välillä. Mallissa yhdistyy ulkopuolisen asiantuntijan arvioinnin avulla tehdyn tutkimuksen tulosten, ja hoitotyön asiakkaan omia kokemuksia kuvaavan tutkimuksen näkökulmat. Mallin avulla on mahdollista integroida iäkkään ihmisen hoitoa siten, että ihminen itse on hoidon lähtökohtana, ja että eri tieteenalojen hoitotähtämukset palvelevat hoitotyön ja terveydenhuollon iästä asiakasta. (kuva 20, s. 106)

5.4.2 Tutkimustulosten yhdistäminen

Strukturoidun hoitajien tekemän arvioinnin (I) tulosten anti mallille

Keskeiseksi hyvää suoriutumista selittäväksi tekijäksi kotisairaanhoidajien arvioiman kvantitatiivisen aineiston usean muuttujan välisessä vertailussa osoittautui hyvä kognitiivinen tila. Tämän lisäksi perustoiminnoista ja välineellisistä toiminnoista suoriutumista sekä kokonaissuoriutumista selittivät oireista virtsaamisvaikeuksien puuttuminen ja virtsatieinfektiolääkkeiden käyttämättömyys. Välineellisistä toiminnoista suoriutumista ja kokonaissuoriutumista selitti lisäksi nuorempi ikä. Kehittyneistä toiminnoista suoriutumista selitti hyvän kognitiivisen tilan, virtsaamisvaikeuksien puuttuminen ja virtsatieinfektiolääkkeiden käyttämättömyyden lisäksi rintakipujen puuttuminen ja hyvä näkö. Kaikkia näitä toimintoja selittivät lisäksi erilaiset sosiaalisen tuen muodot. Ulkopuolisen arvioinnin lähtökohdista johtuen malliin valikoituneet tekijät ovat hyvin konkreettisia ja toiminnallisia. Nämä tulokset toimivat mallissa valmiiksi luokiteltuina ja luokituksen avulla määriteltävinä tekijöinä, jolloin hoitohenkilöstö pystyy arvioimaan niitä varsin täsmällisesti. (taulukko 16)

Haastatteluaineiston teoriapohjaisen (II) analyysin tulosten anti mallille

Uuden elementin malliin tuotti laadullisen aineiston analysointi kvantitatiivisella tutkimuksella saatujen tulosten luokituksen pohjalta. Tämän luokittelun rinnalla syntyi uusi käsiteluoikka, joka nimettiin ”monimuotoisuuden hallinnaksi (Complexity Control = CC”). Iäkkäiden itsensä näkemä suoriutumisen kokonaisuus sisältää paljon kognitiivista, emotionaalista ja myös henkistä ainesta. Tähän kuuluvat uutena elementtinä ilmenevä oman elämän muistelu sekä elämisen ja maailman tapahtumien merkitysten pohdinnat, joilla näytti olevan elämisen kokonaisuutta jäsentävä merkitys. Monimuotoisuudenhallintaa heikentävät sairaudet ja lukuisat sairaalakäynnit olivat tekijöitä, jotka eivät sijoittuneet muihin suoriutumisen luokkiin. Pohdinnat kotona asumisen ja turvallisuuden merkityksestä jäivät myös teoreettisten luokkien ulkopuolelle. Iäkkään kotisairaanhoidoasiakkaan näkökulmasta monimuotoisuuden hallinta näyttäisi nousevan hyvin tärkeäksi osaksi päivittäistä suoriutumista. Merkittävää tässä analyysissä on myös kognitiivisten ja mielialaa kuvaavien tekijöiden painottuminen kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen ja analyysissä syntyneeseen monimuotoisuuden hallinnan luokkaan. (taulukko 16)

Taulukko 16. ”Iäkkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevat tekijät hoitajien arvioimana (I), suoriutuminen iäkkäiden kokemana (III) ja kokemukselliset tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa (II)” -tutkimustulosten tarkastelu.

<p><i>I</i></p> <p><i>Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen sekä siihen yhteydessä olevat ja sitä selittävät tekijät (strukturoidun hoitajien tekemän arvioinnin tulokset)</i></p>	<p><i>II</i></p> <p><i>Kokemukselliset tekijät päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa (haastatteluaineiston teorialähtöisen analyysin tulokset luokiteltuna hoitajien arvioinnin tulosten avulla) (suluissa fr)</i></p>	<p><i>III</i></p> <p><i>Päivittäinen suoriutuminen iäkkäiden kokemana (haastatteluaineiston aineistolähtöisen analyysin tulokset)</i></p>
<p>Hyvää BADL -suoriutumista selitti hyvä kognitiivinen tila, virtsaamisvaikeuksien sekä virtsainfektio lääkkeiden käyttämättömyys ja sosiaalinen tuki. Yhteyksiä havaittiin hyvän BADL-suoriutumisen ja hyvän kognitiivisen tilan, virtsaamisvaikeuksien puuttumisen ja virtsatieinfektio lääkkeiden käyttämättömyyden sekä myös nivelkipujen puuttumisen, läheisen ystävän yhteydenpidon ja masentuneisuutta kuvaavien ilmaisujen käyttämättömyyden välillä.</p>	<p>Sosiaalisen tuki (37) BADL -suoriutumisessa ilmeni konkreettisenä apuna. Suoriutumista häittäsivät lääkkeiden runsaus ja oireet: huimaus, virtsankarkailu ja eritystoiminnan ongelmat (28). BADL-suoriutumiseen mieliala (26) liittyi joko ilona ja mielihyvänä, tai pelkoja ja mielipahaa tuottavana. Kognitiiviset tekijät (22) eivät liittyneet usein BADL-suoriutumiseen.</p>	<p>1) Oleellisia tekijöitä ovat hyvän ympäristön luovat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit. 2) Hyvän olon muodostaa toiminnallisuus ja tekeminen, ilo ja hyvä mieli sekä itsestä huolehtiminen, liikkuminen asunnossa ja ulkona turvallisesti. 3) Selviytymisen esteitä on runsaasti, jolloin avun ja tuen saanti lapsilta ja lähiomaisilta sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmältä on tärkeää.</p>
<p>Hyvää IADL -suoriutumista selitti hyvä kognitiivinen tila, nuorempi ikä, virtsaamisvaikeuksien puuttuminen, virtsainfektio lääkkeiden käyttämättömyys ja yhteys naapuriin. Yhteyksiä havaittiin IADL-suoriutumisen ja nuoremman iän, hyvän kognitiivisen tilan, useiden sosiaalisen tuen antajien, naapurin yhteydenpidon, virtsaamisvaikeuksien puuttumisen ja virtsainfektio lääkkeiden käyttämättömyyden välillä.</p>	<p>IADL -suoriutumiseen liittyivät kognitiiviset tekijät (115) usein: itse hoidettiin kuntoa, yritettiin ylläpitää toimintakykyä, harkittiin turvattomuutta tai liikkumisessa tapaturmariskejä. Mielialatekijät (116) esiintyivät joko pelottavina tai mielihyvää tuottavina. Sosiaalinen tuki (139) liittyi useimmin IADL-suoriutumiseen, tukea saatiin kotiavun ja kotisairaanhoidon henkilöstöltä, vapaaehtoisilta auttajilta, lapsilta ja muilta omaisilta ja joskus naapurilta. Vaivoista ja oireista (86) häittäsivät erityisesti liikkumisen ongelmat, näön heikkous, huimaus ja väsymys.</p>	<p>4) Pahaa oloa tuottaa ja hyvän olon kokemusta heikentävät pelot ja huolenaiheet: sairaalahoito, kaatumisen pelko liikkuesssa, vanheneminen, johon liittyy usein yksinäisyyttä ja kuolemankokemuksia. Suurimpia pelkoja on joutua avuttomana makaamaan hoitolaitoksen vuoteessa.</p>

I	II
<p>Hyvää AADL -suoriutumista selitti kognitiivinen tila, hyvä näkö, rintakipujen puuttuminen ja sukulaisten ja lasten yhteydenpito. Yhteyksiä havaittiin hyvän AADL -suoriutumisen ja hyvän kognitiivisen tilan sekä myös sukulaisten yhteydenpidon, sosiaalisen tuen antajien useuden ja hyvän laadun ja särkylääkkeiden käyttämisen välillä.</p>	<p>AADL-suoriutumiseen liittyivät usein kognitiiviset tekijät (115): älylliset ja taiteelliset aktiviteetit, yleisten asioiden pohdinta, muistitoimintojen heikkoutta valitettiin. Mieliala (116) liittyi myös usein: mielihyvää ja iloa saatiin harrastusluonteisesta toiminnasta, sosiaalisesta kanssakäymisestä ja mielipahaa läheisten menettämisestä ja omaisten harvoista kontakteista. Sosiaalinen tuki (86) tarjosi vuorovaikutusta: sukulaiset, omaiset, ystävät, lapset. Kontaktien puute koettiin ikävänä. Erityisesti heikko näkö, huono kuulo ja liikuntarajoitukset (40) haittasivat.</p>
<p>Hyvää k-ADL-suoriutumista selitti hyvä kognitiivinen tila, virtsainfektio lääkkeiden käyttämättömyys, virtsaamisvaikeuksien puuttuminen, nuorempi ikä ja naapurien yhteydenpito. Yhteyksiä havaittiin hyvän k-ADL -suoriutumisen ja hyvän kognitiivisen tilan, useiden sosiaalisen tuen antajien sekä oireiden ja vaivojen vähäisyyden välillä.</p>	<p>Monimuotoisuuden hallinnassa (CC) kognitiiviset tekijät (158) ilmenivät erittäin usein: oma paikka elämänsä kulussa, oman kodin merkitys, turvallinen asuinympäristö, muistot sota- ja evakkoajoilta sekä työelämästä, vanhuuden pohdinta. Mieliala ja tunteet (154) esiintyivät myös usein monimuotoisuuden hallinnassa: yksinäisyys, masentuneisuus, surut ja pelot, vanhuuden vaivat, sairaalakokemukset ja toive asua kotona, oman elämän muistelu. Erilaisten vaivojen ja oireiden (101) ehdoilla suoriuduttiin päivittäisistä toimista, sosiaalisen tuen puute (31) ilmeni yksinäisyytenä.</p>

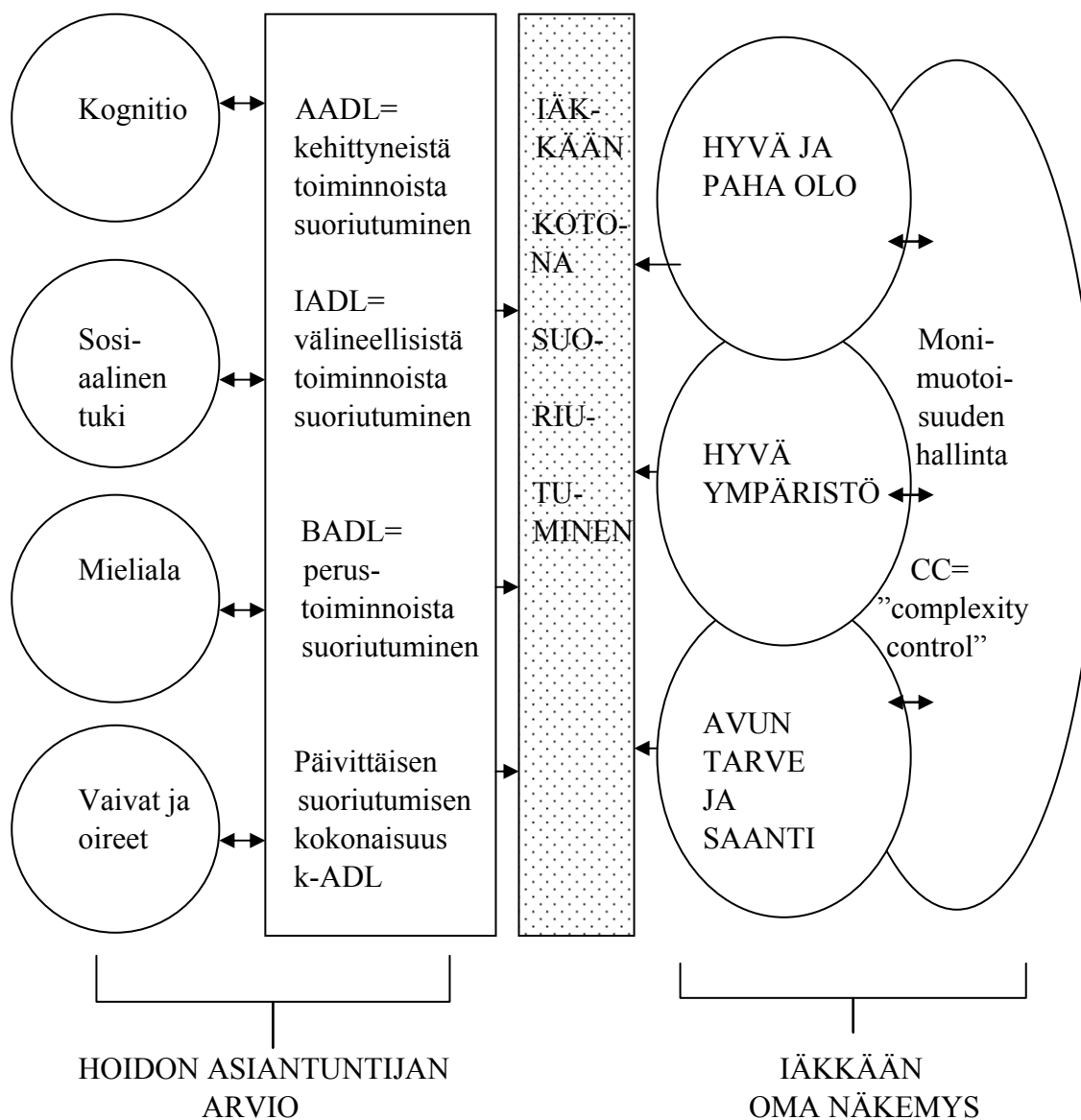
Aineistolähtöisen sisällönanalyysin (III) tulosten anti mallille

Haastatteluaineiston aineistolähtöisessä analyysissä korostuivat hyvän ympäristön, hyvän ja pahan olon sekä avun tarpeen ja saannin merkitys. Ympäristön elementti mallissa on ymmärrettävä laajana henkisenä, symbolisena, sosiaalisena ja fyysisenä kokonaisuutena, joka tarjoaa hahmotuksen ympäröivästä maailmasta. *Ympäristö* nähdään laajana hyvän olon tuottajana, jossa merkittävää on koti, yhteys toisiin ihmisiin ja elämisen rikkaus. Yhteys toisiin ihmisiin syntyy vuorovaikutuksesta tuttujen sekä erityisesti lasten ja lastenlasten kanssa. Elämisen rikkaus ilmenee maailman tapahtumien, elämän

ilmiöiden sekä arvojen pohdintana. Elämyksiä saadaan luovuudesta, ja rauhaa uskonnosta. On tärkeää voida asua omassa turvallisessa ja viihtyisässä kotiympäristössä ja selviytyä siellä. *Hyvä olo* muodostuu itsestä huolehtimisesta, hyvästä mielestä sekä jaksamisesta ja tekemisestä. Jaksamiseen ja tekemiseen kuuluu lisäksi kiireettömyys ja oman terveyden hoitaminen. Siinä on nähtävissä mahdollisuus vaikuttaa omaan elämään liikkumalla ja huolehtimalla itsestä ja suorittamalla päivittäisiä askareita, jotka tuottavat myös hyvää mieltä. Hyvää mieltä saadaan lisäksi harrastuksista, erilaisista virkistystä ja iloa tuottavista asioista sekä muistoista. *Paha olo* merkitsee elämisen vaikeuden ja raskauden sekä pahan olon tunnetta. Elämisen vaikeus ja raskaus muodostuu turvattomuudesta, yksinäisyydestä, peloista ja sairaalahoitojen vaikeudesta sekä elämisen raskauden tunteesta. Myös pahalla ololla on paikkansa iäkkäiden päivittäisessä elämässä. *Avun tarve ja sen saanti* sisällöltään liittyy selviytymisen esteisiin ja niitä poistaviin tekijöihin. Selviytymisen esteitä ovat liikkumisvaikeudet, sairauksien haitat, vanhuuden ongelmat ja muistin heikkous sekä huono näkö tai kuulo. Tukea saadaan lapsilta, lähiomaisilta, kotiaavusta, kotisairaanhoidosta ja sairaalasta. Ympäristön, ja hyvän ja pahan olon sekä avun saannin kuuluminen malliin ovat iäkkäiden omasta ja hoitoon osallistumisen näkökulmasta tärkeitä. (taulukko 16)

5.4.3 Yhteenveto

Tuotettujen kahden erilaisen käsitemaailman yhdistämisessä teoreettiseksi malliksi keskeisenä pidetään iäkästä ihmistä. Kvantitatiivisen aineiston analyysissä iäkkään kotona suoriutumisen korostuivat kognitiiviset tekijät, vaivojen ja oireiden vähäisyys sekä sosiaalinen tuki. Haastatteluaineiston analyysissä ilmeni ihmisen toiminnan kokonaisluonteisuus, holistisuus, jolloin ihminen kuvatessaan omaa toimintaansa ei erottele päivittäisiä toimintoja niiden vaatimustason tai muiden tekijöiden mukaan. Aineistolähtöisessä analyysissä iäkkään ihmisen omana näkemyksenä suoriutumisestaan piirtyi keskeiseksi ympäristö, emootiot sekä avun tarve ja saanti. Teorialähtöisen analyysin yhteydessä tuotettiin aineistolähtöisesti uusi luokka ”monimuotoisuuden hallinta”, jonka merkitystä ja arvoa päivittäisessä kotona suoriutumisessa joudutaan punnitsemaan. Teoreettisessa mallissa kaikilla näillä tekijöillä on oma paikkansa.



↔ = kuvaa kahdenvälisiä yhteyksiä

→ = kuvaa selittämisen suuntaa

Kuva 20. *Analyysien tuloksena syntynyt iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettinen malli*

5.5 Yhteenveto tutkimustuloksista ja johtopäätökset

1. *Luodun teoreettisen mallin keskeisiä tekijöitä iäkkäiden päivittäisessä suoriutumisessa hoidon asiantuntijan näkökulmasta ovat kognitio, sosiaalinen tuki sekä erilaiset vaivat ja oireet; hyvää päivittäistä suoriutumista edistävät*

hyvät kognitiiviset toiminnot, sosiaalinen tuki ja oireiden, erityisesti virtsatievaivojen vähäisyys.

Tutkimustulosten pohjalta voidaan todeta, että iäkkäiden kotona suoriutumisessa keskeistä ovat kohtuullisen hyvät kognitiiviset toiminnot. Kotona asumiselle eivät ole esteenä erilaiset oireet tai vaivat eikä myöskään runsas lääkkeiden käyttö. Lisäksi kotona asumista edistää sosiaalinen tuki jossain muodossa. Hyvän kognitiivisen tilan ylläpitäminen kaikin mahdollisin keinoin turvaa iäkkäiden itsenäistä suoriutumista.

2. Iäkkäiden omien kokemusten perusteella kotona suoriutumisen kokonaisuus koostui hyvästä ympäristöstä, hyvästä ja pahasta olostä sekä avun tarpeesta ja sen saannista.

Voidaan todeta, että oleellisia tekijöitä iäkkäiden päivittäisessä kotona suoriutumisessa ovat hyvän ympäristön luovat henkiset, sosiaaliset, symboliset ja fyysiset elementit, joita olivat läheiset ihmissuhteet, kotiympäristö sekä henkiset ja luovat voimavarat. Iäkkäille on tärkeää koti- ja lähiympäristö, jossa voi liikkua sekä ulkona että sisällä turvallisesti. Näin lievitetään pahaa oloa, pelkoa, huolta ja yksinäisyyttä sekä edistetään hyvää oloa. Avun ja tuen saanti lapsilta ja lähiomaisilta sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmältä on merkityksellistä.

3. Iäkkäiden omien kokemusten mukaan kognitiiviset tekijät ja mieliala liittyvät kehittyneistä toiminnoista suoriutumiseen, kun taas sosiaalinen tuki on tärkeää suoriutumisessa välineellisistä toiminnoista, sensijaan monimuotoisuuden hallinta liittyy kokonaisvaltaisesti iäkkään henkilön koko elämäntilanteeseen.

Monimuotoisuuden hallinnan merkitys ilmenee iäkkään elämässä tekijöinä, joiden avulla hahmotetaan omaa paikkaa yhteiskunnassa, ympäristössä, elämäntilanteessa ja maailmassa. Muistot ovat osa tätä jäsentämistä.

4. Teoreettinen malli kuvaa ihmisen toiminnan kokonaisluonteisuutta, jolloin ihminen ei erottele päivittäistä suoriutumistaan niiden vaatimustason tai kognitiivisten, emotionaalisten tai sosiaalisten tekijöiden mukaan.

Hoitotyössä kokonaisluonteisuus ilmenee ensisijaisesti siten, että ihmisen käyttäytymistä tarkastellaan hänen omassa ympäristössään ja hänen omista lähtökohdistaan käsin.

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu suhteessa aiempaan kirjallisuuteen

6.1.1 Tuotetun teoreettisen mallin arviointia

Kehitettyä iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettista mallia voidaan tarkastella relevanssin, tarkoituksenmukaisuuden, mallin muuttujien suhteiden ja niiden merkityksen sekä mallin rajoitusten avulla (Lippitt 1973, Lancaster & Lancaster 1997). Mallin relevanssia, käyttökelpoisuutta, voidaan pitää tietyin kriteerein hyvänä. Mallissa iäkkään päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kuvaavalla osalla voidaan todeta olevan kulttuurista tarttumapintaa sekä kansainvälisessä että kansallisessa terveydenhuollossa ja hoitotyössä, mikä antaa tukea kotihoidon asiakkaita hoitavalle moniammatilliselle hoitotiimille. Kotisairaanhoidon asiakasta voidaan motivoida itsehoitoon ottamalla huomioon hänelle merkitykselliset kokemukset ja näkemykset päivittäisessä suoriutumisessa. Näitä ovat erityisesti tämän tutkimuksen tulosten ja mallin mukaan hyvä ympäristö, hyvä olo, kognitio ja monimuotoisuuden hallinta. Kognitiiviset toiminnot ja ihmisen kyky arvioida tilannetta kognitiivisesti ovat mallissa mukana keskeisesti (Folkman & Lazarus 1988). Kognitio ja tilanteen arviointi on tärkeää iäkkäiden kotihoidossa, koska tulevaisuuden hoitotyössä ja hoitotieteessä on oleellista tarkastella asiakasta itseään ongelmiensa ratkaisijana. Mallin tarkoituksenmukaisuutta lisää se, että mallissa on mukana sekä hoitajan että hoidettavan näkemys suoriutumisesta, koska hoidossa tarvitaan aina yhteisymmärrystä. Tarkoituksenmukaisena voidaan pitää myös sitä, että mallissa otetaan huomioon iäkkäiden erityislaatuinen elämänvaihe, jota kuvaa monimuotoisuuden hallinta. Kokonaisuudessaan mallin käyttökelpoisuutta voidaan arvioida vasta käytännön sovelluksissa.

Iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen teoreettista mallia voidaan arvioida myös käytettyjen muuttujien, käsitteiden ja niiden merkityksen kautta (Lancaster & Lancaster 1997, Töttö 2004, Meleis 2005). Luodussa teoreettisessa mallissa esiintyy jo aiemmin käytössä olevia käsitteitä, kuten päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, joka muodostaa osan toimintakyvyn käsitteestä. Toimintakyvyn käsite on erittäin laaja ja vakiintumaton, ja se on tutkimuksissa määritelty vaihtelevasti. Tämän mallin käsite ”suoriutuminen” kuvaa iäkkään omaa käyttäytymistä kotona päivittäisissä toiminnoissaan, jolloin sitä voidaan arvioida

käytännön toiminnan tasolla. Hoitotyön kannalta on tärkeää perinteisten päivittäisten toimintojen laajentaminen myös AADL -toimintoihin, joiden avulla päivittäisistä toiminnoista suoriutumista voidaan arvioida kokonaisvaltaisemmin. Käsite ”monimuotoisuuden hallinta” tuotettiin laadullisen aineiston deduktiivisen analyysin tuloksena. Tämä uusi käsite oli välttämätöntä nimetä, koska sen käsitteisisältö ei sopinut jo nimettyihin käsiteluookkiin. Aineistolähtöisen analyysin tuloksena syntyneitä käsitteitä ”hyvä ympäristö”, ”hyvä olo” sekä ”avun tarve ja saanti” on sisällöltään käytetty jo aiemmin hoitotieteessä. Niiden nimeäminen malliin vahvistaa hoitotieteen omaleimaisten käsitteiden merkitystä (Kim 2000). Tuotetussa mallissa on kuvattu käsitteet ja osa niiden välisistä suhteista. Asiakkaan ja asiantuntijan näkökulmasta tuotettujen käsitteiden välisiä suhteita on kuvattu teorialähtöisen analyysin avulla, jolloin kuitenkin käsitettä ”monimuotoisuuden hallinta” ei voitu kuvata suhteessa muihin. Mallin sopivuus ympäröivään yhteisöön tulee esiin, mutta rajoituksena mallissa on ympäristön laajempien, todellisten olosuhteiden ja implisiittisten yhteiskunnallisten arvojen ja oletusten riittämätön kuvaus. Monimuotoisuuden hallinnan käsitteen sisältö on kompleksinen, eikä riittävän tarkka, jolloin hoitotyön käytännössä sen ottaminen huomioon tällaisenaan ei ole helppoa. Mallia ei ole myöskään kokonaisuudessaan testattu, jolloin on mahdollista, että mallista puuttuu joitain oleellisia elementtejä, joita tämän tutkimuksen avulla ei saatu esiin.

Mallin rakentamisessa oli kyse teoreettis-analyttisestä tarkastelusta, jossa synteessin vaiheessa konstruointiin teoreettinen malli. Rakentamistapa luotiin tämän trianguloivan tutkimuksen pohjalta, koska mallin rakentamiseksi ei ole olemassa valmiita kaavaa tai teoriaa metodien yhdistämiseksi. Mallin luomisessa on näin tarvittu tasapainottamista sisällön ja menetelmien välillä ja analyysistä toiseen siirtymiseen transformatiivista näkemystä (Lauri & Kyngäs 2005, Bishop & Hardin 2006, Newman 2002). Luonteeltaan tuotettu malli voidaan luokitella lähinnä mentaaliseksi ja symboliseksi sekä semanttiseksi malliksi. Mentaalinen malli on abstraktiotasoltaan korkein sisältäen abstrakteja käsitteitä, jotka muodostavat merkityksellisen kuvauksen todellisuudesta. (Lancaster & Lancaster 1997, Meleis 2005) Mallissa on kyse moniarvoisuudesta ja asteeroista; ei siitä, mitä jokin on, vaan siitä, kuinka varmasti tai paremmin jokin asia on (Kosko 1996). Mallin käsitteet on tuotettu kahdesta erilaisesta käsitteellisestä maailmasta, toisaalta tutkijoiden maailmasta kotisairaanhoidajien arvioinnin avulla ja toisaalta iäkkäiden omasta maailmasta, joten ne eivät ole yhteensopivia keskenään. Käsitteet menevät lomittain ja päällekkäin eivätkä kata toisiaan täysin. Niitä voidaan pitää loogisina keskenään, kun tarkastellaan erikseen joko terveysalan asiantuntijan tai asiakkaan näkökulmaa. Asiakas näkee suoriutumisensa kokonaisluonteisena, kun taas hoidon asiantuntijat tarkastelevat usein suoriutumista ositetusti. Malli on rakennettu tutkimuksen avulla, ja näin käsitteiden väliset suhteet perustuvat empiriaan. Toiminnallisista komponenteista mallissa korostuvat asiakas ja hänen ympäristönsä. Paradigmaattinen tausta on eklektinen, missä on lähtökohtia positivistisesta ja tulkitsevasta sekä myös kriittisestä tieteen filosofiasta. Malli yhdistää näin eri tieteenalojen tietoa. Mallin

arvoissa korostuu humanistisuus, ja se on yhdenmukainen hoitotyön arvojen kanssa.

Käsitteellinen viitekehys, joka oli laadittu aikaisempien tutkimusten pohjalta, ja jota käytettiin ensimmäisen strukturoidun arvioinnin tekemiseen, oli luonteeltaan hypoteettinen malli, jota testattiin kvantitatiivisella tutkimuksella. Laadullisen aineiston induktiivisen analyysin pohjalta luotua käsitteellistä mallia testattiin analysoimalla se uudelleen strukturoidun arvioinnin tuloksena saadun luokittelun avulla. Keskeisenä luodussa teoreettisessa mallissa on asiakas, joka nähdään ensisijaisesti aktiivisessa vuorovaikutuksessa kulttuuriin ja ympäristöönsä olevana ehyenä kokonaisuutena. Malli tarjoaa tutkijoille käsitteellisen rakenteen, jossa on sekä asiakkaan että asiantuntijan näkökulma, ja se palvelee iäkkäiden kotisairaanhoidoasiakkaiden arviointia. Seuraavissa kappaleissa tarkastellaan malliin kuuluvia osioita erikseen sekä kvalitatiivisten että kvantitatiivisten tutkimustulosten pohjalta.

6.1.2. Iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemukset osana mallia

Tutkimuksen pohjalta luodussa mallissa korostuvat ensisijaisesti hoitotyön asiakas ja hänen toimintaympäristönsä. Teoreettista mallia tarkastellaan aluksi iäkkään näkökulmasta, jolloin keskeisiksi tekijöiksi nousevat hyvä ympäristö, hyvä ja paha olo, avun tarve ja sen saanti sekä monimuotoisuuden hallinta.

Hyvän ympäristön merkitys

Haastatteluaineiston aineistolähtöisen analyysin tuloksena oleellisiksi tekijöiksi muodostuneista hyvän ympäristön luovista elementeistä korostui mallissa erityisesti symbolinen ympäristö, mikä syntyy mm. sensorisesta ympäristöstä ja kulttuurista, jotka käytännön hoitotyössä jäävät usein liian vähälle huomiolle (Kim 2000, Meleis 2005, Tomey & Alligood 2006, Kolcaba 2006). Pietilän ja Tervon (1998) tutkimuksen mukaan kotona selviytymistä edisti turvallisuus, jonka todettiin muodostuvan sosiaalisista kontakteista sekä päivittäisistä tapahtumista elämän sisältönä. Myös puolison ja lasten apu on todettu merkitykselliseksi (Vaarama & Kaitsaari 2002). Lisäksi uskonto on nähty voimavarana, ja sen on todettu olevan yhteydessä sosiaaliseen osallistumiseen ja vähäisiin depressio-oireisiin (Roine ym. 2000, Teinonen ym. 2002). Takkisen (2000) tutkimuksessa kognitiivisiin kykyihin todettiin olevan yhteydessä elämän tarkoituksellisuuden, mitä kuvaavat tässä tutkimuksessa pitkälti elämisen rikkauden ilmiöt. Tämän tutkimuksen kumpaakin aineistonkeruun aluetta kuvaa hyvin Kainulaisen ym. (2001) tutkimus kaupunkiseudun keskuksista, joihin tutkijoiden mukaan kasautuu taloudellista vaurautta, toimeliaisuutta ja hyvää terveyttä, mutta myös psykososiaalisia ongelmia.

Hyvän ja pahan olon merkitys

Hyvään oloon kuuluivat oleellisena oman toiminnallisuuden, hyvän mielen sekä itsestä huolehtimisen elementit. Tutkituilla iäkkäillä näytti olevan runsaasti voimavaroja lisääviä tekijöitä. Toiminnallisuus ja voimavarat tulevat esiin useissa tutkimuksissa. On todettu, että vanhuksat tuntevat voivansa varsin hyvin lukuisista vaivoista ja sairauksista huolimatta. Iäkkäät pyrkivät myös rakentamaan ehyen suhteen maailmaan ja omaan elämäntulkkuunsa, ymmärtävät tilanteensa, ja heillä tuntuu olevan varsin hyvä suhteellisuudentaju. (Junttila ym. 2002) Vanhusten elämäkerroista nousee esiin aktiivisuus, luovuus ja erilainen toiminnallisuus vanhuuden oleellisina elementteinä, jokaisella vanhuksella on oma tapansa toimia, joka heijastaa näkemystä ihmisen halusta myös iäkkäänä toteuttaa itseään (Laner & Sihvola 1990, Louhija 1998). Jyrkämä (2003) kuvaa kokemuksellista hyvää vanhuutta toimijuuden käsitteellä, joka käsittää elämisen ja eri tilanteiden tuomia tyytyväisyyden, onnellisuuden, ilon ja myönteisyyden tunteuksia.

Iäkkäiden haastatteluihin liittyi paljon muistelua, jolla on tärkeä sija vanhojen ihmisten elämäntulkussa. Hyvään oloon kuului aikaisemman elämän merkitys ja elämän jäsentäminen muistelemalla. Muistelun merkitys ilmenee transdendenssiteorioissa, joissa hyvä olo nähdään kokonaisluoteisena. Kyse on eheyden ja terveyden tunteesta, joka ilmenee minäkäsityksen laajentumisena sekä sisäisesti että ajallisesti siten, että nykyinen ja tuleva yhdentyy. (Sitzman & Eichelberger 2004, Down 2006, Coward 2006). Muistelu liittyy ajan ja paikan uudelleen määrittelyyn, kokemukseen menneisyyden ja nykyisyyden yhtäaikaaisuudesta, jota kutsutaan myös gerotransdendensiksi. Se antaa organisoitumattomalle toiminnalle merkityksen ja muodon, ja on vanhenemista ehyttävä prosessi. (Saarenheimo 1992, 1994, Tornstam 1997, Uotinen ym. 2004) Heikkinen R-L (2004) kuvaa ikääntymisen kokemista käsittelevässä tutkimuksessaan iäkkäiden kokemusta ajasta eheytenä, jossa kohtaavat menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus yhtenä kokonaisuutena. Myös iäkkään tapa muistella elämäntulkkuja ja elämän historian tarkastelu merkitsivät hyvää oloa ja tukea selviytymisessä (Pietilä & Tervo 1998, Backman 2001). Iäkkäiden puhetta kuunnellessa saattoi havaita, että menneitä muisteltiin tarkoituksena jäsentää ja ymmärtää omaa nykyistä elämää sekä maailman tapahtumia. Eletty elämä monimuotoisena nousi esiin viestittäen, että päivittäiseen suoriutumiseen vaikuttavat hyvin monet jopa vuosien takaiset asiat. Kokemukset ovat vaikuttaneet iäkkään elämäntulkun taitoon, mistä heijastuu tahto ja voima suoriutua.

Iäkkäiden hyvän olon kääntöpuolta kuvasivat tätä kokemusta heikentävät erilaiset pelot ja huolenaiheet. Vanheneminen koettiin vaikeana elämäntulkkuena. Paha olo mallissa kuvaa myös elämän viimeisiin vuosiin liittyvää haavoittuvuutta. Suurimpana pelkonaan iäkkäät kuvasivat joutumista avuttomana makaamaan hoitolaitoksen vuoteessa. Myös muiden tutkimusten mukaan iäkkäät ihmiset pelkäävät sairaaloita, hoitokoteja ja joutumista laitokseen toisten

huolehdittaviksi (Roos 1987, Campion 1995). Kun tuloksia peilataan Suomen vanhustenhoitohistoriaan, niin pelko laitoshoitoon joutumisesta saattaa olla peräisin haastateltavien omien vanhempien hoitokokemuksista. Nämä vanhemmat olivat eläneet vanhuuttaan 1970- ja 1980 -luvuilla, jolloin käytännön hoitotyössä vallitsi kollektivisoiva hoitotyö. (Paasivaara 2002)

Avun tarpeen ja saannin merkitys

Selviytymisen esteitä oli runsaasti, jolloin avun ja tuen saanti oli erityisen tärkeää. Liikkumisvaikeudet, heikko näkö ja sairaudet koettiin hankalina. Liikkumisen ongelmat tulevat esiin myös muissa tutkimuksissa. Portaiden käyttö, pyörätuolilla liikkuminen, tuoliin ja sänkyyn siirtyminen ja sieltä nouseminen sekä kulkuvälineiden käyttö on todettu myös keskeisinä ongelmina päivittäisessä suoriutumisessa Valderrama Caman et al. (2000) tutkimuksessa. Vaaraman ja Kaitsaaren (2002) tutkimuksessa todettiin asunnon ja asuinympäristön liikuntaesteiden ja IADL -vaikeuksien estävän kotona selviytymistä, sekä puolison ja lasten avun olevan merkityksellistä. Pietilän ja Tervon (1998) tutkimuksessa kotona selviytyminen muodostui myös sosiaalisista kontakteista, ja Peltosen (1994) tutkimuksessa sosiaalisen tuen todettiin olevan yhteydessä elämään tyytyväisyyteen. Tässä tutkimuksessa iäkkäillä esiintyi yksinäisyyden tunteita, vaikka lapset ja sukulaiset pitävätkin yhteyttä.

Hyvän vanhuuden, mikä tarkoittaa toimintakykyisyyttä ja selviytymistä päivittäisen elämän vaatimuksista, voidaan näin ajatella muodostuvan ensisijaisesti hyvästä ympäristöstä ja hyvästä olostä sekä kokonaisluonteisesta elämisen ymmärtämisestä.

6.1.3 Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen liittyvät kokemukselliset tekijät teoreettisen mallin osana

Monimuotoisuuden hallinta päivittäisessä suoriutumisessa

Mallissa on keskeisellä sijalla elämisen monimuotoisuuden hallinta (CC), mikä sisällöllisesti kertoo tapahtuneesta ja edelleen tapahtuvasta voimavaroja ja mahdollisuuksia sisältävästä kehityksestä ja kasvusta sekä ihmisen holistisuudesta (Kim 2000). Iäkkäiden voimavarana on tarkastella elettyä elämää laajasti, jolloin he osaavat suhteuttaa siihen tilanteensa ja kokemuksensa. Kathrine Kolcaba kuvaa tällaista tilaa transendenssina, erityisenä tyytyväisyyden muotona, jossa henkilö nousee ongelmien ja kipujen yläpuolelle (Kolcaba 2006, Sitzman & Eichelberger 2004, Down 2006, Tornstam 1997). Monimuotoisuuden hallinnan ”complexity control” (CC) käsite sisältää voimaantumisen kokemuksia. Tällä tarkoitetaan henkilökohtaista hyvinvointiin kuuluvaa ihmisestä itsestään lähtevää sosiaalista prosessia, joka liittyy ihmisen maailmankuvan rakentumiseen. Se on ihmisen kasvua ja kehitystä, kokemusta ja tietoisuutta selviytymistaitojen ja toimintakykyisyyden lisääntymisestä. (Gibson 1991, Siitonen 1999, Kuokkanen & Leino-Kilpi 2000) Haastatteluihissa nousivat esiin voimavarojen lisäksi elämän taitekohtien merkitys iäkkäiden

suoriutumisessa. Backman (2001, 2003) tarkastellessaan itsestä huolenpitoa ja sen ohjautumista elämänhistoriallisesta näkökulmasta totesi sen ohjautuvan elämän taitekohtien luonteen, yksilöllisten tekijöiden, reagoititavan, voimavarojen, itsestä huolenpidon merkityksen ja vanhenemisen kokemuksen kautta. Lisäksi hän totesi tutkimuksessaan, että paras toimintakyky oli omapäisesti itsestään huolehtivilla (Backman 2001), mikä merkinnee sekä voimaantumisen tunnetta että monimuotoisuuden hallintaa. Iäkkäiden haastatteluissa tuli esiin myös terveyslähtöisyys siten, että se toimii voimavarana iäkkään henkilön toimintakykyä edistävässä hoitotyössä.

Monimuotoisuuden hallinnan käsitteeseen liittyy myös elämän tarkoituksellisuuden kokemisen elementtejä, joiden todettiin Takkinen (2000) tutkimuksessa olevan yhteydessä parempaan toimintakykyyn ja olevan tärkeä hyvinvointia edistävä tekijä. Takkinen (2000) totesi myös, että yhteydet psykososiaaliseen toimintakykyyn viittaavat siihen, että iäkkäiden ihmisten elämän tarkoituksellisuuden tunnetta edistämällä voisi olla mahdollista heikosta toimintakyvystä huolimatta vähentää vanhuudessa yleisiä masentuneisuuden ja yksinäisyyden tunteita. Elämän tarkoituksellisuuden kokemisen ja toimintakyvyn välinen yhteys näytti olevan monimutkainen ja muodostuvan useista eri tekijöistä. Vaarama & Kaitsaari (2002) totesivat, että hyvä elämänhallinnan tunne oli yhteydessä itsenäiseen selviytymiseen kotona, ja lisäsi tyytyväisyyttä elämään. Elämänhallintaa kuvataan yksilön perususkomuksena ihmiselämän säätelemisen mahdollisuuksista (Häggman-Laitila & Pietilä 1993). Eirolan ym. (1996) artikkelissa kuvataan saman sukupolven naisten elämänhallintaa myönteisenä suhtautumisena elämään sekä ihmissuhteista huolehtimisena ja taitona elää arjen tosiasioiden kanssa. Peltosen (1994) tutkimuksessa elämänhallintaan oli yhteydessä myös selviytyminen aikaisemmista kriiseistä. Hallinnan kyky todettiin myös toimintakykyisyyden merkittävimäksi ennustajaksi fyysisten terveyden vajeiden ja sosiaalisen tuen ohella (Badger & Collins-Joyce 2000).

Iäkkäiden elämäkokemukset ja -hallinta sekä keskeinen elämäalue kuuluivat monimuotoisuuden hallinnan kokonaisuuteen, joka ilmeni monin eri tavoin. Se saattoi olla jokin keskeinen elämäkokemus, joka näytti olevan tärkeä arjesta selviytymisessä ja antavan voimia. Se saattoi olla myös perheestä huolehtimisesta, harrastuksista tai aikaisemman työelämän merkitystä. Haastateltavien kertomukset tuottivat kokonaisvaltaisia kuvauksia heidän subjektiivisesta elämäntyylistään. Pohjolainen (1994) kuvaa elämäntapaa holistisena ja kokonaisvaltaisena, kun arkielämä jäsennetään johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Haastatteluista ilmeni myös yksilöiden elämänkulku kokonaisuutena kuten mikrohistoriallisessa tarkastelussa, jolloin kunkin haastatellun elämä muodostaa oman historiansa, joka on yhteydessä valtakunnan ja maailman historian tapahtumiin yhdistäen ne (Peltonen 1999). Vanhuuteen on katsottu kuuluvan myös oman elämänkulun näkemistä osana perheen, yhteisön ja inhimillisen olemassaolon kokonaisuutta sekä persoonallisuuden integraatiota (Ruoppila 1997).

Haastatteluaineiston tuloksista ilmenee elämänkulun näkökulma, joka on nykyaikainen tapa kuvata vanhenemista, ja jossa on mukana ihmisen yksilölliset elämänvaiheet, subjektiiviset kokemukset ja historiallinen muutos. Vanheneminen nähdään yhä enemmän sosiokulttuurisesti, yksilöllisesti ja kokemuksellisesti sekä enenevästi monimuotoisena (Koskinen ym. 1998). Iäkkäiden elämisen kuvauksista ilmenevät tietyt historian vaiheet ja niihin kuuluva kulttuuri. Samanlaisen kuvan haastattelusta sukupolvea antaa Roos (1987). Suomalaisten elämäntavan ulottuvuuksien kuvauksissa 1900-luvun parina ensimmäisenä vuosikymmenenä syntyneet kuuluvat sodanjälkeisen jälleenrakennuksen ja nousun sekä sotien ja pulan sukupolviin. Heille tyypillistä ovat sotien muistot ja elämän aktiivivaihe sotien välisenä aikana tai elämän aloittaminen sotien jälkeen. Yhteisiä olosuhteita ovat mm. epävarmuus, koulutuksen puuttuminen tai koulun keskeytyminen, köyhyys, sosiaalisten eriarvoisuuksien tiedostaminen, jatkuva työnteko, ponnistelu ja sairaudet. (Roos 1987) Haastatteluaineiston iäkkäät kuuluivat kuvattuun sukupolveen, jonka arkielämän kokemuksista ilmenivät tyypillisinä edellä kuvatut sota-ajan vaikutukset.

Päivittäisessä suoriutumisessa ilmenevät kokemukselliset tekijät

Haastatteluaineiston teorialähtöisessä analyysissä korostui monimuotoisuuden hallinnan lisäksi kognitiivisen toiminnan merkitys itsensä hoitamisessa ja kotona suoriutumisessa. Folkmanin & Lazaruksen (1988) selviytymisprosessi -mallissa nähdään samoin keskeisenä ihmisen kyky osata arvioida tilannetta kognitiivisella tasolla. Ihminen toimii holistisesti, jolloin toiminnassa on mukana ajattelu, ratkaisujenteko sekä tunteet. Arkinen toiminta tapahtuu harvoin saman kaavan mukaan. Ihmisen toimintojen redusointi on näin ollen väkivaltaista. Freebornen (1994) artikkelissa kuvataan, että ADL- ja IADL -toiminnot kuuluvat biologiseen ja sosiaaliseen toimintaan, mitä ei voida pitää tämän aineiston pohjalta käsitteellisesti loogisena, koska itsensä ja taloutensa hoitaminen ei voi tapahtua ilman mentaalisia tai kognitiivisia toimintoja. Rainion (2002) mukaan käyttäytyminen ja kognitiivinen tila voidaan erottaa toisistaan vain siten, että psyykkiset voimat määräävät kognitiivisia tapahtumia, ja niitä seuraava päätös panee alulle käyttäytymisen. Tämä merkitsee holistisuutta siten, että tietoisuutta kuvataan käyttäytymisen kokonaistilana. Teoriapohjaisen analyysin perusteella todettiin, että iäkkäät eivät nostaneet tietoisesti esiin kognitiivisia toimintoja ja muistia, mikä ulkopuolisessa arvioinnissa näyttäytyi keskeisenä suoriutumiseen vaikuttavana tekijänä. On mahdollista, että haastattelutilanteet eivät aktivoineet metakognitiivisia taitoja, joita oman kognition merkityksen havaitseminen vaatii. Jotkut haastateltavat tosin kertoivat, että muisti on heikentynyt tai että onneksi muisti on pysynyt hyvänä, mutta näiden toimintojen yhteyttä hyvään suoriutumiseen ei ajateltu.

Haastatteluaineiston sekä aineisto- että teorialähtöisen analyysin tuloksissa heijastuu iäkkäiden elämänkulun ymmärtäminen ja kypsyys. ”Hyvään oloon”

kuuluu seesteisyyttä ja elämän ymmärtämistä ja ”monimuotoisuuden hallintaan” oman elämän käsittäminen osana ihmisen elämisen kokonaisuutta.

6.1.4 Iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen kotisairaanhoidajien arvioimana, siihen yhteydessä olevat ja sitä selittävät tekijät kehitetyssä teoreettisessa mallissa

Merkittävimpiä tekijöitä suoriutumisessa olivat kognitiivisten toimintojen osuus, virtsaamisongelmat ja niiden lääkitys, sosiaaliset suhteet ja mieliala, kun luotua teoreettista mallia tarkastellaan terveysalan asiantuntijan näkökulmasta strukturoidun kotisairaanhoidajien tekemän arvioinnin pohjalta.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen, kognitiivinen tila sekä muut terveydentilan ja elämäntilanteen tekijät

Kotisairaanhoidajien suorittamaan arviointiin osallistuneista iäkkäistä tämän tutkimuksen aineistossa vain hyvin harvat olivat täysin autettavia päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumisessa, mutta välineellisissä toiminnoissa tarvittiin jo runsaasti apua, ja kodin ulkopuolella liikkumisessa melkein kaikki tarvitsivat jonkinasteista apua. Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen taso kuvaa iäkkäiden mahdollisuutta asua ja suoriutua kotona. Suoriutumisen taso on todettu jokseenkin vastaavaksi kotona asuvilla iäkkäillä perus- ja välineellisistä toiminnoista suoriutumisessa Iki-vihreät -projektin uudemmassa tutkimuksessa (Laukkanen ym. 2000). Samoin kotona asuvilla yli 75-vuotiailla todettiin runsaasti vaikeuksia fyysisesti raskaammissa toiminnoissa ja erityisesti sellaisissa, jotka vaativat portaissa kulkemista (Juutilainen 1999).

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Katz et al. 1963, Reuben et al. 1990, Valvanne 1992) on arvioitu, että iäkkäillä heikentyvät ensin AADL -toiminnot, ja sitten IADL- ja viimeisenä BADL -toiminnot. Tässä tutkimuksessa kotona asuvilla AADL- toiminnoista vain liikkumista ja sosiaalista aktiviteettia vaativat harrastukset olivat vähäisiä, mutta sen sijaan yksin tapahtuvia ja kognitiivista aktiviteettia edellyttäviä oli varsin paljon. Tämän aineiston perusteella ei voi sanoa, että iäkkäillä, jotka tarvitsevat apua päivittäiseen itsensä ja taloutensa hoitoon, kehittyneet toiminnot olisivat suorastaan heikentyneet. Näissä toiminnoissa on kyse elämäniloa tuottavista, mieltä virkistävästä sekä älyllistä aktiviteettia lisäävistä toiminnoista, joiden merkitystä iäkkäiden hyvinvoinnissa ei pitäisi jättää huomiotta. Ihmissuhteet sekä terveyttä ja mielen vireyttä ylläpitävä toiminta on todettu tärkeäksi iäkkäillä mm. Takkisen (2000) tutkimuksessa. Iäkkäiden elämänlaadun kohottamiseen tarvitaan tukea erityisesti ulkona liikkumiseen ja asioiden hoitamiseen sekä mahdollisuuksiin osallistua kodin ulkopuolisiin harrastuksiin. Asunnon ja asuinympäristön liikuntaesteet, korkea ikä ja IADL -vaikeudet estivät kotona selviytymistä merkittävästi myös Vaaraman & Kaitsaaren (2002) tutkimuksen mukaan.

Muistihäiriöistä kärsivien lukumäärä tutkimusaineistossa oli vähäinen, mitä osin selittää se, että joukossa oli vain kolmasosa yli 85-vuotiaita. Tutkimuksissa on todettu sekä koettujen että tutkijan arvioimien muistihäiriöiden lisääntyvän vanhemmissa ikäryhmissä (Pahkala & Kivelä 1991, Valvanne 1993, Hänninen & Soininen 2004). On myös mahdollista, että tutkimusaineistosta systemaattisessa otannassa on jäänyt pois huonomuistisia iäkkäitä. Myöskään masentuneisuutta ei tunnustettu tutkittujen iäkkäiden joukossa kovin paljon. Masentuneisuuden vähäiseen ilmenemiseen saattoi olla syynä, etteivät iäkkäät tuoneet esille kotikäynneillä tutuille kotisairaanhoidajille masentuneisuuttaan, koska he kokivat käynnit useimmiten positiivisina. Yli puolet tutkituista sai sosiaalista tukea lapsiltaan ja muilta sukulaisilta, mikä kuvannee suomalaisen yhteiskunnan perhesidoksia.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevat ja sitä selittävät tekijät

Kvantitatiivisen arviointiaineiston analyyseissä nousi selkeästi esiin kognitiivisten tekijöiden keskeinen merkitys kaikista päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Se, että perustoiminnoista suoriutumista iäkkäillä selitti voimakkaasti kognitiivinen tila, kertonee siitä, ettei yksikertaisistakaan päivittäisistä toiminnoista selviydytä ilman muistia ja rationaalista päättelyä. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset useiden muiden tutkimusten kanssa, joissa on myös todettu kognitiivisen tilan olevan yhteydessä ADL - tai BADL -toimintoihin (Rubenstein et al. 1989, Cutler & Grams 1988, Rozzini et al. 1993, Gruber-Baldini et al. 2000, Mehta et al. 2002). Välineellisistä toiminnoista suoriutumisen parantuminen hyvien kognitiivisten toimintojen myötä on ymmärrettävää, kun on kyse aktiivisuutta vaativista toiminnoista, ympäristöstä huolehtimisesta ja taloudenhoidosta. Kodin ulkopuolella asioiden hoitaminen ja raha-asioiden hoito vaativat myös enemmän suunnittelua ja muistitoimintoja kuin kodissa tapahtuvat perusaktiviteetit. Välineellisten toimintojen vaatiman liikkumiskyvyn ja muistitoimintojen välillä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa yhteyttä (Rozzini et al. 1993, Neadley et al. 1995).

Edelleen kognitiivinen tila selitti merkittävimmin suoriutumista kehittyneistä toiminnoista, joita ovat erilaiset sosiaaliset aktiviteetit ja harrastukset. Tämä selittyy erilaisessa harrastustoiminnassa vaadittavilla monipuolisilla kognitiivisilla taidoilla. Myös erilaisten älyllisten aktiviteettien on todettu pitävät yllä vireyttä ja hyviä kognitiivisia toimintoja (Rubenstein et al. 1989, Flicker et al. 1993, Johansson et al. 1997, Tienari & Haltia 2001, Fratiglioni et al. 2004, McDaniel et al. 2008). Vastaavia yhteyksiä on kuvattu Shichitan et al. (1986) ja Aartsenin et al. (2002) tutkimuksissa. Aartsenin et al. (2002) käyttämä aktiviteettien luokittelu sosiaalsiin, kokemusperäisiin ja kehittymiseen kuuluviin aktiviteetteihin on käsitteellisesti lähellä AADL -toimintoja ja liittyy elämisen laatuun. Aartsenin et al. (2002) tutkimuksessa hypoteettinen yhteys olikin

asetettu juuri näin. Tässä tutkimuksessa tuloksena kuitenkin todettiin vain informaation prosessointinopeudesta yhteys kehitysaktiiviteetteihin. Todellisuuden kuvaamiseen ja selittämiseen sisältyy aina tulkintaa, mikä ei tarkoita subjektiivisuutta. Hoitotyön ja sosiaalityön päätöksenteossa pitäisi voida nojata tutkimusevidenssiin, mutta ihmisen käyttäytymisen kokonaisuutta koskevien tutkimustulosten tulkinta ei ole yksiselitteistä. (Raatikainen 2004)

Kognitiivisten tekijöiden keskeisen roolin arkielämässä tekee ymmärrettäväksi, kun tiedetään, että kaikkeen toimintaan tarvitaan muistia sekä loogisen ajattelun ja päätöksenteon taitoja (Knight 2000). Tämä myös vahvistaa näkemystä, että ihmisen toimintaa ei voi erottaa ajattelusta, jonka avulla suunnitellaan ja arvioidaan tekemisiä. Heikko suoriutuminen tuskin suoranaisesti heikentää kognitiivisia toimintoja, mutta on mahdollista, että kun siihen liittyy yksitoikkoinen ja virikkeitä vailla oleva deprivoinen elinympäristö, niin sillä on vaikutusta älyllisiin toimintoihin. Myös välinpitämättömyys itsensä hoitamisesta saattaa alentaa vireyttä, kun taas aktiivinen toiminta taloudenhoidossa edistää korkeamman tasoisten taitojen ylläpitoa. (Schaie 1996, McDaniel et al. 2008)

Masentuneisuuden ilmeneminen aineistossa ei ollut yksiselitteistä. Tässä tutkimuksessa kehittyneistä toiminnoista sekä kahden että monen välisessä vertailussa vähemmän masentuneet näyttivät suoriutuvan jopa heikommin kuin masentuneet, kun taas perustoiminnoista suoriutumisessa kahden välisessä vertailussa oli viitteitä siitä, että vähemmän masentuneet suoriutuivat paremmin. Tuloksiin on saattanut vaikuttaa se, että masentuneisuutta ei saatu esiin merkittävästi koko tutkimusaineistossa. Toisaalta taas erityisesti AADL -toimintojen kohdalla masentuneisuudesta huolimatta nämä aktiviteetit näyttävät olevan mahdollisia. Krachin et al. (1996) vastaavassa haastatteluaineistossa masentuneisuutta ilmeni myös hyvin vähän. Useissa aiemmissa tutkimuksissa on havaittu yhteyksiä masentuneisuuden ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen välillä siten, että masentuneisuus heikentää suoriutumista. (Berkman et al. 1986, Cho et al. 1998, Laukkanen 1998, Rozzini et al 1993, Valvanne 1993, Badger-Collins-Joyce 2000) Tosin myös joissain tutkimuksissa on todettu, että masentuneisuudella ei olisi yhteyttä päivittäiseen suoriutumiseen (Whittle & Goldenberg 1996). Mehtan et al. (2002) tutkimuksessa ADL -toiminnoissa apua tarvitsevilla depressio ei ollut riskitekijä ADL -toimintojen heikkenemiselle, mutta kylläkin ADL -toiminnoista itsenäisesti suoriutuvilla depressio oli riskitekijä toimintojen heikkenemiselle.

Sosiaalinen tuki näytti selittävän jossain määrin päivittäisistä toiminnoista suoriutumista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on näyttöä sosiaalisen tuen yhteydestä päivittäiseen suoriutumiseen (Chappel & Badger 1989, Yu 1995, Krach et al. 1996, Whittle & Goldenberg 1996, Badger & Collins-Joyce 2000). Monen välisessä vertailussa kuitenkin vähäinen sosiaalinen tuki näytti edistävän välineellisistä toiminnoista suoriutumista. Tulos voinee kertoa, ettei tärkeintä ole sosiaalisen tuen antajien määrä vaan tuen laatu. Maksetun avun niukkuus

selittäjänä kokonaissuoriutumisessa johtunee taas sen lukumääräisestä vähäisyydestä. AADL -toimintojen kohdalla niiden sosiaalinen luonne selittää yhteyttä, nämä toiminnot kuvasivat iäkkään yksilöharrastusten lisäksi kykyä ja halua vuorovaikutukseen toisten ihmisten kanssa.

Iäkkään henkilön suoriutumiseen vaikuttavat erilaiset oireet ja vaivat. Erilaisista vaivoista tärkein selittäjä suoriutumiselle olivat virtsaamisvaivat, erityisesti nämä olivat yhteydessä perustoiminnoista ja välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen sekä kokonaissuoriutumiseen. Virtsaamisongelmat aiheuttavat hankaluuksia päivittäisestä puhtaudesta huolehtimisessa ja rajoittavat ilmeisesti enemmän kodin ulkopuolella tapahtuvaa toimintaa. Sen sijaan iäkkäiden kotona tapahtuvat yksilölliset harrastusmuodot näyttävät olevan mahdollisia näistä vaivoista huolimatta. Vastaavia tutkimustuloksia, joissa on todettu yhteyksiä virtsaamisvaivojen ja päivittäisen suoriutumisen välillä, on saatu jonkin verran myös muissa tutkimuksissa (Rubenstein et al. 1989, Morris et al. 1992, Valvanne 1992, Cho et al. 1998, Ramos et al. 2001). Virtsatieinfektio lääkkeen käytöstä suoriutumiseen havaittiin samankaltaisia yhteyksiä, mikä liittyy vaivoihin, joihin lääkettä käytetään. Näiden oireiden rooli kognitiivisten toimintojen ohella näyttää olevan merkittävä tekijä iäkkään päivittäiselle suoriutumiselle. Huomiotta ei voida myöskään jättää mahdollisuutta, että virtsatieinfektioihin käytettävä lääkitys saattaa aiheuttaa sekavuutta ja heikentää suoriutumista.

Iäkkäiden kognitiivisten kykyjen tunnistaminen on käytännön hoitotyössä erityisen tärkeää, koska näillä kyvyillä on keskeinen merkitys päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa. Lievän kognitiivisen heikentymisen (MCI) on todettu useissa tapauksissa johtavan dementiaan (Hänninen et al. 2002). Kognitiivisten kykyjen tunnistaminen mahdollistaa myös ymmärrettävien ja tarkoituksenmukaisten hoito-ohjeiden ja terveysneuvonnan antamisen. Kun iäkäs henkilö pystyy vielä huolehtimaan itsestään itsenäisesti ja tarvitsee apua vain vaativampaa motoriikkaa edellyttävissä toiminnoissa sekä ymmärtää hoito-ohjeet, niin kotona asuminen onnistuu. Tämän päivän ja tulevaisuuden hoitotyössä tarvitaan entistä enemmän asiakkaiden omaa panosta itsensä hoitamisessa ja terveyden edistämässä.

6. 2 Tulosten luotettavuuden tarkastelu

6.2.1 Trianguloivan tutkimusotteen arviointi

Teoreettinen malli iäkkäiden päivittäiselle suoriutumiselle rakennettiin metodologisen triangulaation pohjalta, koska tavoitteiden lähtökohdiltaan erilainen luonne vaati niiden tarkastelua erilaisista epistemologisista näkökulmista. Näin pyrittiin vähentämään tietolähteestä tai menetelmistä

aiheutuvia tutkimustulosten vinoumia ja ymmärtämään ilmiötä paremmin. (Frankfort-Nachmias & Nachmias 1997, Leino-Kilpi 1997, Hirsjärvi & Hurme 2000, Fagerström ym. 2002, Creswell 2003)

Triangulaatiossa ongelmia tuottivat tulosten numeerisen ja kielellisen tiedon yhdistäminen, poikkeavien tulosten tulkinta ja ne päällekkäiset käsitteet, jotka eivät poikenneet selvästi toisistaan sekä eri tietolähteiden ja menetelmien painotus (Mitchell 1986, Burns & Grove 2001). Tutkimuksessa strukturoidun lomakkeen avulla hankitun numeerisen tiedon ja iäkkäiden henkilöiden itse tuottaman kielellisen tiedon termit ja käsitteet olivat abstraktiotasoltaan erilaisia ja viestivät eri näkökulmia. Poikkeavat tulokset voidaan tulkita niin, että ulkopuolisen tarkkailijan ei ole mahdollista nähdä tilannetta asiakkaan kannalta, ja että vain asiakas itse on oman tilanteensa asiantuntija. Mallissa on pyritty tasapainoon hoitajien ja asiakkaan oman näkemyksen välillä siten, että tietolähteiden ja menetelmien painotus ratkaistiin abduktiivisella otteella korostaen asiakkaan näkökulmaa. Tutkittavien henkilöiden näkemys on myös validiteetin kriteeri, koska kvantitatiivisten mittaustulosten taakse voi kätkeytyä mittausvirheestä johtumatonta tietoa (Nummenmaa ym. 1997). Tässä tutkimuksessa kvalitatiivisen analyysin tulokset ja niiden yhdistäminen kvantitatiiviseen auttoivat ymmärtämään ja selittämään tilastonumeroiden antamaa tietoa (Bourdieu 1987, Ford-Gilboe et al. 1995). Edelleen laadullisen aineiston kvantifiointi täydensi kuvaa eri ilmaisujen painoarvosta, ja näin lisäsi tulkinnan uskottavuutta. Kognitiivisten tekijöiden keskeisyys molemmissa aineistoissa oli löydös, jota voidaan pitää koherenttina ja triangulaation tuloksia tukevana. Tulokselle löytyi myös teoreettista tukea. Triangulaatiolla voitiin näin lisätä tulosten vahvistettavuutta. (Cuba & Lincoln 1994, Cobb & Forbes 2002) Triangulaatio tarjosi mahdollisuuden tarkastella iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen kokonaisuutta monipuolisemmin, koska tutkimusmenetelmät rajoittuvat aina tietynlaisen todellisuuden kuvaamiseen, jolloin ne tavoittavat ilmiöstä vain sen, mikä valitulla metodilla on mahdollista. (Turunen 1992, Ronkainen 1998, Raunio 1999, Benyamini & Idler 1999, Lehto 1998, Creswell 2003, Töttö 2004)

Tutkimushenkilöinä kahdessa aineistossa ei ollut samoja iäkkäitä ja aineistot oli koottu eri aikoina, mutta hyvin samankaltaisilta alueilta. Ensimmäinen aineisto koottiin 1992 ja toinen aineisto 2001. Aineistojen ajallisen eron merkitystä voi arvioida suhteessa tutkimuksen tavoitteena olleen teoreettisen mallin rakentamiseen ja eri menetelmin saatujen tulosten yhdistämiseen sekä suhteessa uuden vastaavan aineiston hankkimiseen. Kun tuloksia verrataan Laukkasen ym. (2000) 1999 kerättyyn väestöä koskevaan aineistoon, todetaan, että suoriutumisen taso on varsin samanlainen; joissain välineellisissä toiminnoissa tämän tutkimuksen vanhemmassa aineistossa oli vähemmän itsenäisesti suorituvia ja perustoiminnoissa saman verran tai hieman enemmän itsenäisesti suorituvia. Kun Nikkilän (1999) tutkimuksessa kartoitettiin RaVa -mittarilla iäkkäiden yli 65 -vuotiaiden toimintakykyä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkailla, niin suoriutumisen taso todettiin jokseenkin

samanlaiseksi kuin tämän tutkimuksen vanhemmassa aineistossa. Mukkilan (2003) vastaavassa tutkimuksessa RaVa -indeksillä arvioitu kotihoidossa olevien helsinkiläisten iäkkäiden toimintakyky vuonna 2002 oli jonkin verran heikompi kuin vuonna 1999. Pitkälän et al. (2001) koko väestöä koskevassa tutkimuksessa verrattaessa eri aikoina syntyneitä 85 -vuotiaita todettiin 10 vuotta nuoremmalla kohortilla joissain toiminnoissa parempi toimintakyky. Voutilaisen ym. (2007) mukaan kotipalvelua ja kotisairaanhoidoa saavat asiakkaat on todettu yhä huonokuntoisemmiksi. Suurin asiakasryhmä ovat 75 - 84 -vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista koko maassa. Näiden tulosten perusteella voidaan arvioida, että kotisairaanhoidon asiakaskunta vuonna 2001 on jonkin verran huonokuntoisempaa kuin 10 vuotta aiemmin. Edelleen voidaan arvioida, että päivittäisen suoriutumisen ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden keskinäiset suhteet ovat varsin samankaltaiset. Kvantitatiivisen aineiston tulokset antavat näin aikaisempien muiden tutkimustulosten tuella pohjan tuotetulle mallille, jota kvalitatiivisen aineiston tulokset täydentävät.

Vaikutelma oli, että harkinnanvaraisesti valitut haastatteluaineiston iäkkäät olivat fyysisesti huonokuntoisempia kuin aikaisemman arviointiaineiston iäkkäät, mutta henkisesti erittäin virkeitä. Molemmissa aineistoissa oli fyysisiltä kyvyiltään hyvin erilaisia iäkkäitä. Kummankin aineiston valitsivat kotisairaanhoidajat, toisen systemaattisella otannalla ja toisen harkinnanvaraisesti. Molemmista aineistosta on saattanut jäädä pois heikkomuistisia, vaikka kognitiivisen tilan ei pitänyt vaikuttaa tutkimukseen osallistumiseen. Haastatteluaineisto koostui pääosin suhteellisen hyvämuistisista henkilöistä, koska mukaan toivottiin iäkkäitä, jotka olivat halukkaita kertomaan kotona suoriutumisestaan. Myös kvantitatiivisen aineiston ulkopuolelle on voinut jäädä huonomuistisia, koska lupa piti kysyä tässä tapauksessa omaiselta. Tämä on saattanut olla hankalaa, jolloin mieluummin ehkä valittiin järjestyksessä seuraava. Suostumuksen saaminen tutkittavilta on myös voinut aiheuttaa valikoitumista, jolloin kognitiivisesti vajaakykyisiä ja erityisesti masentuneita on saattanut jäädä aineistosta pois.

6.2.2 Kvantitatiivisen aineiston tulosten luotettavuus

Validiteetti

Mittauksen validiteetilla tarkoitetaan sitä osuvuutta, jolla mittari mittaa tarkoitettua asiaa (Polit & Beck 2006). Näkemys on edelleen tarkentunut kuvaten validiteetin tarkoittavan niiden päätelmien sopivuutta, mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta, joita mittaustuloksista tehdään. Tässä tarkastellaan sisältö-, kriteeri- ja konstruktiovaliditeettia, jotka käytännössä toimivat yhdessä, mutta ovat eri tapoja hankkia tietoa validiteetista (Nummenmaa ym. 1997, Frankfurt-Nachmias & Nachmias 1997).

Sisällön validiteettia, eli mittauksen osuvuutta mitattavaan asiaan sekä kriteerivaliditeettia, nostettiin käyttämällä apuna alan tutkijoiden käsitteellisiä

ratkaisuja ja käsitteiden operationalisointeja sekä aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjä reliaabeleiksi ja valideiksi todettuja mittareita summamuuttujia muodostettaessa (Alkula ym. 1999, Polit & Beck 2006, Åstedt-Kurki et al. 2002). Osamittareiden väliset vahvat korrelaatiot vahvistivat myös kriteerivaliditeettia (taulukko 2). Mittareiden käsitevaliditeettia heikentää kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjen käsitteiden moninaisuus, erityisesti toimintakyvyn määrittelyssä käytetyt erilaiset ja eritasoiset käsitteet. Kysymysten sisältö rakennettiin ja tarkennettiin erityisesti kotihoitoon paremmin soveltuvaksi, koska osaa aikaisemmista mittareista oli käytetty ensisijaisesti laitospotilailla. Operationalisoinnissa ja mittarien suunnittelussa ajateltiin mittareiden kuvaavan käsitteitä, jotka välittävät kuvaa konkreettisesta ilmiöstä eri puolilta. Lehto (1998) korostaa, että mittari toimiessaan indikaattorina ei voi kuvata käyttäytymistä kokonaisuutena, se on aina suhteellinen ja osittainen. Ilmiöstä voidaan eristää vain rajoitettu määrä mitattavia osia. Esitutkimuksen avulla voitiin tehdä käsitteellisiä tarkennuksia ja näin lisätä mittarien sekä sisältö- että rakennevaliditeettia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetyt käsitteet ja luokitukset ovat saattaneet myös rajata arkielämän todellisuutta, jolloin havaittu todellisuus on muuttunut, koska vaihtoehdon valinnan takana on aina yksi monien joukosta valittu tulkinta (Kurkela & Sauli 1994).

Päivittäisistä perus- ja välineellisistä toiminnoista suoriutumisen mittareiden osiot olivat laajalti käytettyjä, mikä lisäsi sisältö- ja kriteerivaliditeettia. Myös näiden mittareiden ja kognitiivisten tekijöiden mittareiden rakennevaliditeettia voi pitää varsin hyvänä, kun verrataan tuloksia aiempiin tutkimustuloksiin. Kehittyneiden toimintojen mittari rakennettiin eri lähteiden pohjalta, eikä sen käytöstä ollut sellaisenaan aikaisempaa kokemusta, joten sen validiteetti ei ole arvioitavissa. Mielialan ja masentuneisuuden arviointi oli tässä tutkimuksessa vaikeaa. Iäkkäät eivät ehkä tuoneet masentuneisuutta esiin positiivisiksi kokemillaan kotikäynneillä. Myös kysymysten sisältö vaikuttaa aina vastauksiin huomattavasti enemmän kuin tehdyt tilastolliset ratkaisut (Heiskanen 1998). Masentuneisuuden mittari ei tuonut esille masentuneisuutta, eikä ilmeisestikään erotellut sitä riittävästi kognitiivisista ongelmista, vaikka se perustui aikaisemmissa tutkimuksissa luotettaviksi todettujen mittareiden sisältöön. Tutkimukseen valikoituneet henkilöt ovat saattaneet myös aiheuttaa vinoumaa, mitä on kuvattu aiemmin. Muistin ja kognitiivisen tilan arviointiin olisi ollut adekvaattia käyttää valmiita luotettavaksi todettuja mittareita kuten CERAD-, MMSE-, tai SPMSQ -mittareita (Hänninen ym. 1999, Hänninen et al. 2002), vaikka näidenkin mittareiden käytössä muistitoimintojen arviointiin on todettu erilaisia rajoituksia (Pirttilä 2001, Hänninen & Pulliainen 2001). Kognitiivisen tilan arviointiin ei käytetty valmiita muistitestejä, koska esitutkimuksessa niiden hyväksyttävyyttä ja käyttökelpoisuutta ei todettu tässä tutkimuksessa riittävän hyväksi. MMSE -mittari todettiin liian aikaa vieväksi, ja esitutkimuksessa kotisairaanhoidajat kokivat SPMSQ -mittarin loukkaavan iäkkäiden integriteettiä (Etene 2001). Esitutkimus ennakoï myös tiedon saatavuutta ja tiedon keruuta suunnitellulla tavalla, jolloin voitiin vähentää tiedon keruussa syntyviä

vaikeuksia. Lisäksi ennakoitiin työntekijöiden arviointiin käyttämää aikaa, sekä arvioitsijoiden ja asiakkaiden suhtautumista asiaan.

Reliabiliteetti

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen pysyvyyttä uudelleen mittauksessa, mittarin sisäistä yhtäpitävyyttä ja mittauksen vastaavuutta eri tutkijoiden käyttäessä sitä (Alkula ym. 1999, Polit & Beck 2006). Mittarin reliabiliteettia pyrittiin nostamaan tutkimusinstrumentin huolellisella rakentamisella. Kyselylomakkeen muuttujien luokat tehtiin mahdollisimman toisensa poissulkeviksi, erotteleviksi ja tyhjentäviksi. Tätä tarkoitusta palveli myös se, että luokkien ilmaiset olivat kuvailevia ja niihin oli liitetty esimerkkejä arviointien yhdenmukaisuuden lisäämiseksi. Mittareiden rakentamisessa pyrittiin yksinkertaisuuteen ja selkeyteen, jolloin iäkkään toimintojen arviointi ja kysymyksiin vastaaminen olisi mahdollisimman yksiselitteistä. Lisäksi tarkennettiin mittauksen tasoja, jotta arvioitsijat pystyivät löytämään aina sopivan vaihtoehdon varmemmin. Tällä lisättiin myös mittarin objektiivisuutta ja ymmärrettävyyttä. Kuitenkin vaikka kvantitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä objektiivinen tieto, niin vastaajat aina tulkitsevat kysymyksiä oman merkitysjärjestelmänsä kautta (Lehto 1998). Kyselylomakkeen tekijä ja siihen vastaajat ovat eri positioissa, näin lomakkeen kysymykset eivät merkitse kaikille samaa (Ronkainen 1998). Summamuuttujien sisäistä yhtäpitävyyttä tarkistettiin Cronbachin alfa -kertoimien avulla, jotka yhtä lukuun ottamatta ylittivät tavoitetason 0,7 (Alkula ym. 1999, Nummenmaa ym. 1997, Kanniainen 1999, Heikkilä 2001, Polit & Beck 2006); ne olivat välillä 0,66 - 0,91.

Mittarin pysyvyyttä ja mittauksen vastaavuutta lisättiin käyttämällä arvioitsijoita, joilla oli mahdollisimman yhdenmukainen terveysalan koulutus- ja työtausta (liite 13). Arvioitsijat ohjattiin tutkimusvälineen käyttöön ja varmennettiin kysymysten ymmärtäminen mahdollisimman yhdenmukaisella tavalla. Kotisairaanhoidon ulkopuolinen arvioitsija ei olisi pystynyt hankkimaan tarvittavaa tietoa luotettavasti. Myöskään omaisten, sukulaisten, perheenjäsenten tai ystävien tekemiä arviointeja ei ole todettu luotettaviksi. Tutkimuksessa, jossa oli käytetty ko. henkilöitä kognitiivisten toimintojen arvioitsijoina, 40 prosenttia annetuista arvioinneista todettiin joko liian hyväksi tai heikoiksi verrattuna testien avulla tehtyyn arviointiin (Kemp et al. 2002). Koska arvioitsijoita oli useita (54), niin arvioinnin tasoihin jäi todennäköisesti jossain määrin eroja. Arvioitsijoilta saadun palautteen mukaan arviointi ei tuntunut hankalalta vaan pikemminkin mielenkiintoiselta, myös palautettujen lomakkeiden suuri määrä kertoo tästä. Mikäli arvioinnit olisi tehty uudelleen jonkin ajan kuluttua, niin todennäköisesti samoja vaihtoehtoja ei olisi valittu myöskään siitä syystä, että iäkkäiden tilanteet muuttuvat päivittäin, tämä on luonnollinen tähän tutkimukseen kuuluva reliabiliteettiongelma.

Tuloksia arvioitaessa on muistettava, että tilastollisesti merkitsevä ero ei välttämättä ole sisällöllisesti merkitsevä. Jakauman ääripäissä pienetkin erot voivat saavuttaa tilastollisen merkitsevyyden, vaikkei eroilla ehkä ole käytännön

merkitystä. (Heiskanen 1998) Tätä on arvioitu tehtäessä tulkintoja tilastollisista analyyseistä. Tutkijan paikkaa korostetaan laadullisessa tutkimuksessa, mutta vaikka määrällisessä tutkimuksessa tutkija on objektiivinen ja tutkimuskohteen ulkopuolella, niin kuitenkin hänen näkemyksensä aiheesta saattaa heijastua tulosten tulkintaan. Pohtia voi edelleen, millä mittareilla ja miten arvioimalla saadaan käyttökelpoista tietoa iäkkäiden suoriutumisen ennustamiseen. Valvanne (1992) on todennut, että yksittäiset löydökset eivät vahvoista riippuvuuksista huolimatta kovin hyvin ole ennustaneet toimintakyvyn heikkenemistä, ja että yksinkertaiset kliiniset menetelmät ja yleisarviot näyttävät antavan yhtä luotettavan kuvan kuin mutkikkaat testit. Näkemys tukee hoitajien ja iäkkäiden omien arvioiden hyödyllisyyttä päivittäisen suoriutumisen arvioinnissa. On myös todettu, että kliiniseen tutkimukseen perustuva lääkärin arvio erottelisi paremmin kuolemanvaaran suhteen riskialttiit vanhukset kuin heidän oma arvionsa (Valvanne & Tilvis 1994).

6.2.3 Kvalitatiivisen aineiston tulosten luotettavuus

Trianguloivan tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti olisi Creswellin (2003) mukaan tarkoituksenmukaista arvioida molempien menetelmien kohdalla yhdessä. Tämän tutkimuksen aineistojen ja analyysien hyvin erilaisesta luonteesta johtuen luotettavuutta on perusteltua tarkastella erikseen. Kvalitatiivisen analyysin luotettavuutta tarkastellaan arviointikriteereillä, jotka ovat laadullisen tutkimuksen paradigman kanssa sopuoinnussa (Naukkariinen 1996, Hirsjärvi & Hurme 2000, Cobb & Forbes 2002). Eniten käytetyn laadullisen tutkimuksen luotettavuuden (trustworthiness) arviointikriteeristö on kehittänyt Cuba & Lincoln (1994), nämä kriteerit ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), varmuus (dependability) ja vahvistettavuus (confirmability). Lisäksi arvioidaan tulosten näkemyksellisyyttä, tämä Larssonin (1994) esittämä arviointikriteeri poikkeaa muista. Se edustaa lähtökohdiltaan hyvin sitä tieteenfilosofista ajattelua, mikä on kvalitatiivisen tutkimuksen taustalla.

Uskottavuus

Uskottavuudessa on kyse totuudellisuudesta ja autenttisuudessa, mikä tarkoittaa tutkijan ja tutkittavien käsitysten yhdenmukaisuutta (Cuba & Lincoln 1994, Cobb & Forbes 2002), se vastaa lähinnä sisäistä validiteettia. Haastattelun teema oli valittu varsin väljäksi kohdentaen haluttuun aiheeseen, jolloin haastateltaville jäi tilaa itse kuvata kokemuksiaan haluamallaan tavalla. Kertomuksia voidaan pitää uskottavina, kun haastateltavat kuvasivat asioita siten, kuin olivat ne kokeneet. Ulkopuolinen tarkkailija olisi kuitenkin saattanut nähdä asiat toisin. (Frankfort-Nachmias & Nachmias 1997) Aineiston keruumenetelmänä fokuoitu haastattelu näyttäisi toimineen hyvin, koska iäkkäät haastateltavat saattoivat tuoda keskusteluun juuri heille tärkeitä asioita. On tosin mahdollista, että tutkittavat kaunistelivat asioita tai toisaalta he ovat voineet esittää asiat myös huonompina. Haastattelutilanteessa tutkija vaikuttaa haastateltavaan käyttämänsä

kielen kautta, jolloin tutkittavien oman maailman tavoittaminen ei ehkä ollut kaikin osin mahdollista (Åstedt-Kurki 1994). Vaikka tutkijan pyrkimyksenä oli olla mahdollisimman neutraali, niin haastattelu on aina vuorovaikutustilanne, jossa haastattelijan reaktiot vaikuttavat kertomuksen etenemiseen. Uskottavuutta paransivat riittävän pitkät haastattelutuokioiden, joihin liittyi lisäksi havaintojen tekemistä, vaikkakin haastateltavat tavattiin vain kerran (Cuba & Lincoln 1994, Cobb & Forbes 2002).

Yhteyttä aineiston ja tulosten välillä on pyritty selventämään käyttämällä luokat ja aineiston yhdistävää käsitejärjestelmää. Tulosten voi sanoa olevan uskottavia ja järkeviä, ja kokonaisuuden ja osien suhde kontekstiin on ymmärrettävä. Luotettavuusongelmaksi jää edelleen se, miten toinen henkilö voi ymmärtää toisen subjektiivisen kokemuksen samoin kuin tutkittava on sen elänyt ja kokenut. Aineiston pelkistämistä, ryhmittelyä ja sisältöjen sijoittumista kategorioihin, kielellisten ilmaisuja tulkintaa sekä tutkijan päättelyä on mahdollista seurata sisällön analyysien tulkintaprosessin kuvauksen avulla (kuva 3, liite 15). Autenttisten katkelmien avulla lukijan on mahdollista arvioida yhteyksiä aineiston ja tulkinnan välillä (Sandelowski 1994, Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston analysoi haastattelut tehnyt tutkija. Toinen vaihtoehto olisi ollut käyttää useampaa analysoijaa, koska tutkijoiden erilainen esiyymmärrys tuottaa erilaisia tulkintoja (Downe-Wanbold 1992). Luotu käsitejärjestelmä on ainutkertainen, koska vääjäämättä käsitekonstruktioiden luomisessa on ollut taustalla tutkijan oma vuosien myötä kirjallisuudesta ja käytännöstä omaksuttu näkemys iäkkäiden suoriutumisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä.

Haastattelutilanteet olivat avoimia ja käsitelivät laajaa aihepiiriä, jolloin on mahdollista, että analyysissä ei ole löydetty juuri oleellista. Toisaalta voidaan ajatella, että haastateltavat kertoivat erityisesti heille tärkeitä asioita, koska saivat vapaasti tuottaa kuvausta suoriutumisestaan. Se, että tutkija haastatteli ja analysoi aineiston itse, antoi mahdollisuuden paneutua aineiston sisältöön, ja elää kertomukset uudelleen, jolloin niiden luokittelua auttoivat tilanteessa syntyneet vivahteet ja sivumerkitykset. Ongelmana analyysissä saattoi olla, että tutkija näki aineiston jäsenyneempänä kuin se oli tai hän nosti esiin vai mielenkiintoisia ilmiöitä (Miles & Huberman 1994). Tiedonkäyttäjien kanssa toteutetusta reflektiosta käytetään nimitystä face-validointi, jonka avulla tuloksia tarkastellaan esittelemällä ne henkilöille, joille tutkittava ilmiö on tuttu (Downe-Wanbold 1992, Kyngäs & Vanhanen 1999). Face-validiteettina toimi tulosten reflektointi kollegoiden ja käytännön työntekijöiden sekä iäkkäiden henkilöiden kanssa, samoin kuin tutkijan kulttuurinen kompetenssi. Teoreettista validiteettia tukee tulosten yhdenmukaisuus aiempiin tutkimustuloksiin. Kun tutkimuksessa on käytetty haastattelussa haastateltavien käyttämiä käsitteitä, ja heitä on tutkittu heidän omassa ympäristössään, niin voidaan puhua myös ekologisesta validiteetista (Hirsjärvi & Hurme 2000).

Siirrettävyys

Siirrettävyys tarkoittaa analyysin tuottaman tulkinnan ja ilmiön rekonstruktion yleistämistä vastaavaan tilanteeseen ja ympäristöön. Kyse on siitä, voidaanko tulokset siirtää toisiin ilmiöihin toisissa olosuhteissa. (Cuba & Lincoln 1994, Cobb & Forbes 2002). Siirrettävyyttä voidaan verrata kvantitatiivisen tutkimuksen yleistettävyyteen tai ulkoiseen validiteettiin (Tynjälä 1991, Guba & Lincoln 1994). Olennaista on tutkimuksen pyrkimys selittää paikallisesti ja tehdä ilmiö ymmärrettäväksi sekä löytää tilanteen merkitys ja uusi teoreettinen näkemys (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimuksen aineistonhankintaosassa on kuvattu tutkimuskontekstia, informanteja ja heidän toimintaympäristöään sekä taustatietoja, joiden avulla siirrettävyyttä voidaan arvioida. Olosuhteiden samankaltaisuus tukee siirrettävyyttä, jolloin tämän tutkimuksen kohdalla tuloksia voidaan pitää siirrettävinä vastaavaan kontekstiin kaupunkimaisessa ympäristössä asuviin saman sukupolven iäkkäisiin. Uusien sukupolvien kohdalla elämän kokemukset ovat erilaisia, jolloin siirrettävyys joudutaan arvioimaan uudelleen. Kulttuurierot saattavat myös tuottaa virhelähteitä tuloksiin (Ronkainen 1998). Tulokset sisältävät tiivistä kuvausta, ja toisaalta ne on kuvattu riittävän yleisesti, jolloin voidaan punnita sovellettavuutta myös toisissa olosuhteissa. Iäkkäiden hoitotyössä toimivat lukijat voivat arvioida löydösten yhdenmukaisuutta ja tulosten siirrettävyyttä laajempaan joukkoon aina tilannekohtaisesti. Siirrettävyyttä parantaa se, että tutkimuksen aineisto on sekä määrällisesti että laadullisesti suhteellisen kattava. Kun taas siirrettävyyttä heikentää se, että haastatteluaineisto on kerätty yhdeltä harkinnanvaraisesti valitulta Helsingin alueelta, joka väestöpohjaltaan ei välttämättä vastaa muita Helsingin eikä muun Suomen alueita. Saadut tulokset voivat antaa todellisuutta positiivisemmän kuvan. Haastateltavilta ei myöskään ole kerätty erikseen demograafisia taustatietoja. Luodun käsitejärjestelmän käyttökelpoisuus toimii myös siirrettävyyden arviointikriteerinä (Leino-Kilpi 1990).

Varmuus

Varmuus tarkoittaa tuloksena tuotetun mallin tai käsitteellisten työkalujen soveltuvuutta uusiin tapauksiin ulkoisten tekijöiden vaihtelusta huolimatta; se tarkoittaa tulosten totuudenmukaisuutta. Tutkijan ennakkokäsitykset ja taustaoletukset ovat luettavissa kirjallisuuskatsauksesta ja aikaisemmin tehdystä kvantitatiivisesta tutkimusosuudesta. Niistä on oltava tietoinen, koska ne vaikuttavat aina jossain määrin, ja niiden sulkeistaminen täysin on mahdotonta (Tynjälä 1991). Varmuudessa ja tarkistettavuudessa on myös kyse tutkimusprosessin johdonmukaisuudesta ja havaintojen pysyvyydestä. Tutkimustulokset eivät kuitenkaan voi pysyä samana, vaikka tutkimus toistettaisiin, koska käsityksemme maailmasta muuttuu alituisesti (Tynjälä 1991, Guba & Lincoln 1994). Analyysin luotettavuuden lisäämiseksi luokitteluperiaatteet on kirjattu ja analyysin tueksi on esitetty alkuperäishavaintoja. Tämä auttaa arvioimaan luokitusrungon toimivuutta ja tulkinnan etenemistä. Käsitteellinen taso alaluokista yläluokkiin on pyritty myös pitämään yhdenmukaisena (Morse 1998). Deduktiivisen analyysin perustana käytetty luokitusrunko syntyi kvantitatiivisten tutkimustulosten avulla (kuva 4,

liite 16). Kunkin kategorian sisältöä on kuvattu yksityiskohtaisesti kvantitatiivisessa tutkimusosuudessa lukuun ottamatta uutta analyysissä syntynyttä luokkaa, ja luokkien lukumäärät on myös mainittu. Erityisesti deduktiivisessa analyysissä yhdeksi tutkimuksen luotettavuutta heikentäväksi tekijäksi nousi se, että luokittelurungon alakategoriat olivat sisällöllisesti tiukasti kytköksissä toisiinsa, ja niiden erotteleminen oli osin vaikeaa.

Haastattelussa nauhurin käyttö ei häirinnyt, ja se unohdettiin aina hyvin pian. Haastateltavat kokivat vapaamuotoisen haastattelun lähes aina myönteisenä, kun heillä oli mahdollisuus kertoa suoriutumisestaan haluamallaan tavalla. Haastattelijaan suhtauduttiin hyvin asiallisesti. Pari kertaa oli havaittavissa hienoisia väsymisen merkkejä haastattelun kuluessa. Tutkimusaineiston analysoi yksi henkilö, mutta aineiston luokittelu tarkistettiin uudelleen puolen vuoden ja vielä vuoden kuluttua. Tarkistuksissa ylä- ja alaluokat sekä alaluokkiin kuuluvat suoriutumisen kuvaukset säilyivät ennallaan. Lausumista kaksi prosenttia sijoitettiin toiseen suoriutumisen kuvausjoukkoon. Tutkijatiimin etuja olisi ollut nähdä asioita useammalla tavalla, erilaisista tulkinnoista olisi voitu keskustella, ja etsiä näin yhteisymmärrystä (Andrews et al. 1996). Menettely olisi tuottanut mahdollisesti joitain uusia tulkintoja.

Vahvistettavuus

Vahvistettavuus tarkoittaa aineiston edustavuutta tutkittavan ilmiön suhteen. Haastattelutilanteessa otettiin huomioon iäkkäiden henkilöiden erityispiirteet, kuten kuulovaikeudet tai sairaustilaan liittyvä väsyminen, jotka saattoivat vaikuttaa jonkin verran haastatteluun. Haastattelukysymyksissä pyrittiin selkeyteen, ja ne olivat yhdenmukaiset tutkimuksen tavoitteiden kanssa. Objektiivisuudessa ja vahvistettavuudessa on kyse myös toistettavuudesta, jolloin tutkija ei aiheuta erheitä tuloksiin. Autenttisuus auttaa arvioimaan vahvistettavuutta, ja sille voidaan saada tukea muista vastaavista tutkimuksista (Cuba & Lincoln 1994, Cobb & Forbes 2002) Tutkijan rooli oli lähellä informanttia ja hän integroitui osaksi kenttää sekä käytti omaa kokemusta tietynlaisen objektiivisuuden löytämiseksi. Tutkija näkee löydökset kuitenkin aina oman teoreettisen linssinsä läpi (Schutz 1994). Vahvistettavuutta on lisätty kuvaamalla tutkimusprosessi ja menetelmät tarkoin. Tuloksia kuvattaessa on pyritty säilyttämään yhteys aineistoon. Analyysissä luokat pyrittiin pitämään toisensa poissulkevinä. Tuloksia ja vaihtoehtoisia johtopäätöksiä on pohdittu ja vertailtu edellä aikaisempiin tutkimuksiin.

Näkemyksellisyys

Larssonin (1994) mukaan laadullisessa tutkimuksessa tulee olla näkemyksellisyttä. Tämä tarkoittaa, että tutkija näkee arkielämässä ilmenevän totuuden taakse ja löytää näin perspektiiviä tuloksilleen. Edelleen vaaditaan, että tutkimuksella tulee olla rikas sisältö, sisäinen logiikka ja harmonia, mikä tarkoittaa ilmiön luonteen ja menetelmien yhteensopivuutta. Tässä tutkimuksessa käytetyt laadulliset menetelmät olivat sopuissa tutkittavan ilmiön kanssa, ja tulokset tuottivat varsin ehyen kokonaisuuden. Haastateltavat muokkasivat myös

omia ajatuksiaan haastattelun kuluessa, jolloin saattoi syntyä uusia näkemyksiä esillä olevaan asiaan, ja haastattelutilanne toimi näin tiedostamisen välineenä. Empiiriset kytkennät kuvasivat yhteyttä todellisuuden ja tulosten tulkinnan välillä. Larssonin vaatimus teoriaa lisäävästä vaikutuksesta näkyy työn ankkuroituessa aikaisempiin tutkimustuloksiin, joita on kuvattu edellä sisällön tarkastelussa. Tutkimus sijoittuu yhteiseen ”teoreettiseen maisemaan”, jolloin uudet käsitteet ja tulokset liittyvät muiden tutkimusten tuloksiin ja vastaaviin käsitteisiin (Larsson 1994). Aineiston ja sen analyysin avulla on pyritty aineiston takaiseen todellisuuteen (Töttö 2004). Lukija voi edelleen arvioida, onko tässä tutkimuksessa päästy arkielämässä ilmenevän totuuden taakse, ja onko sisältö rikas, sisäisesti looginen ja harmoninen. Aineistoa voidaan pitää edustavana, uutta tietoa tuottavana ja hyödynnettävänä (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

6. 3 Eettinen tarkastelu

Tässä tutkimuksessa on noudatettu eettisiä periaatteita siten, että tietoa on hankittu ja tuotettu asianmukaisilla menetelmillä. Ennen kummankin tutkimuksen osan aloittamista tutkimussuunnitelmasta on hankittu eettisen toimikunnan myönteinen lausunto, ja tutkimuksen molempiin empirisiin osiin saatiin asianmukaiset luvat (liite 8) (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999). Tämän tutkimuksen empiirisissä osissa suhteessa tutkittaviin noudatettiin periaatteita, joita ovat ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, integriteetti, hyvän aikaansaaminen sekä oikeus päättää omista asioista. Eettinen näkökulma oli myös osana päätöksessä käyttää teoreettisen mallin rakentamisen osana 10 vuoden ikäistä aineistoa. Arvioitiin, että kotisairaanhoidoasiakkaiden tilanne ei ole niin paljon muuttunut, että olisi perusteltua rasittaa iäkkäitä ja heitä hoitavaa henkilökuntaa uudelleen vastaavalla tutkimuksella (Voutilainen ym. 2007).

Tutkittaville annettiin mahdollisuus antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen vapaaehtoisesti. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa kotisairaanhoidajien suorittamaan arviointiin kysyttiin lupa iäkkäiltä itseltään. Lisäksi kotisairaanhoidaja kysyi luvan lähiomaiselta, mikäli iäkkään henkilön kognitiiviset kyvyt olivat hyvin vajavaiset, eikä hän näin itse kyennyt päättämään suostumuksestaan. Lisäksi kotisairaanhoidajat selittivät tutkimukseen osallistuville iäkkäille tutkimuksen tarkoituksen. Arvioinnit tehtiin normaalien kotikäyntien yhteydessä. Myös tutkimuksen toisessa vaiheessa haastatteluosuudessa tutkittaville selitettiin tutkimuksen tarkoitus ja toimintatavat sekä suullisesti että kirjallisesti, ja pyydettiin lupa haastatteluun sekä nauhurin käyttöön haastattelun aikana. Tutkittaville annettiin riittävä selvitys tutkimuksen laadusta ja menettelytavoista, sekä kerrottiin tutkimuksen tekijä ja tutkimusaihe. Kaikille tutkittaville kerrottiin, että he voivat keskeyttää

tutkimuksen missä vaiheessa tahansa, ja että heidän henkilöllisyytensä pysyy täysin salassa. Heillä oli myös oikeus ilmaista vain haluamiaan asioita. Tutkittaville mahdollistettiin oikeus yksityisyyteen sekä oikeudenmukaiseen kohteluun. Tutkittavat antoivat tutkimukseen kirjallisen suostumuksensa, jossa asiakkaan itsemääräämisoikeus konkretisoitui. Haastatteluaineistoon valituista pari henkilöä kieltäytyi siinä vaiheessa, kun oli jo antanut terveydenhoitajalle suullisen haastatteluluvan. Yksi haastateltava epäröi haastattelun alkaessa, mutta saatuaan kuulla vielä uudelleen, että hänellä on mahdollisuus keskeyttää haastattelu niin halutessaan, hän suostui. (liite 17)

Haastattelun aikana iäkkäitä kuunneltiin arvostaen heitä ja ilmaistiin heidän kuulemistaan. Otettiin myös huomioon, ettei haastattelu aiheuttanut turhaa ahdistusta. Lisäksi kerrottiin, että haastattelunauhoja käsittelee vain tutkija, ja ne hävitetään viiden vuoden kuluttua tutkimuksen valmistuttua, ja että anonymiteetti taataan, koska mitään henkilötietoja ei kirjata muistiin. Tutkittavien henkilöllisyyttä ei myöskään voida tunnistaa ääninauhoista eikä litteroinneista. Tutkimustuloksia kerrottiin hyödynnettävän iäkkäiden kotihoidon kehittämisessä, ja että tutkimus tulee hyödyttämään tulevaisuudessa vanhusten kotihoitoa, mitä tutkittavat pitivät tärkeänä. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999, Etene 2001, Pelkonen & Louhiala 2002) Tutkimukseen osallistuville annettiin mahdollisuus kysyä haluamiaan asioita ennen ja jälkeen haastattelun. Kukaan tutkimukseen osallistuneista ei halunnut keskeyttää sitä. Haastattelutilanteiden lopuksi annettiin tutkittaville mahdollisuus kertoa kokemuksensa haastattelusta ja annettiin mahdollisuus tuoda esiin myös vaikeita asioita, joista tarvittaessa keskusteltiin (Bowsher et al. 1993).

6.4 Tulosten merkitys hoitotieteelle, hoitotyön käytäntöön, koulutukseen ja yhteiskunnallisesti

Haasteita hoitotieteelliselle tutkimukselle ja jatkotutkimusehdotuksia

Tämä tutkimus täydentää asiakkaaseen ja hänen toimintaansa kohdentuvaa tutkimusta. Tuotetussa teoreettisessa mallissa yhdistyvät sekä hoidon asiantuntijoiden että iäkkäiden itsensä näkökulmat. Triangulaation pohjalta rakennetun teoreettisen mallin kehittämismenetelmä antaa myös metodologista tukea hoitotieteellisten teorioiden kehittämiseksi. Hoitotieteellistä vanhustutkimusta on tehty lisääntyvästi Suomessa 90-luvulta eteenpäin. Uudemmissa tutkimuksissa ovat kohderyhmänä yleensä olleet yli 75 -vuotiaat. Kotona selviytymistä on tutkittu toimintakyvyn, itsehoidon ja itsestä huolenpidon kannalta. Asiakkaaseen tai potilaaseen kohdistuvaa tutkimusta on tehty enemmän kuin toimintaympäristöä ja hoitotyön toimintaa koskevaa. (Haapaniemi ym. 2003)

Tutkimuksen pääosa on tehty Helsingin kaupungissa, jossa tutkimusohjelmassa korostetaan varautumista tutkimuksellisesti ikääntymisen tuomiin muutoksiin. Tilastotiedon ohella halutaan tietoa siitä, millainen Helsinki on mm. vanhusten kokemana. Yhtenä tutkimuksen päämääränä on väestön ikääntymisen näkyväksi tekeminen ja urbaanin ikääntymisen tutkiminen. Erityisesti painotetaan uudenlaisten ikääntyvien ihmisten kotona tapahtuvan hoidon tutkimusta. (Helsingin kaupungin tietokeskus 2001, Lankinen ym. 2001, Helsingin kaupungin tietokeskus 2004) Tämä tutkimus palvelee näitä tavoitteita, ja voidaan perustellusti ehdottaa, että jatkotutkimuksissa pitäisi panna painoa erityisesti iäkkäiden voimavaroja vahvistavien tekijöiden, kuten kognitiivisten tekijöiden ja monimuotoisuuden hallinnan tutkimiseen sekä keinoihin, joiden avulla näitä tekijöitä ylläpidetään ja vahvistetaan. Tuotetun mallin pohjalta olisi myös mahdollista tehdä strukturoitu, kohdennettu arviointi iäkkäille heidän omista näkemyksistään suoriutumiseen yhteydessä olevista ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Edelleen tarvitaan tutkimusta, jossa yhdistyvät hoito- ja lääketieteellinen, psykologinen sekä yhteiskuntatieteellinen tutkimus (Hentinen 2002), koska näin saadaan kaikki tutkimuksellinen osaaminen palvelemaan iäkkäiden hoitoa. Tulevaisuudessa on tarpeen erityisesti monitieteinen tutkimus, jonka tarkoituksena on kehittää iäkkäiden hoitoa ja muuttaa käytäntöjä. Hoitotieteessä yleistettävän tiedon lisäksi tarvitaan täydentävää kokemuksellista tietoa, jonka avulla voidaan kehittää palvelujärjestelmää ottaen huomioon iäkkäiden itsemääräämisoikeus, ja lisätä näin iäkkäiden itsensä hoitamisen kykyä. Tutkimuksen avulla on voitava asettaa uusia kysymyksiä ja oletuksia sekä uskallettava kyseenalaistaa itsestäänselvyyksiä, jotta tärkeitä näkökulmia ei jäisi tutkimuksen ulkopuolelle.

Tutkimustulosten merkitys ja hyöty hoitotyön käytännössä ja koulutuksessa

Tässä tutkimuksessa huomio on kohdistettu iäkkään kotihoitoasiakkaan päivittäiseen suoriutumiseen ja siinä oleellisiin tekijöihin, joiden tunnistaminen auttaa löytämään tarkoituksenmukaisia interventioita iäkkäiden suoriutumisen tukemiseen kotona. Hoitotyön käytännössä tarvitaan lisää tietoa iäkkään ihmisen toiminnasta suhteessa terveyteen ja sairauteen, siis siitä miten hän toimii suoriutuakseen päivittäisestä elämästään, ja siitä mikä tukee häntä suoriutumisessa ja saa hänet toimimaan niin, että hän säilyttää monimuotoisen toiminnallisuutensa mahdollisimman pitkään. Edelleen tarvitaan tietoa siitä, miten iäkkään kognitiiviset toiminnot ja mieliala säilyvät optimaalisella tasolla, ja miten voidaan kehittää ja nostaa päivittäisen suoriutumisen tasoa ottamalla huomioon tekijät, jotka ovat yhteydessä ja vaikuttavat hyvään suoriutumiseen. Kehitetyn teoreettisen mallin avulla iäkkään ihmisen on myös mahdollista tehdä itsearviointia, ja tunnistaa omia voimavarojaan päivittäisessä suoriutumisessa.

Kognitiivisten kykyjen ylläpitäminen kaikin mahdollisin keinoin on tärkeää, koska ne ovat keskeisiä iäkkäiden päivittäisessä suoriutumisessa. Tutkimuksissa on todettu, että muistitoimintoihin on vaikutusta henkisellä, fyysisellä ja elämäntapojen aktiivisuudella sekä myös ravitsemuksella. Lisäksi muistia voidaan ylläpitää erilaisten harjoitusten ja muististrategioiden avulla. (Schaie

1996, Tienari & Haltia 2001, Fratiglioni et al. 2004, McDaniel et al. 2008) Kotiympäristössä olisi tärkeää löytää erilaisia stimuloivia tekijöitä, joilla on merkitystä kognitiivisille kyvyille. Kognitiivisten toimintojen vajavuuden tunnistaminen varhain mahdollistaa myös niihin vaikuttamisen (Erkinjuntti & Koivisto 2001, Hänninen & Pulliainen 2001). Huomiota pitäisi kiinnittää iäkkäiden oppimiseen. Iäkkäät tarvitsevat tietoa oman terveytensä hoitamisesta, gerontologista tietoa sekä tietoa terveyden- ja sairaanhoidosta. Uuden oppiminen toimii näin myös kognitiivisia toimintoja vahvistavana tekijänä, ja vaikuttaa valmiuksiin kohdata uusia tilanteita. Samoin päivittäisissä toiminnoissa tarvittavan liikkumiskyvyn edistämiseen ja sen ylläpitoon eri tavoin täytyisi panostaa nykyistä enemmän. Edelleen lääketieteellisten ongelmien, kuten virtsatieinfektioiden ja niiden hoitoon tulisi kiinnittää kotihoidossa enenevästi huomiota.

Laadullinen osuus täydensi näkemystä iäkkään henkilön toimintatavasta ja tarjosi tietoa, jonka avulla voidaan kehittää iäkkäiden osallistumista hoitoonsa ja terveytensä ylläpitämiseen. Näin voidaan määrittää iäkkäiden tulevaisuutta tai tulevaisuuden iäkkäiden tapaa toimia suhteessa terveyteensä. Erityistä huomiota vaatii tänä päivänä ihmisten yksilöllisyyden ja oman kokemuksen ottaminen hoitotyön lähtökohdaksi. Ihmiset ovat samasta kronologisesta iästään huolimatta erilaisia ja ajattelevat asioista eri tavalla. Iäkkäiden yksilöllisyyttä ja autonomiaa tulisi kunnioittaa - voi olla, että rutiinimaisesti kiireessä autetaan iäkkäitä tarpeettomasti, mikä ei edistä heidän itsenäistä suoriutumistaan ja näin selviytymistä entistä pidempään kotiympäristössä. Käytännön hoitotyössä tuotetun mallin pohjalta olisi mahdollista kehittää edelleen väline iäkkäiden suoriutumisen arviointiin. Asiakkaan näkökulman yhdistäminen hoidon asiantuntijan näkemykseen olisi tarpeen, mutta sen rakentaminen loogiseksi kokonaisuudeksi ei kuitenkaan ole yksinkertaista. Kotihoidon tiimiä varten, johon myös kotihoidon asiakas kuuluu, tarvitaan kokonaisvaltaista ja tiimille yhteistä hoidon suunnittelun ja arvioinnin välinettä. Iäkkäiden hoitotyön koulutuksessa mallin kokonaisvaltaisuuden avulla voidaan tuoda esiin päivittäisen suoriutumisen monimuotoisuus ja suoriutumisessa oleelliset tekijät.

Tulosten merkitys päätöksenteossa ja tulevaisuuden visiot

Suomessa ja EU:n alueella on iäkkäiden palvelujen keskeiseksi periaatteeksi asetettu hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja itsenäisen suoriutumisen tukeminen riippumatta toimintakyvystä (Vaarama ym. 2001, Elderathome 2004). Kansallisissa tavoite- ja toimintaohjelmissa edellytetään hyvinvointia ja terveyttä tukevien uusien toimintatapojen ja menetelmien kehittämistä. Ikääntyneiden omatoimisen selviytymisen tueksi tarvitaan kokonaisvaltaista palvelunäkemyksiä, jotta eri palveluja tuottavat tahot voivat toimia saumattomasti iäkkäiden tukemiseksi (Vaarama ym. 2001, Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 2003, Hallitusohjelma 2007) Terveydenhuollon työntekijöiden yhteistyöhön tarvitaan eri näkökulmat huomioon ottavaa iäkkäiden suoriutumisen arvioinnin mallia, jonka avulla koko hoitotiimi asiakkaan kanssa voi suunnitella toimintaansa. Tuotettu teoreettinen malli on käsitteistöltään riittävän yleinen, jolloin se

soveltuu koko hoitotiimin käyttöön. Käsitteistöllä on yhtymäkohtia myös koko terveydenhuoltoon, jolloin se voisi palvella koko hoitotiimiä.

Vanhusten kotihoidon kustannustehokkuuden lisäämistä korostetaan siten, että se olisi entistä enemmän kotona annettavaa sairaanhoitoa ja hoivaa. Näin halvempaa avohoitoa pidetään ensisijaisena vaihtoehtona. (Hallitusohjelma 2007) Suoriutumisen teoreettisen mallin avulla rahallista säästöä ei lyhyellä aikavälillä tavoitettane. Sen sijaan pitemmän ajan kuluessa, kun osataan tukea iäkkään itsenäistä selviytymistä kotona asianmukaisella tavalla, taloudellisia säästöjä on mahdollista saavuttaa. Tämän tutkimuksen avulla toivotaan saatavan aikaan muutosta iäkkäiden kotihoidossa. Poliittiset päättäjät tarvitsevat tietoa tukeakseen tämän ikäryhmän voimaantumista.

Vanhuspolitiikassa painotetaan kotona asumisen mahdollistamista, aktiivisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä. Toimintavoiksi ehdotetaan asumismuotojen ja työmenetelmien kehittämistä, vanhusten toimintakyvyn ja henkisen vireyden ylläpitämistä sekä arkitekologian hankkimista kotiin. (Hernesniemi ym. 2001, Hallitusohjelma 2007, Valtioneuvoston kanslia 2006, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b) Terveys ja toimintakyky nähdään ensisijaisesti ihmisten oman ymmärryksen, toiminnan ja merkitysten aikaansaamina. Suomen vanhuspolitiikassa on jo pitkään linjattu avohoitopainotus ja kotona asumisen mahdollistaminen, mikä ei kuitenkaan ole vielä toteutunut. Tähän lienee ollut vaikuttamassa vanhustyön historiallinen painolasti (Paasivaara 2002).

Terveyttä vuoteen 2015 -ohjelman (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001) mukaan pyritään väestölähtöisesti ylläpitämään ja edistämään iäkkäiden terveyttä. Moniammatillisen yhteistoiminnan avulla luodaan vanhustyössä uudenlaista osaamista. Yhteiskunnan eri palveluorganisaatioiden tulisi pystyä keskinäiseen yhteistyöhön, viestintään ja verkostomaiseen toimintaan. Ikääntyvän asiakkaan voimavarojen, elämäkokemusten ja odotusten tulisi olla työskentelyn lähtökohtana. Omatoimisen ja mielekkään elämän kannalta on tärkeä järjestää toimintoja, joiden avulla voidaan lisätä ja ylläpitää ikääntyneiden itsetuntoa ja älyllisiä kykyjä. Selvitäkseen päivittäisistä toimistaan kotona iäkäs henkilö tarvitsee erilaisia apuvälineitä. Teknisesti on mahdollista järjestää kotia monella eri tavalla toimivammaksi; tietokoneohjatut ja elektroniset järjestelmät auttavat monissa päivittäisissä toimissa. Myös terveys- ja sosiaalialan koulutukseen tarvitaan lisää geriatria preventiötä ja normaalin vanhenemisen ja lääkehoidon tuntemusta (Kivelä 2006), samoin tulee vahvistaa gerontologisen hoitotyön tietoperustaa erityisesti teknologian osalta (Hyttinen 1999). Vanhuspolitiikka Suomessa noudattaa kansainvälisiä suosituksia, joiden tavoitteina ovat: mahdollisimman korkea hyvinvointi ja elämisen laatu, itsenäisen selviytymisen ja elämäntilanteen edistäminen, itsemääräämisoikeuden, autonomisuuden ja riippumattomuuden turvaaminen, ikäsyöjännän lopettaminen sekä myönteisen vanhuskäsityksen korostaminen ja edelleen edellytysten luominen mielekkäälle elämänsisällölle ja sosiaaliselle

osallisuudelle sekä sukupolvien välisten suhteiden kehitykselle (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003). Tulevaisuusvaliokunnan kannanotossa vuoden 2015 terveydenhuoltoon korostetaan kansalaisten yhteisvastuuta, vanhusten liikkumista tukevien asumisratkaisujen kehittämistä sekä opastusta ja neuvontaa antavien terveysneuvoloiden perustamista vanhusväestölle (Tulevaisuusvaliokunta 2006). Iäkkäiden hoidon turvaamiseen tarvitaan vahvaa yhteisöllisyyttä, eettisyyttä, yhteisvastuuta sekä halua ja kykyä ottaa henkilökohtaista vastuuta omasta ja lähimmäisten elämästä.

Suosituksia iäkkäiden päivittäisen suoriutumisen tukemiseksi

Tutkimuksen pohjalta voidaan esittää seuraavaa:

1. Iäkkäiden asuinympäristöön, erityisesti symboliseen, kulttuuriseen ja sensoriseen ympäristöön tulee kiinnittää huomiota ja etsiä keinoja parantaa sitä. Iäkkäiden asuinolosuhteita tulisi kohentaa turvallisen liikkumisen lisäämiseksi. Toiminnallisuus, itsestä huolehtiminen sekä iloa ja hyvää mieltä tuottava toiminta tulisi saada selviytymisen tueksi.
2. Monimuotoisuuden hallinnan avulla hahmotetaan paikkaa elämänkulussa. Elämän monimuotoisuuden ilmentymät, kuten elämistä jäsentävät muistot tulisi saada käyttöön iäkkään voimavaroina hoidon tueksi.
3. Kognitiivisiin toimintoihin tulee kiinnittää enenevästi huomiota ja etsiä keinoja niiden ylläpitämiseen ja edistämiseen. Samoin virtsaamisvaivat vaativat erityistä huomiota.
4. Iäkkäiden mahdollisuuksia liikkumiseen kodin ulkopuolella ja osallistumista erilaisiin aktiviteetteihin tulisi edistää.
5. Iäkkäillä esiintyvien pelkojen, huolenaiheiden ja turvattomuuden tunteen vähentämiseen on panostettava.
6. Ammatillisen hoitotiimin ja asiakkaan yhteisymmärrystä ja yhteistyötä tulisi edistää, jolloin iäkäs henkilö motivoituu hoitamaan itseään.
7. Moniammatilliselle hoitotiimille, johon kuuluu myös asiakas, tulisi etsiä yhteistä kieltä hoidon tueksi.

7. TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli rakentaa teoreettinen malli iäkkäiden yli 75 -vuotiaiden kotona asuvien päivittäiselle suoriutumiselle. Teoreettinen malli rakennettiin menetelmällisen triangulaation avulla käyttäen kahta aineistoa. Mallissa on yhdistetty käsitteellisesti sekä hoitoa antavien asiantuntijoiden että iäkkäiden itsensä näkökulmat.

Ensimmäinen strukturoitu aineisto, joka käsitteli iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä kotisairaanhoidajien arvioimana (N=204) oli koottu 1992, ja analysoitiin vuonna 2004 Khiin neliötestin ja logistisen regressioanalyysin avulla. Iäkkäiden kotona suoriutumisen kokemuksia käsittelevä haastatteluaineisto (N=20), joka koottiin 2001, analysoitiin sekä aineisto- että teorialähtöisesti vuosina 2002 - 2005.

Kvantitatiivisen analyysin tulosten pohjalta malliin tärkeimmiksi selittäjiksi hyvälle päivittäisistä toiminnoista suoriutumiselle nimettiin kognitiiviset toiminnot, lisäksi virtsaamisvaivojen, niiden lääkityksen ja erilaisten oireiden puuttuminen.

Haastatteluaineiston aineistolähtöisen analyysin tuloksena malliin sijoitettiin iäkkään omana kokemuksena ”hyvän ympäristön, hyvän olon, avun tarpeen ja saannin sekä pahan olon” kokonaisuudet. Hyvä ympäristö merkitsi henkisiä, sosiaalisia, symbolisia ja fyysisiä elementtejä. Hyvään oloon kuului oman toiminnallisuuden ja tekemisen, ilon ja hyvän mielen sekä itsestä huolehtimisen elementit. Avun ja tuen saanti lapsilta ja lähiomaisilta sekä yhteiskunnan palvelujärjestelmältä ilmeni merkityksellisenä. Pahaa oloa tuottivat ja hyvän olon kokemuksesta heikensivät erilaiset pelot ja huolenaiheet.

Haastatteluaineiston teoriapohjainen analyysi tuotti malliin näkemyksen, että kognitiiviset tekijät liittyivät useimmin kehittyneistä toiminnoista ja sosiaalinen tuki välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen. Tämän analyysin uutena luokkana syntyneessä ”monimuotoisuuden hallinnassa” keskeisenä näyttäytyivät muistot, joiden avulla ihminen jäsentää paikkaansa elämänsäkulussa ja maailmassa.

Tulosten perusteella todettiin, että teoreettisen mallin keskeiset tekijät, erityisesti monimuotoisuuden hallinta ja kognitiiviset tekijät, tulisi ottaa paremmin huomioon iäkkäiden kotihoidossa.

Avainsanat: päivittäinen suoriutuminen, iäkkäät, kotona asuvat, teoreettinen malli

8. SUMMARY

The aim of this study was to build a theoretical model for the daily performance of home dwelling elderly over 75 years old. The theoretical model was built by using methodological triangulation on two materials. The model combines conceptually the points of views of the care giving experts and the elderly themselves.

The first, structured material that considered the daily performance of the elderly and related factors assessed by home nurses (N=204) was collected in 1991, and was analysed in 2004 by using Khi-square and logistic regression analysis. The second, interview material (N=20), considering the performance experiences of the home dwelling elderly, was collected in autumn 2001, and was analysed both inductively and deductively during 2002-2004.

Based on the results of the quantitative analysis, cognitive functions, the lack of urinating problems and their medication and the lack of other symptoms were found to be the most important factors explaining good daily performance in the model.

The qualitative inductive analysis produced as a result the categories of the elderly person's own experiences of "good environment", "good feeling", "need and getting of assistance" and "bad feeling". "Good environment" included mental, social, symbolical and physical elements. "Good feeling" consisted of the elements of own activity and doing, joy and happiness and taking care of oneself. Getting assistance and support from children, close relatives and society's service system were important. "Bad feelings" were produced and the experience of "good feelings" was reduced by various fears and worries.

The theory based analysis of the interview material showed that cognitive factors were related with the performance of advanced activities, while social support was related with the performance of instrumental activities. In a new class created in this analysis, called "complexity control", the central issues were memories that help people understand their place in life span and in the world.

The results indicated that the essential factors of the theoretical model, especially complexity control and cognitive functions, should be taken into consideration more carefully in the home care of elderly people.

Key words: daily performance, elderly, home dwelling, theoretical model

LÄHTEET

- Aartsen MJ, Smits CHM, van Tilburg T, Knipscheer KCPM & Deeg DJH 2002. Activity in Older Adults: Cause or Consequence of Cognitive Functioning? A Longitudinal Study on Everyday Activities and Cognitive Performance in Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(2), 153-162.
- Alasuutari P 1999. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.
- Alkula T, Pöntinen S & Ylöstalo P 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Alvesson M & Sköldberg K 1994. Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur, Lund.
- Alvesson M & Sköldberg K 2000. Reflexive methodology. New vistas for qualitative research. Sage, London.
- Andrews M Lyne P & Riley E 1996. Validity in qualitative health care research: an exploration of the impact of individual researcher perspectives within collaborative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 441-447.
- Aromaa A, Koskinen S & Huttunen JK 1996. Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Edita, Helsinki.
- Aromaa A & Koskinen S (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos, Helsinki.
- Backman K 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica*, 624. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Backman K, Hentinen M & Nikkonen M 2001. Ikääntyvien itsestä huolenpito – elämänhistoriallinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 38(1), 22-36.
- Backman K 2003. Hoitotieteellisen keskitason teorian kehittäminen: esimerkkinä kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Hoitotiede* 15(3), 115-130.
- Badger TA 1998. Depression, Physical Health Impairment and Service Use Among Older Adults. *Public Health Nursing*, 15(2), 136 - 145.

- Badger TA & Collins-Joyce P 2000. Depression, psychosocial resources, and functional ability in older Adults. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 238-256.
- Bailey PH 1997. Finding your way around qualitative methods in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 18-22.
- Bathen T & Vardeberg K 2001. Test-Retest Reliability of the Sunnaas ADL Index. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 8(3), 140-147.
- Beckett LA, Brock DB, Lemke JH, Mendes de Leon CF, Guralnik JM, Fillenbaum GG, Branch LG, Wetle TT & Evans DA 1996. Analysis of Change in-Self reported Physical Function among Older Persons in Four Population Studies. *American Journal of Epidemiology*, 143(8), 766-78.
- Begley CM 1996. Using triangulation in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 122-128.
- Benyamini Y & Idler EL 1999. Community Studies Reporting Association between Self-Rated Health and Mortality: Additional Studies, 1995 to 1998. *Research on Aging* 21, 392-401.
- Bergamini L, Burgoni M, Federzoni G, Goldoni CA, Martini E, Neviani F & Neri M 2007. Multidimensional evaluation of home-dwelling elderly: the impact of medical and social factors on health status indices. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 44, (Suppl. 1), 75-81.
- Berkman LF, Bergman CS, Kasl S, Freeman DH, Leo L, Ostfeld AM, Cornoni-Huntley J & Brody JA 1986. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124(3), 372-388.
- Berman H, Ford-Gilboe M & Campbell JC 1998. Combining Stories and Numbers: A Methodologic Approach for a Critical Nursing Science. *Advances in Nursing Science*, 21(1), 1-15.
- Bernard SL, Kincaid JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, DeFries GH & Ory MG 1997. Predicting Mortality From Community Surveys of Older Adults: The Importance of Self-Rated Functional Ability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B (3), S155-S163.
- Bishop SM & Hardin SR 2006. Theory Development Process. In: Tomey AM & Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*, 35-49. Mosby, St. Louis.
- Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL & Urdangarin CF 2001. A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management. *Journal of American Geriatrics Society*, 49(4), 351-359.
- Bourdieu P 1987. Sosiologian kysymyksiä. (suom. Roos J-P) Vastapaino, Tampere.
- Bowling A, Banister D, Sutton S, Evans O & Windsor J 2002. A multidimensional model of the quality of life in old age. *Aging and Mental Health*, 6(4), 355-71.

- Bowsher J, Bramlett M, Burnside IM & Gueldner SH 1993. Methodological considerations in the study of frail elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18(6), 873-879.
- Brach JS, Van Swearingen JM, Newman JM & Kriska AM 2002. Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performance-based and self-report measures. *Physical Therapy*, 82(4), 320-328.
- Burns N & Grove S 2001. *The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique & Utilization*. Second Edition. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Büla CJ, Bérode AC, Stuck AE, Alessi CA, Aronow HU, Santos-Eggimann B, Rubenstein LZ & Beck JC 1999. Effectiveness of Preventive In-Home Geriatric Assessment in Well Functioning, Community-Dwelling Older People: Secondary Analysis of a Randomized Trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 47(4), 389-95.
- Campion EW 1995. New Hope for Home Care? *The New England Journal of Medicine*, 333(18), 1213-1214.
- Carr LT 1994. The strengths and weaknesses of quantitative and qualitative research: what method for nursing? *Journal of Advanced Nursing* 20(4), 716-721.
- Chappell NL & Badger M 1989. Social Isolation and Well-Being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 44(5), 169 - 179.
- Chinn P L & Kramer M K 2004. *Integrated knowledge development in Nursing*. Sixth edition. Mosby, St.Louis, Missouri.
- Cho C-Y, Alessi CA, Cho M, Aronow HU, Stuck AE, Rubenstein LZ & Beck JC 1998. The Association Between Chronic Illness and Functional Change Among Participants in a Comprehensive Geriatric Assessment Program. *Journal of American Geriatrics Society*, 46(6), 677-682.
- Cobb AK & Forbes S 2002. Qualitative Research: What Does It Have to Offer to the Gerontologist? *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 57A(4) M197-M202.
- Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC, Hsieh F, Phibbs C & Lavori P 2002. A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management. *The New England Journal of Medicine*, 346(12), 905-912.
- Coleman P 1994. Vanhuus ja itsearvostus - elämäkerrallinen tarkastelu. *Gerontologia* 8(4), 237-242.
- Comprehensive Geriatric Assessment 1989. Public Policy Committee. The American Geriatrics Society. *Journal of American Geriatrics Society*, 37(5), 473-474.
- Coward DD 2006. Self-Transcendence Theory. In: Tomey AM & Alligood MR *Nursing Theorists and Their Work*, 643-662. Mosby, St. Louis.

- Craik FIM & Bialystok E 2008. Lifespan Cognitive Development. The Roles of Representation and Control, 557-601. In: Craik FIM & Salthouse TA (eds.) *The Handbook of Aging and Cognition*. Psychology Press, New York.
- Creswell J W 2003. *Research Design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications, London.
- Cuba EG & Lincoln YS 1994. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: Denzin NK & Lincoln YS. *Handbook of Qualitative Research*, 105-117. Sage Publication, London.
- Cullum CM, Saine K, Chan LD, Martin-Cook K, Gray KF & Weiner MF 2001. Performance-Based Instrument to Assess Functional Capacity in Dementia: The Texas Functional Living Scale. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioral Neurology*, 14(2), 103-108.
- Cutler SJ & Grams AE 1988. Correlates of Self-Reported Everyday Memory Problems. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 43(3), S82-90.
- Denzin NK & Lincoln YS 1994. Entering the field of qualitative research. In: Denzin NK & Lincoln YS *Handbook of Qualitative Research*, 1-17. Sage Publication, London.
- Devons CAJ 2002. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 5(1), 19-24.
- Dickoff J & James P 1997. A Theory of Theories: A Position Paper, 103-116. In: Nicoll L H (edit.) *Perspectives on Nursing Theory*. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.
- Dowd S & Davidhizar R 1999. Opening up to the Katz Index. *Elderly Care*, 11(1), 9-12.
- Down T 2006. Theory of Comfort. In: Tomey AM & Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work*, 726-742. Mosby, St. Louis.
- Downe-Wamboldt B 1992. Content Analysis: method, application, and issues. *Health Care for Women International*, 3(13), 313-321.
- Eagles JM, Beattie JAG, Restall DB, Rawlinson F, Hagen S & Ashcroft GW 1990. Relation between cognitive impairment and early death in the elderly. *British Medical Journal*, 300(27), 239-230.
- Edwards MM 1990. The Reliability and Validity of Self-Report Activities of Daily Living Scales. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(5), 273-278.
- Eirola R, Nikkonen M & Pietilä A-M 1996. Kainuulaisen martan elämäntilannetta. *Hoitotiede* 8(5), 242-252.
- Elderathome 2004. The prerequisites of the elderly for living at home: Criteria for dwellings, surroundings and facilities. Final report. *Ikäihmistien kotona asumisen*

edellytykset. Asunnon, ympäristön ja palvelujen suunnittelukriteerit. Kasanen P (ed.) Työtehoseuran julkaisuja 393, Helsinki.

Elo S 2006. Teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. Acta Universitas Ouluensis Medica D 889. Lääketieteellinen tiedekunta, Oulun yliopisto, Oulu.

Eloniemi-Sulkava U, Notkola I-L, Hentinen M, Kivelä S-L, Sivenius J & Sulkava R 2001. Effects of Supporting Community-Living Demented Patients and Their Caregivers: A Randomized Trial. Journal of American Geriatrics Society, 49(10), 1282-1287.

Erkinjuntti T & Koivisto K 2001. Varhaisen taudinmäärittelyn merkitys. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K & Soininen H (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, 49-54. Duodecim, Helsinki.

Eskola J & Suoranta J 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

Etene -julkaisuja 1, 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), Sosiaali- ja terveysministeriö.

Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE & Rubenstein LZ 1994. An In-Home Preventive Assessment Program for Independent Older Adults: A Randomized Controlled Trial. Journal of American Geriatrics Society, 42(6): 630-8.

Fagerström L, Nojonen K & Åkers A 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncilmenetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. Hoitotiede 14(4), 180-191.

Fagerström C, Holst G, & Hallberg IR 2007. Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. Archives of Gerontology & Geriatrics. 44(2):181-201.

Fawcett J 1997. Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi ja arviointi. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Fillenbaum GG 1985. Screening the Elderly. A Brief Instrumental Activities of Daily Living Measure. Journal of American Geriatrics Society, 33(10), 698-706.

Flicker C, Ferris SH & Reisberg B 1993. A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints. Journal of the American Geriatrics Society, 41(10), 1029-1032.

Folden SL 1990. Perceptions of the Homebound. Journal of Gerontological Nursing, 16(1), 9-15.

Folkman S & Lazarus RS 1988. The relationship between coping and emotion: implications for theory and research. Social Science and Medicine 26(3), 309-317.

- Fontana A & Frey JH 1998. Interviewing. The Art of Science. In: Denzin NK & Lincoln YS (edit.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, 47-78. Sage Publications, London.
- Ford AB, Haug MR, Stange KC, Gaines AD, Noelker LS & Jones PK 2000. Sustained Personal Autonomy: A Measure of Successful Aging. *Journal of Aging and Health*, 12(4), 470-489.
- Ford-Gilboe M, Campbell J & Berman H 1995. Stories and numbers: Coexistence without compromise. *Advances in Nursing Science*, 18(1), 14-26.
- Frankfort-Nachmias C & Nachmias D 1997. *Research Methods in the Social Sciences*. Arnold, London.
- Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B 2004. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. Review. *Lancet Neurology* 3(6), 343-53.
- Frederiks CMA, teWierik MJM, Visser APH & Sturmans F 1991. A scale for functional status of the elderly living at home. *Journal of Advanced Nursing*, 16(3), 287 - 292.
- Freeborne N 1994. The Functionally Oriented Assessment of the Geriatric Patient. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 7(3), 158-167.
- George LK & Fillenbaum GG 1985. OARS Methodology. A Decade of Experience in Geriatric Assessment. *Journal of American Geriatrics Society*, 33(9), 607-615.
- Gibson C 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 16(3), 354-361.
- Gruber-Baldini AL, Zimmerman SI, Mortimore E & Magaziner J 2000. The Validity of Minimum Data Set in Measuring the Cognitive Impairment of Persons Admitted to Nursing Homes. *Journal of American Geriatrics Society*, 48(12), 1601-1606.
- Grundy E & Glaser K 2000. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age and Aging* 29(2), 149-157.
- Gunter LM 1997. Notes on a Theoretical Framework for Nursing Research. In: Nicoll LH (edit.) *Perspectives on Nursing Theory*, 5-19. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.
- Haapaniemi H, Routasalo P & Lauri S 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus: Analyysi vuosina 1979-2000 Suomessa tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. *Hoitotiede* 15(2), 89-99.
- Hallitusohjelma 2007. Pääministeri Matti Vanhasen II hallitusohjelma 19.4.2007. Edita Prima Oy. Helsinki.
- Hardy ME 1997. Theories: Components, Development, Evaluation. In: Nicoll LH (ed.) *Perspectives on Nursing Theory*, 89-99. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.

- Heikkilä T 2001. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab, Helsinki.
- Heikkinen E 1995. Healthy Aging. Utopia or Realistic Target? In: Heikkinen E, Kuusinen J & Ruoppila I (eds.) Preparation for Aging, 105-119. Plenum Press, New York.
- Heikkinen E 1997a. Iäkkäiden ihmisten toimintakyky, terveys ja elämänlaatu. Teoksessa: Era P (toim.) Ikääntyminen ja liikunta, 1-15. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Likes, Jyväskylä.
- Heikkinen E 1997b. Vanhuus, ihmisen fyysinen vanheneminen. Teoksessa: Lyytinen P, Korhokangas M & Lyytinen H (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan, 408-425. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Heikkinen R-L 2004. The experience of ageing and advanced old age: a ten-year follow-up. *Ageing & Society*, 24, 567-582. Cambridge University Press.
- Heiskanen M 1998. Surveypäiväkirja. Teoksessa: Paananen S, Juntto A & Sauli H (toim.) Fakta juttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt, 184-205. Vastapaino, Tampere.
- Helin S 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. *Studies in sport, physical education and health*, 71. Jyväskylä University. Printing House, Jyväskylä.
- Helmes E, Csapo KG & Short J-A 1987. Standardization and Validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES). *Journal of Gerontology*, 42(4), 395 - 405.
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2001. Helsingin kaupungin tutkimusohjelma 2001-2003. <http://www.hel2.fi/tietokeskus/kaupunkitutkimus/tutkimusohjelma.html> Luettu 15.2.2004.
- Helsingin kaupungin tietokeskus 2004. Helsingin kaupungin tutkimusohjelma 2004-2006. <http://www.hel2.fi/tietokeskus/kaupunkitutkimus/tutkimusohjelma.html> Luettu 15.6.2006.
- Hellström Y & Hallberg IR 2001. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. *Health and Social Care in the Community*. 9(2), 61-71.
- Hentinen M 2002. Keskustelua. Ajatuksia hoitotieteen ja hoitotieteellisen koulutuksen tulevaisuudesta. *Hoitotiede*, 14(2), 86-91.
- Hernesniemi H, Kymäläinen P, Mäkelä P, Rantala O, Rautkylä-Willey R & Valtakari M 2001. Suomen avainklusterit ja niiden tulevaisuus. Tuotanto, työllisyys ja osaaminen. ESR-julkaisut, Edita, Helsinki.

- Hervonen A 2000. Gerontologia. Teoksessa: Tilvis R, Hervonen A, Jantti P, Lehtonen A & Sulkava R (toim.) Geriatria, 14-22. Duodecim, Helsinki.
- Hirsjärvi S & Hurme H 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki University Press, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Hirsjärvi S, Remes, P & Sajavaara P 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki, Kirjayhtymä.
- Horn L, Cohen CI, Teresi J 1989. The EASI: A Self-Administered Screening Test for Cognitive Impairment in the Elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(9), 848-855.
- Hyttinen H 1999. Gerontologisen hoitotyön tietoperusta. Hoitotyön toimijoiden arvio gerontologisessa hoitotyössä tarpeellisesta tietoperustasta lähitulevaisuudessa. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 532*, Oulu.
- Hyttinen H & Kangassalo R 2002. Vanhustyöntekijät – näkemyksiä vanhustyöstä ja sen kehittämistä. *Gerontologia* 16(4), 190-197.
- Häggman-Laitila A & Pietilä A-M 1993. Elämänhallinta terveenä olemisen perustana. Elämänhallinta käsitteen teoreettis-empiiristä määrittelyä. *Hoitotiede* 5(1), 2-10.
- Hänninen T, Pulliainen V, Salo J, Hokkanen L, Erkinjuntti T, Koivisto K, Viramo P, Soininen H 1999. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD-tehtäväsarja. *Suomen Lääkärilehti* 54(15), 1967-1975.
- Hänninen T & Soininen H 1999. Lievä kognitiivinen heikentyminen dementian varhaisena merkinä. *Duodecim*, 115, 381-388.
- Hänninen T & Pulliainen V 2001. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K & Soininen H (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, 348-357. Duodecim, Helsinki.
- Hänninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, Vanhanen M & Soininen H 2002. Prevalence of mild cognitive impairment. *Acta Neurologica Scandinavica*, 106(3), 148-154.
- Hänninen T & Pulliainen V 2004. Kognitiivisten häiriöiden seulonta. Teoksessa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T (toim.). Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, 256-271. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.
- Hänninen T & Soininen H 2004. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T (toim.). Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, 182-192. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Iwarsson S & Isacson A 1997. Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 26(1), 71-83.

- Jacox AK 1997. Theory Construction in Nursing: An Overview. In: Nicoll LH (edit.) Perspectives on Nursing Theory, 406-422. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.
- Jick TD 1979. Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation on Action. Administrative Science Quarterly. 24(4), 602-611.
- Johansson B, Allen-Burge R & Zarit SH 1997. Self-Reports on Memory Functioning in a Longitudinal Study of the Oldest Old: Relation to Current, Prospective, and Retrospective Performance. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 52B (3), P139-146.
- Johnson TM, Bernard SL, Kincade JE & Defriese GH 2000. Urinary Incontinence and Risk of Death Among Community-Living Elderly People: Results From the National Survey on Self-Care and Aging. Journal of Aging and Health, 12(1), 25-46.
- Junttila M, Lintonen T & Jylhä M 2002. Hyvin vanhojen vertailevat terveystarvot ja niiden selittäjät. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 39(1), 42-50.
- Juutilainen P 1999. 75-vuotiaiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoistaan kolmella pohjoismaisella paikkakunnalla, viiden vuoden seuruututkimus. Lisensiaattitutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.
- Jylhä M & Hervonen A 1999. Functional status and need of help among people aged 90 or over: a mailed survey with a total home-dwelling population. Scandinavian Journal of Public Health, 27(2), 106-111.
- Jyrkämä J 2003. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Heikkinen E & Rantanen T (toim.) Gerontologia. Duodecim, Helsinki, 267-271.
- Jyrkämä J 2007. Toimintakyky ja toimijuus. Sosiaaligerontologian näkökulma. Teoksessa: Martelin T ja Kuosmanen N (toim.) Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle, 31-35. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 24/2007.
- Kainulainen S, Rintala T & Heikkilä M 2001. Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Kahtiajakautuva Suomi? -tutkimusprojektin julkaisuja. Tutkimuksia 114. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus, Helsinki.
- Kane RA & Kane RL 1981. Assessing the Elderly. A practical Guide to Measurement. Lexington Books. D.C.Heath and Company Lexington, Massachusetts.
- Kanniainen A 1999. SPSS for Windows. Menetelmiä. Oulun yliopisto ATK-keskus, Oulu.
- Karisto A 2002. Mitä on kolmas ikä? Käsitteestä ja sen käytöstä. Gerontologia 16 (3), 138-142.

- Karisto A 2004. Kolmas ikä - uusi näkökulma väestön vanhenemiseen. Ikääntyminen voimavarana. (Kautto M toim.) Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, 116-130. Helsinki.
- Karppi P & Tilvis R 1997. Outcome of aged patients in Finnish supervised home care. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25(1), 4-7.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA & Jaffe MW 1963. Studies of Illnes in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of American Medical Assosiation (JAMA)*, 125(12), 914-919.
- Katz S 1983. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 721-727.
- Katz PR, Dube DH & Calkins E 1985. Use of Structured Functional Assessment Format in a Geriatric Consultative Service. *Journal of the American Geriatrics Society*, 33(10), 681-686.
- Katz S & Stroud MW 1989. Functional Assessment in Geriatrics. A Review of Progress and Directions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(3), 267-271.
- Katz S, Downs TD, Cash HR & Grotz RC 1970. Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist*, Spring Part I, 20-30.
- Kemp, Brodaty, Pohd & Luscombe 2002. Diagnosing dementia in primary care: the accuracy of informant reports. *Alzheimer disease and Associated Disorders*, 16(3), 171-176.
- Kempen GIJM & Suurmeijer TPBM 1990. The Development of a Hierarchical Polychotomous ADL-IADL Scale for Noninstitutionalized Elders. *The Gerontologist*. 30(4), 497-502.
- Kim HS 2000. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. Springer Publishing Company, New York.
- Kivelä S-L 2006. Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. Selvityshenkilön raportti 2006:30. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki.
- Knafl KA & Breitmayer BJ 1989. Triangulation in Qualitative Research: Issues of Conceptual Clarity and purpose, 226-239. In: Morse JM (ed.) *Qualitative Nursing Research. A Contemporary Dialogue*. Sage Publications, Newbury Park.
- Knafl KA & Gallo A 1995. Triangulation in Nursing Research. In: Talbot LA *Principal and Practice of Nursing Research*, 492-509. Mosby, New York.
- Knight M 2000. Cognitive ability and functional status. *Journal of Advanced nursing*, 31(6), 1459-1468.

- Kolcaba K 2006. The Comfort Line. The Web Site Devoted to the Concept of Comfort in Nursing. [Http://www.thecomforline.com/comfort theory](http://www.thecomforline.com/comfort%20theory). Luettu 10.5.2007.
- Korner-Bitensky N & Wood-Dauphinee S 1995. Barthel Index Information Elicited over the Telephone: Is It Reliable? *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 74(1), 9-18.
- Koskinen S, Aalto L, Hakonen S & Päivärinta E 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto - Centralförbundet för de Gamlas väl ry. Helsinki, Gummerus.
- Kosko B 1996. Sumea logiikka. (Fuzzy thinking, The New Science of Fuzzy Logic. (suom. Pietiläinen K) Art House. Gummerus, Jyväskylä.
- Koyano W, Shibata H, Nakazato K, Haga H, Suyama Y & Matsuzaki T 1988. Prevalence of Disability in Instrumental Activities of Daily Living Among Elderly Japanese. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 43(2), S41-45.
- Krach P, DeVaney S, De Turk C & Zink MH 1996. Functional status of the oldest-old a home setting. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 456-464.
- Kuikka P & Suutama T 1993. Muistin itsearvioiden yhteydet taustatekijöihin iäkkäillä. *Gerontologia* 7(4), 257-270.
- Kuikka P & Pulliainen V 1997. Ikääntymisen vaikutus muistiin. Teoksessa: Lyytinen P, Korkiakangas M & Lyytinen H (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan, 426-439. Werner Söderström Osakeyhtiö. Helsinki.
- Kuokkanen L & Leino-Kilpi H 2000. Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing* 31(1), 235-241.
- Kurkela R & Sauli H 1994. Todellisuuden, keskilukujen ja arjen välisessä suhteessa. *Hyvinvointikatsaus* 3, 45-47.
- Kyngäs H & Vanhanen L 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11(1), 3-12.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>. Luettu 15.11.2006
- Lammi U-K, Kivelä S-L, Nissinen A, Punsar S, Puska P & Karvonen M 1989. Mental disability among elderly men in Finland: prevalence, predictors and correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80(5), 459-468.
- Lancaster W & Lancaster J 1997. Models and Model Building in Nursing. In: Nicoll LH (edit.) *Perspectives on Nursing Theory*, 496-507. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.
- Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Scadari A, Rinaldi C, Gambassi G, Lattanzio F & Bernabei R 2000. Minimum Data Set for Home Care. A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.

- Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccalá G, Gambassi G, Carbonin PU & Barnabei R 2001. Impact of a New Assessment System, the MDS-HC, on Function and Hospitalization of Homebound Older People: A Controlled Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(10), 1288–1293.
- Lanér A & Sihvola T 1990. Täyttä elämää. Eläkeikä - mahdollisuuksien aika. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Lankinen M, Korhonen E, Keskinen V, Niska A & Vaattovaara M 2001. Väestö, asuminen, elinolot. Helsinki tutkii. Helsingin kaupungin tutkimusohjelma 2001-2003. Muistioita 2, 52-64, Helsinki.
- Larsson S 1994. Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Teoksessa: Starrin B & Svensson P-G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, 163-189. Studentlitteratur, Lund.
- Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen S & Nikkonen M (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*, 21-43. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Laukkanen P 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in sport, physical education and health* 56. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Laukkanen P, Karppi P, Kauppinen M Niemi T & Tervo T 2000. Ikivihreät-ADL -mittari toimintakyvyn kuvaajana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen hoitoportilla. *Suomen lääkirilehti* 55 (13), 1455-1460.
- Lauri S & Kyngäs H 2005. Hoitotieteen teorian kehittäminen. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Lawton MP & Brody EM 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lawton MP 1970. Assessment, Integration and Environments for Older People. *The Gerontologist*, Spring, 10(1), 38-46.
- Lawton MP 1971. The Functional Assessment of Elderly People. *Journal of American geriatrics society*, XIX(6), 465-481.
- Le Compte MD 1993. *Ethnography and Qualitative Design in Educational Reseach*. Academic Press, San Diego.
- Lee T, Kovner CT, Mezey MD & Ko I-L 2001. Factor Influencing Long-Term Home Care Utilization by the Older Population: Implications for Targeting. *Public Health Nursing*, 18(6), 443-449.
- Lehto A-M 1998. Laatuja surveytutkimukseen. Teoksessa: Paananen S, Juntto A & Sauli H (toim.) *Fakta juttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt*, 208-232, Vastapaino, Tampere.

- Leino-Kilpi H 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163, Helsinki.
- Leino-Kilpi H 1997. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus - yhdessä vai erikseen. Teoksessa: Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K Hoitotieteen tutkimusmetodiikka, 222-231. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Leinonen R, Heikkinen E, Era P, Heikkinen R-L, Hirvinen H, Kauppinen M, Laaksonen P, Laukkanen P, Linnove T, Ruoppila I, Silvennoinen S & Suutama T 1996. Iäkkäiden henkilöiden terveys- ja toimintakykytarkastusten toteutus perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 12, Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Leinonen R, Suominen V, Sakari-Rantala R, Laukkanen P & Heikkinen E 2006. Terveystila ja päivittäisistä toiminnoista selviytyminen 65-69 -vuotiailla jyvaskyläläisillä vuosina 1988, 1996 ja 2004. Julkaisussa: Heikkinen E, Kauppinen M, Salo P-L & Suutama T (toim.) Ovatko 65-69 -vuotiaat aikaisempaa toimintakykyisempiä, terveempiä ja aktiivisempiä? Havainnot Ikivihreät-projektin kohorttivertailututkimuksesta vuosilta 1988, 1996 ja 2004. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 84, 43-66. Helsinki.
- Lippitt GL 1973. Visualizing change: Model building and the change process. University Associates, La Jolla, California.
- Liukkonen A 1990. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, Scripta lingua Fennica edita. Annales universitatis Turkuensis. Turku.
- Livingston G, Watkin V, Manela M, Rosser R & Katona C 1998. Quality of life in older people. *Aging & Mental Health* 2(1), 20-3.
- Louhija J 1998. Satavuotiaiden salaisuus. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Manning P K & Cullum-Swan B 1998. Narrative, Content, and Semiotic Analysis. In: Denzin NK & Lincoln YS (eds.) *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*, 246-273. Sage Publications, London.
- Martelin T, Koskinen S, Kattainen A, Sainio P, Reunanen A & Aromaa A 2002. Changes and Differentials in the Prevalence of Activity Limitations among Finns Aged 65-74: Comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978-80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland* 38, 55-75. XXXVIII. The Population Research Institute, Helsinki.
- Martelin T, Sainio P & Koskinen S 2004. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Ikääntyminen voimavarana. (Kautto M toim.) *Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja* 33, 116-130. Helsinki.
- McDaniel MA, Einstein GO & Jacoby LL 2008. New Considerations in Aging and Memory. The Glass May be Half Full, 251-310. In: Craik FIM & Salthouse TA (eds.) *The Handbook of Aging and Cognition*. Psychology Press, New York.

- McKay R 1997. Theories, Models, and Systems for Nursing. In: Nicoll L H (ed.) Perspectives on Nursing Theory, 382-392. Third Edition. Lippincott, Philadelphia.
- Mehta KM, Yaffe K & Covinsky KE 2002. Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Functional Decline in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(6), 1045–1050.
- Meleis A I 2005. *Theoretical Nursing: Development & Progress*. Third edition. Lippincott, Philadelphia.
- Miles MB & Huberman AM 1994. *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Sage Publications, Thousand Oaks.
- Mitchell ES 1986. Multiple triangulation: A Methodology for Nursing Science. *Advances in Nursing Science* 8(3), 18-26.
- Monti EJ & Tinggen MS 1999. Multiple Paradigms of Nursing Science. *Advances in Nursing Science* 21(4), 64-80.
- Morris A, Browne G & Saltmarche A 1992. Urinary Incontinence: Correlates among cognitively impaired elderly veterans. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(10), 33-42.
- Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilden R, Hirdes JP & Topinkova E 1997. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC. *Journal of American Geriatrics Society*, 45(8), 1017-24.
- Morse JM 1998. Designing Funded Qualitative Research. In: Denzin NK & Lincoln YS (eds.) *Strategies of Qualitative Inquiry*, 56-86. Sage Publications, London.
- Mukkila S, Tolkki P, Valvanne J, Linden A & Sahi I 2003. Helsinkiläisten vanhuspalveluasiakkaiden toimintakyky ja avun tarve syksyllä 2002. Helsingin kaupungin terveystieteiden raportteja No 5, Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä No 2. Helsingin sosiaalivirasto. Helsinki.
- Murphy DD & Lam CLK 2001. Feasibility and acceptability of the COOP/WONGA Charts for identification of functional limitations in rural patients of the People's Republic of China. *International Journal of Rehabilitation Research* 24, 207-219.
- Muurinen S 2003. Hoitotyö ja hoitohenkilöstön rakenne vanhusten lyhytaikaisessa laitoshoidossa. *Acta Universitatis Tamperensis* 936. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Tampere.
- Mäkinen E 1991. Classifying Disability in Supervised Out-Patient Care. A comparative study with Joensuu classification and four other methods. Vajaakuntoisuuden luokittelu valvotussa kotisairaanhoidossa. Joensuu -luokitusta ja neljää muuta menetelmää vertaileva tutkimus. University of Helsinki, Department of General Practice and Primary Health Care. Väitöskirjat 1:1991. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsinki.

- Määttänen P 1995. Filosofia. Johdatus peruskysymyksiin. Gaudeamus, Helsinki.
- Naukkarinen A 1996. Paradigmojen vähättelyyn liittyviä eettisiä ongelmia laadullisen tutkimuksen arvioinnissa sosiaalitieteissä. Teoksessa: Palmroth A & Nurmi I (toim.) Alttiiksi asettumisen etiikka: Laadullisen tutkimuksen eettisiä kysymyksiä, 111-127. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunta, JYY julkaisusarja n:o 38, Jyväskylä.
- Neadley AW, Kendrick DC & Brown R 1995. Health and memory in people over 50: a survey of a single-GP practice on England. *Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 646-651.
- Newman MA 2002. The Pattern that Connects. *Advances of Nursing Science*, 24(3), 1-7.
- Niiniluoto I 1997. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen ja teorianmuodostus. Otava, Keuruu.
- Niiniluoto I 2002. Pragmatismi. Teoksessa: Niiniluoto I & Saarinen E. Nykyajan filosofia, 111-163. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Nikkilä R 1999. Vanhusten toimintakyky ja avun tarve Helsingissä 1998-1999. Sosiaaliviraston julkaisusarja C 2/1999. Helsingin kaupunki Sosiaalivirasto. Helsinki.
- Nores T 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki.
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, Häkkinen U, Laine J, Vähäkangas P, Kerppilä S & Storbacka R 2001. RAI-tietojärjestelmän käyttöönotto ja pitkäaikaishoidon benchmarking. RAI-raportti 1/2001. Stakes, Helsinki.
- Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J & Leskinen E 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Olsbo-Rusanen L & Väänänen-Sainio R 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi: selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Sarja: Suomen ympäristö 646. Ympäristöministeriö, Edita, Helsinki.
- Paakkari J 1996. Vanhusten ja vammaisten ihmisoikeudet. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Raportteja 200, Helsinki.
- Paasivaara L 2002. Tavoitteet ja tosiasiallinen toiminta. Suomalaisen vanhusten hoitotyön muotoutuminen monitasotarkastelussa 1930-luvulta 2000-luvulle. Series D, Medica 707. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos, Oulun yliopisto, Oulu.
- Pahkala K & Kivelä S-L 1991. Iäkkäiden terveys, toimintakyky ja depressio. *Gerontologia* 5(2), 89-104.

- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Pearson JL, Teri L, Reifler BV, Raskind MA 1989. Functional Status and Cognitive Impairment in Alzheimer's Patients With and Without Depression. *Journal of American Geriatric Society*, 37(12), 1117-1121.
- Peirce CS 2001. Johdatus tieteen logiikkaan ja muita kirjoituksia. (suom. Lång M) Vastapaino, Tampere.
- Pelkonen R & Louhiala P 2002. Ihminen lääketieteellisen tutkimuksen kohteena. Teoksessa: Karjalainen S, Launis V, Pelkonen R & Pietarinen J (toim.) Tutkijan eettiset valinnat, 126-136. Gaudeamus Kirja, Tampere.
- Peltonen M. 1999. Mikrohistoriasta. Gaudeamus, Helsinki.
- Peltonen R 1994. Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimuksia 54. Åbo Akademi, Åbo.
- Perttula J 1995. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena. Johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Suomen fenomenologinen instituutti, Tampere.
- Pfeiffer BA, Mc Clelland T, Lawson J 1989. Use of Functional Assessment Inventory to distinguish among the Rural Elderly in five Service Settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(3), 243 - 248.
- Pfeiffer E, Johnson TM & Chiofolo RC 1981. Functional Assessment of Elderly Subjects in Four Service Settings. *Journal of American Geriatrics Society*, 29(10), 433-437.
- Pietilä A-M & Tervo A 1998. Elderly Finnish People's experiences with coping at home. *International Journal of Nursing Practice* 1998. 4(1), 19-24.
- Pietilä V 1978. Sisällön erittely. Gaudeamus, Helsinki.
- Pihlström S 2002. Pragmatismi ja looginen empirismi. Teoksessa: Niiniluoto I & Koskinen HJ (toim.) Wienin piiri. Gaudeamus Kirja, Helsinki.
- Pirttilä T 2001. Kliininen tutkimus. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K & Soininen H (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, 330-335. Duodecim, Helsinki.
- Pitkälä KH, Valvanne J, Kulp S, Strandberg TE & Tilvis RS 2001. Secular trends in self-reported functioning, need for assistance and attitudes towards life: 10-year differences of three older cohorts. *Journal of the American Geriatrics Society*. 49(5), 596-600.
- Pohjolainen P 1994. Kokeminen elämäntyölin osa-alueena. Teoksessa: Öberg P, Pohjolainen P & Ruoppila I (toim.) Experiencing Aging – Kokemuksellinen vanheneminen – Att Uppleva Åldrandet. Svenska social- och kommunalhögskolan vid Helsingfors universitetet Forskningsinstitutet, Helsingfors.

- Polit DE & Beck CT 2006. Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal and Utilization. Lippincott, Philadelphia.
- Raatikainen P 2004. Ihmistieteet ja filosofia. Gaudeamus, Helsinki.
- Rahkonen O & Takala P 1997. Terveystilan ja toimintakyvyn erot vanhoilla miehillä ja naisilla. Gerontologia 11(4), 282-291.
- Rainio K 2002. Cognitive Process and Behavior: A Conceptual Framework and Simulations. Research Reports 1, Department of Social Psychology, Helsinki University. (E-kirja: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/val/sosps/muut/rainio/>)
- Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T 2004. Geropsykologia: vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Johdanto 7-12. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Ramos LR, Simoes EJ & Albert MS 2001. Dependence in Activities of Daily Living and Cognitive Impairment Strongly Predicted Mortality in Older Urban Residents in Brazil: A 2-Year Follow-Up. Journal of the American Geriatrics Society, 49(9), 1168-1175.
- Ramsdell JW, Swart JA, Jackson JE & Renvall M 1989. The Yield of a Home Visit in the Assessment of Geriatric Patients. Journal of the American Geriatrics Society, 37(1), 17-24.
- Raunio K 1999. Positivismi ja ihmistiede. Sosiaalitutkimuksen perustat ja käytännöt. Gaudeamus, Helsinki.
- RAVA-toimintakykymittari 2002. Opas sisältöön ja käyttöön. Suomen kuntaliitto, Helsinki.
- Reuben DB & Solomon DH 1989. Assessment in Geriatrics. Of Caveats and Names. Journal of the American Geriatrics Society, 37(6), 570-572.
- Reuben DB, Laliberte L, Hiris J & Mor V 1990. A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) Level. Journal of the American Geriatrics Society, 38(8), 855-861.
- Robinson BE, Lund CA, Keller D, Cuervo CA 1986. Validation of the Functional Assessment Inventory Against a Multidisciplinary Home Care Team. Journal of the American Geriatrics Society, 34(12), 851 - 854.
- Roine K, Tarkka M & Kaunonen M 2000. Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75 -vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. Hoitotiede 12(6), 312-21.
- Ronkainen S 1998. Kaikua empiirisyys - surveyn epistemologiset mahdollisuudet. Teoksessa: Paananen S, Juntto A & Sauli H (toim.) Fakta juttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt, 233-255. Vastapaino, Tampere.

- Roos JP 1987. Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämänkerroista. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Helsinki.
- Ross MM & Crook J 1998. Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1117-1126.
- Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, Zanetti O & Trabucchi M 1993. Physical Performance Test and Activities of Daily Living Scales in the Assessment of Health Status in Elderly People. *Journal of American Geriatrics Society*, 41(10), 1109-1113.
- Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins MA, Rubenstein LZ, Wasson JH & Williams ME 1989. Health Status Assessment for Elderly Patients. Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on Health Assessment. *Journal of American Geriatrics Society*, 37(6), 562-569.
- Rubenstein LZ, Aronow HU, Schloe M, Steiner A, Alessi CA, Yuhus KE, Gold M, Kemp M, Raube K, Nisenbaum R, Stuck A & Beck JC 1994. A home-based geriatric assessment, follow-up and health promotion program: Design, methods, and baseline findings from a 3-year randomized clinical trial. *Aging: Clinical and Experimental Research* 6(2), 105-120.
- Ruoppila I 1997. Vanhuus, johdanto. Teoksessa: Lyytinen P, Korhakangas M & Lyytinen H (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan, 400-406. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Ruoppila I 2004. Vanhenemisen psykologisen tutkimuksen historiaa ja haasteita. Teoksessa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, 14-73. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Ryynänen O-P, Myllykangas M, Kinnunen J, Isomäki V-P & Takala J 1999. (toim.) Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliitto, Kuopion yliopisto, Helsinki.
- Saarenheimo M 1992. Muisteleminen terapiana, ajanvietteenä sekä minän ja maailman rakentamisena. *Gerontologia* 6(4), 265-275.
- Saarenheimo M 1994. Muisti ja kertominen. *Gerontologia* 8(4), 221-226.
- Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD & Rubenstein LZ 2000. Identifying a Short Functional Disability Screen for Older Persons. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 55A(12), M750-M756.
- Sandelowski M 1994. Focus on Qualitative Methods. The Use of Quotes in Qualitative Research. *Research in Nursing and Health*, 17(6), 479-482.
- Santos-Eggimann B, Zobel F & Bérod AC 1999. Functional Status of Elderly Home Care Users: Do Subjects, Informal and Professional Caregivers Agree? *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(3), 181-186.

- Schaie 1996. Intellectual development in adulthood. In: Birren JE & Schaie KW (eds.) *Handbook of The Psychology of Aging*, 266-286. CA Academic Press, San Diego.
- Schutz SE 1994. Exploring the benefits of a subjective approach in qualitative nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 412-417.
- Seitamaa-Hakkarainen P 2001. Tutkimusmenetelmät, sisällön analyysi. <http://metodix.com>. (Last modified 13.11.2001) Luettu 10.1.2002
- Shelkey M & Wallage M 2002. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). *Dermatology Nursing*, 14(3), 192-193.
- Shichita K, Hatano S, Ohashi Y, Shibata H & Matuzaki T 1986. Memory Changes in the Benton Visual Retention Test Between Ages 70 and 75. *Journal of Gerontology*, 41(3), 385-386.
- Shyu Y-IL & Lee H-C 2002. Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(4), 398-406.
- Siitonen J 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. *Acta Universitatis Ouluensis E 37*. Oulun yliopisto, Opettajainkoulutuslaitos, Oulu.
- Sitzman K & Eichelberger LW 2004. *Understanding the Work of Nurse Theorists: A Creative Beginning*. Jones and Bartlett Publishers, Boston.
- Sonn U, Törnquist K & Svensson E 1999. The ADL Taxonomy – from Individual Categorical Data to Ordinal Categorical Data. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6, 11-20.
- Sorrel JM & Redmond GM 1995. Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnografic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1117 - 1122.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006. Kauppinen S, Niskanen T & Virtanen S (toim.) Stakes, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös: Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Julkaisuja 4. Edita, Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003. Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Kansainvälisten asian toimisto. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. STM, Perhe- ja sosiaaliosasto. Tiedote 7.6.2006.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (KASTE) 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä

2008:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankk/sote/index.htx_Luettu: 16.4.2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:11. Helsinki.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/02/hu1202295671987/passthru.pdf> Luettu 26.4.2008.

Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J & Rubenstein LZ 1993. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet*, Oct 23, 342, 1032-1036.

Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Bula CJ, Gold MN, Yuhas KE, Nisenbaum R, Rubenstein LZ & Beck JC. 1995. A trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessment for Elderly People Living in the Community. *New England Journal of Medicine*, 333(18), 1184-1189.

Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillman G, Egli C, Kesselring A, Leu RE & Beck JC 2000. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling People at Low and High Risk for Nursing Home Admission. *Archives of Internal Medicine*, 160(10), 977-986.

Suomen kuntaliitto 1998. Itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIMSM) Versio 3.1. Opas kuntoutuksen seuranta- ja arviointijärjestelmään. Helsinki.

Suutama T 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, 76-108. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.

Tabert MH, Albert SM, Borukhova-Milov L, Camacho Y, Pelton G, Liu X, Stern Y & Devanad DP 2002. Functional deficits in patient with mild cognitive impairment. Prediction of AD. *Neurology* 58(5), 758-764.

Takkinen S 2000. Meaning in life and its relation to functioning in old age. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research*, 167. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

Teinonen T, Vahlberg T, Isoaho R & Kivelä S-L 2002. Uskonnollisen osallistumisen yhteydet sosioekonomisiin tekijöihin, sosiaaliseen osallistumiseen sekä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen eläkeläisillä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39(2), 88-98.

Tienari P & Haltia M 2001. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa: Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K & Soininen H (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, 105- 121. Duodecim, Helsinki.

Tilastokeskus 2004. Kuntapuntari. Väestön ikääntyminen 2. Edita, Helsinki.

- Tilastokeskus 2006. Suomen tilastollinen vuosikirja. Tilastokeskus, Helsinki.
- Tilvis R 2000. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa: Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A & Sulkava R (toim.) Geriatria, 21-31. Duodecim, Helsinki.
- Tomey AM & Alligood MR 2006. Nursing Theorists and Their Work. Mosby, St. Louis.
- Tornstam L 1997. Gerotranscendence in a Broad Cross Sectional Perspective. Journal of Aging and identity, 2(1), 17-36.
- Truscott DJ 2000. Cross-cultural Ranking of IADL Skills. Ethnicity & Health, 5(1), 1-8.
- Tulevaisuusvaliokunta 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/tuv_terveydenhuollontulevaisuus. Luettu 10.10.2007.
- Turunen KE 1992. Arvojen todellisuus. Johdatus arvokasvatukseen. Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.
- Tynjälä P 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmentelmien luotettavuudesta. Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja Kasvatus 22(5-6), 387-398.
- Töttö P 1997. Pirullinen positivismi. Kysymyksiä laadulliselle tutkimukselle. Vastapaino, Tampere.
- Töttö P 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaalitutkimuksessa. Vastapaino, Tampere.
- Uhari M & Nieminen P 2001. Epidemiologia ja biostatistiikka. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Uotinen V 1995. Minkälainen ihminen on vanha? Ikästereotypiat tuttua vanhaa ihmistä koskevissa kuvauksissa. Gerontologia 9(3), 165-173.
- Uotinen V, Suutama T & Raitanen T 2004. Persoonallisuuspsykologian näkökulmia ikääntymiseen. Teoksessa: Raitanen T, Hänninen T, Pajunen H & Suutama T (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, 109-131. Werner Söderström Osakeyhtiö, Helsinki.
- Vaarama M 2004. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoitopalvelut – Nykytila ja vuosi 2015. Kautto M (toim.) Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33,133-198. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki.
- Vaarama M & Kaitsaari T 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M & Kautto M (toim.) Suomalaisten hyvinvointi, 120-148. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.

- Vaarama M & Lehto J 1996. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988-1994, 39-60. Teoksessa: Viialainen R & Lehto J (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportteja 192. Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes, Helsinki.
- Vaarama M, Luomahaara J, Peiponen A & Voutilainen P 2001. Koko kunta ikääntyneiden asiassa. Näkökulmia ikääntyneiden itsenäisen selviytymisen sekä hoidon ja palvelun kehittämiseen. Raportteja 259. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Helsinki.
- Vaarama M, Voutilainen P & Kauppinen S 2002. Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa: Heikkilä M & Parpo A (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Raportteja 268. Stakes, Helsinki.
- Valderrama Gama E, Damian J, del Molino JP, Lopez MR, Perez ML & Iglesias FJG 2000. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing* 29(3), 267-270.
- Valtioneuvoston kanslia 2006. Ikärakenteen muutokseen varautuminen. Tulevaisuuden selonteon linjausten eteneminen vuonna 2005. Valtioneuvoston kanslian raportteja 5/2006. <http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2006/r05-ikarakenteen-muutokseenvarautuminen/pdf/fi.pdf> Luettu 13.4.2008.
- Valvanne J 1992. Vanhusten terveystarkastuslöydösten ennustemerkitys. Helsinkiläisten 75-, 80- ja 85-vuotiaiden yhden vuoden seuranta tutkimus. Diss. Helsingin yliopisto. Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Valvanne J 1993. Toimintakyvyn heikentymistä ennakoivat kliiniset havainnot. *Gerontologia* 7(4), 245-256.
- Valvanne J, Erkinjuntti T & Tilvis R 1992. Helsingin vanhustutkimus. Helsinkiläisten 75-, 80- ja 85-vuotiaiden terveydentila, toimintakyky ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportteja 71. Helsinki.
- Valvanne J & Tilvis R 1994. Vanhuksen oman ja lääkärin terveysarvion ennusteellinen merkitys. *Gerontologia* 8(3), 133-139.
- Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001, 1996. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1996:1. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Viramo P & Sulkava R 2006. Epidemiology of the memory disorders and dementia. In: *Memory Disorders and Dementia* (eds.) Erkinjuntti T, Alhainen K, Rinne J, Soininen H, 23-39. Duodecim, Helsinki.
- Voutilainen P & Kaskiharju E 2007. Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa. Teoksessa: Voutilainen P (toim.) Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi, 18-28. Raportti 2/2007. Stakes, Helsinki.

- Voutilainen P, Kauppinen S, Heinola R, Finne-Soveri H, Sinervo T, Kattainen E, Topo P & Andersson S 2007. Katsaus ikääntyneiden kotihoidon kehitykseen, 154-191. Teoksessa: Heikkilä M & Lahti T (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes, Helsinki.
- Vuori U & Eloniemi-Sulkava U 2001. Yksinasuvan dementiapotilaan kotihoidon tukeminen. Suomen dementiahoitoyhdistys ry, Helsinki.
- Wallin M & Vaara M 2003. Fim (SM) 5,0 -toimintakykymittarin käyttö Ikä-hankkeessa. Menetelmän kuvaus. Terveys- ja sosiaaliturvan selosteita 27. Kela, Helsinki.
- Whetstone LM, Fozard JL, Metter EJ, Hiscock BS, Burke R, Gittings N & Fried LP 2001. The Physical Functioning Inventory: A Procedure for Assessing Physical Function in Adults. *Journal of Aging and Health*, 13(4), 467-493.
- Whittle H & Goldenberg D 1996. Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2), 220-227.
- WHO - Stakes 2004. ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. World Health Organization, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki.
- Williams BC, Li Y, Fries BE & Warren RL 1997. Predicting Patient Scores Between the Functional Independence Measure and the Minimum Data Set: Development and Performance of a FIM-MDS "Crosswalk". *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*. 78(1), 48-54.
- Yu S 1995. A Study on Functioning for Independent Living among the Elderly in the Community. *Public Health Nursing*, 12(1), 31-40.
- Åstedt-Kurki P 1994. Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 6 (1), 2-7.
- Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T, Paavilainen E & Lehti K 2002. Development and Testing of a Family Nursing Scale. *Western Journal of Nursing Research* 24(5), 567-579.
- Åstedt-Kurki P & Heikkinen R-L 1994. Two approaches to the study of experiences of health and old age: the thematic interview and the narrative method. *Journal of Advanced Nursing*, 20(3), 418-421.

Kiitokset

Iäkkäiden itsenäinen selviytyminen kotona on nyt ja tulevaisuudessa keskeisiä yhteiskunnallisia kysymyksiä. Tämä tutkimus sai alkunsa kiinnostuksesta siihen, minkälaista tietoa ja miten on tarkoituksenmukaista hankkia iäkkäiden ihmisten kotona suoriutumista ja niistä tekijöistä, jotka tukevat kotona suoriutumista. Tutkimuksen etenemiselle on ollut tärkeää asiantuntevan ja kannustavan ohjauksen mahdollisuus. Erityisesti kiitän Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen ohjaajiani professori Päivi Åstedt-Kurkea ja professori Eija Paavilaista asiantuntevasta, pitkäjänteisestä ja kärsivällisestä ohjauksesta, jonka avulla tutkimusraportti rakentui ja jäsenyi. Työn käynnistymisestä kiitos kuuluu professori Marita Paunoselle. Esitarkastajia professori Helena Leino-Kilpeä ja dosentti Päivi Voutilaista kiitän asiantuntevasta, perusteellisesta ja huolellisesta tarkastustyöstä, jonka avulla tutkimusraportti merkittävästi kehittyi. Lisäksi kiitän Tampereen yliopiston terveystieteen laitoksen arvokkaasta tilastomatemaattisesta avusta ja tuesta, jota antoivat laboraattori Raili Salmelin ja Tiina Parviainen.

Tutkimusprosessin aikana olen saanut kannustusta ja tukea monilta henkilöiltä, joita kiitän näin yhteisesti. Monien antoisien keskustelujen avulla olen jaksanut viedä prosessia eteenpäin. Kiitos kuuluu myös kaikille ystäville, opiskelijatovereille Tampereella ja ammattikorkeakoulu Stadiassa opettajakollegoille ja esimiehille, joiden kanssa olen voinut keskustella aiheestani ja siihen liittyvistä ongelmista. Tyttäreltäni Kati Tiikaselta olen saanut merkittävää apua englannin ja suomen kielen ongelmissa sekä lukuisissa käytännön asioissa. Tietoteknisissä pulmissa apua on aina tarjonnut Katin puoliso Matias Ärje. Työni etenemistä on helpottanut tuntuvasti Helsingin yliopiston Terkon ja Stadian kirjastojen osaava ja avulias henkilökunta. Taloudellisesti väitöskirjatyötä ovat tukeneet: Helsingin kaupunki, Sairaanhoitajien koulutussäätiön AD -rahasto, Hoitotieteen historian seura ry, Suomen sairaanhoitajaliiton Uudenmaanpiiri ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen ja toimintakyvyn mittareita kehittäviä ja testaavia tutkimuksia

<i>Tutkija, julkaisu-vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/johtopäätökset</i>
Bathen T & Vardeberg K 2001. Test-Retest Reliability of the Sunnaas ADL Index.	Tutkittiin Sunnaas ADL-indeksin toistettavuutta. Otos: Kuntoutussairaalan 44 potilasta sairaalaan tullessa ja sieltä lähtiessä.	Mittarit: Sunnaas ADL - indeksi, joka käsittää 12 hierarkkisesti järjestettyä toimintoa (P-ADL ja I-ADL). Analyysit: T-testi, Pearsonin korrelaatiokerroin, lineaarinen regressioanalyysi.	Todettiin korkea yhdenmukaisuus eri testikerroilla, hyvä toistettavuus ja ADL-mittari reliabeliksi kokonaisuudessa ja alatasoilla.
Brach JS, Van Swearingen JM, Newman JM & Kriska AM 2002. Identifying early decline of physical function in community-dwelling older women: performance-based and self-report measures.	Verrattiin kotona asuvien naisten fyysisen toimintakyvyn kuvauksia, jotka saatiin suorituspohjaisilla ja itseraportointi-mittareilla. Otos: 170 kotona asuvaa naista, keski-ikä 74,3 vuotta. Seurantatutkimus.	Mittarit: perus -ADL, välineelliset toiminnot (IADL), toimintakyvyn arviointi (FSQ), sosiaaliset aktiviteetit (SA) (tavata perhettä ja ystäviä, kulkemisenopeus, (PPT) 7-osioinen fyysisen suoriutumisen testi: lauseen kirjoittaminen, syömissimulaatio, kirjan nostaminen olkapään korkeudelle, jakun pukeminen, pennin poimiminen lattialta, 360 asteen kääntyminen ja 15,2 m kävely. Analyysi: kuvailevat tunnusluvut.	Suurin osa pisteitti korkeammalle itsearvioidun toimintakyvyn (ADL 77%, IADL 61%, SA 95%), ja 7% pisteitti korkeammalle PPT:n ja 30% kulkemisenopeuden. Terveystilaan oli tyytyväinen 83 % ja 60 % saavutti itsearvioidun toiminta-kyvyn tason. Suoritusmittareilla tunnistettiin enemmän rajoituksia fyysisissä toiminnoissa kuin itsearvioituilla mittareilla.
Edwards MM 1990. The Reliability and Validity of Self-Report Activities of Daily Living Scales.	Arvioitiin fyysisen itsehoidon ja välineellisten toimintojen mittarin reliabiliteettia ja validiteettia iäkkäillä sairaalapotilailta. Otos: 30. Haastattelut, havainnointi.	Mittarit: ADL, PSMS (fyysinen itsehoito) ja IADL (välineelliset toiminnot), MMSE, FIM (toiminnallisen riippumattomuuden mittari, GDS (geriatriksen depression mittari) Analyysi: keskiarvot, hajonnat, korrelaatiot.	Todettiin, että molemmissa toiminnoissa sisäinen reliabiliteetti ja uudelleen mittausreliabiliteetti olivat hyvät. Todettiin myös potilaiden arvioivan oman toimintakykynsä paremmaksi kuin ulkopuolinen tarkkailija.

Liite 1-2

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Frederiks CMA, teWierik MJM, Visser APh. & Sturmans F 1991. A scale of functional status of the elderly living at home.	Tutkittiin, miten taloustöistä suoriutumisen (7) ja päivittäisten toimintojen (6) lista kuvaa toimintakykyä. Otos 2451, postikysely kotona asuville yli 55 -vuotiaille.	Yhdistetty asteikko (ADL + HHA), joka soveltuu kotona asuille iäkkäille, ja jolla oli tyydyttävä Guttman -kerroin.	Luotu instrumentti soveltuu kotona käytettäväksi, se vaatii vielä testaamista. ADL- ja HHA- asteikoilla todettiin vastaavuus, ja hierarkkinen järjestys. Reliabiliteetti ja validiteetti todettiin hyväksi.
George LK & Fillenbaum GG 1985. OARS Methodology. A Decade of Experience in Geriatric Assessment.	Kuvataan OARS (the Older Americans Resources and Services) toimintakykyisyyden arviointimenetelmä. Käyttöä mitattiin 24 palvelumuodossa.	OARS: sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat, psykkinen ja fyysinen terveys ja päivittäiset toiminnot (ADL, IADL). Analyysit: kuvailevat tunnusluvut, faktorianalyysi.	OARS -mittari tarjoaa relevanttia tietoa. Rajoituksina todetaan, että mittarista puuttuu tieto ympäristöstä, palvelun tarve on epätarkka, sensitiivisyys ei ole hyvä ja toimintakyvyn muuttuminen vaikeuttaa arviointia.
Helmes E, Csapo KG & Short JA 1987. Standardization and Validation of the Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects (MOSES).	Kehitettiin ja normitettiin iäkkäiden kognitiivisen ja psykososiaalisen toiminnan monidimensionaalinen arviointilomake (Multidimensional Observation Scale = MOSES) Otos 2391 yli 65 - vuotiasta. (7 psykiatrista palvelu- yksikköä, 22 hoitokotia, 9 vanhusten taloa ja 7 jatkoahoito-sairaala). Arvioinnin suoritti henkilökunta.	Mittarit: monidimensionaalinen havainnointiasteikko. 40 -osioinen testi: itsehoitotoiminnot, desoritoitunut, tuskinainen, ärtynyt ja vetäytynyt käytös sekä depressio. Analyysit: faktorianalyysi, korrelaatiokerroin, varianssianalyysi.	Osioilla oli voimakas yhteys toisiinsa; sekavuuden ja emotionaalisten häiriöiden lisääntyessä vähenivät itsehoitotaidot. MOSES -asteikon todettiin soveltuvan hyvin laitoksissa hoidettavien vanhusten fyysisten, kognitiivisten ja emotionaalisten toimintojen arviointiin. MOSES -mittari ennusti validisti hoitotulosta. Itsehoito-osion reliabiliteettiarvot olivat korkeita, depressio-osion arvot jäivät mataliksi.
Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA & Jaffe MW 1963. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function.	Kuvataan ADL - indeksin standardisointia ja käyttöä 1001:lla avohoidossa ja sairaalassa olevalla henkilöllä.	Mittarit: ADL (peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti, liikkuminen sisällä, virtsan pidätyskyky, syöminen).	Todetaan toimimisen ADL -toiminnoissa tapahtuvan samassa järjestyksessä kuin lasten kehitys, joten päätellään sen perustuvan biologiseen ja psykososiaaliseen toimintaan, sekä neurologiseen ja motoriseen perustaan.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Katz S, Downs TD, Cash HR & Grotz RC 1970. Progress on Development of the Index of ADL.	Tarkoituksena kuvata ja testata toiminnan mittaria (ADL - indeksiä).	Mittarit: ADL (peseytyminen, pukeutuminen, W:ssä käynti, liikkuminen sisällä, virtsan pidätyskyky, syöminen)	ADL -indeksin todettiin olevan laajasti sovellettavissa, sensitiivinen ja objektiivinen, se ennusti paremmin kuin psyykkisen tai fyysisen toiminnan mittarit pitkän aikavälin tuloksia liikkumisen suhteen.
Katz S 1983. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living.	Esiteltiin tutkimusten pohjalta (22) itsehoitomittarien luotettavuutta.	Mittari ADL, BADL ja liikkuminen & IADL.	BADL- ja IADL -mittarit todettiin hyödyllisiksi. Mittarit todettiin valideiksi ja reliaabeleiksi kliiniseen arviointiin. Niiden avulla voidaan tunnistaa hoitoa vaativia ongelmia.
Kempen GI Suurmeijer TP 1990. The Development of a Hierarchical Polychotomous ADL-IADL Scale for Noninstitutionalized Elders.	Testattiin 18 päivittäisen toiminnon hierarkkista asteikkoa. Otos käsitti 101 yli 60 -vuotiaasta kotona asuvaa.	ADL (11)- ja IADL (7)-mittarit. Kukin osio mitattiin 3 kysymyksellä. Tilastolliset analyysit: pääkomponentti-analyysi, Cronbachin alpha, Guttman skaala.	Tulokset vahvistivat, että on mahdollista rakentaa yksidimensionaalinen, hierarkkinen ”polykotoominen” asteikko iäkkäiden toiminnallisten ongelmien mittaamiseen.
Landi F, Tua E, Onder G, Carrara B, Scadari A Rinaldi C, Gambassi G, Lattanzio F & Bernabei R 2000. Minimum Data Set for Home Care. A Valid Instrument to Assess Frail Older People Living in the Community.	Tavoitteena oli osoittaa ”Minimum Data Set assessment instrument for Home Care (MDS-HC)-mittarin mahdollisuudet löytää toiminnallisia ja kognitiivisia vajeita. Poikittais- ja kokonaistutkimus: 95 kotihoitopotilasta.	Mittarit: MDS-HC: kuulo, näkö, mieliala ja käyttäytyminen, sosiaalinen toiminta ja tuki, fyysinen toimintakyky (ADL ja IADL), liikkuminen, kestävyys, toimintapotentiaali, diagnoosit, pidätyskyky, terveydentila, kognitio (CPS), Barthel -ADL ja -IADL, MMSE. Analyysit: Pearsonin korrelaatiokerroin, lineaarinen regressioanalyysi.	Yhdenmukaisuus oli MDS-ADL ja Barthel -indeksin välillä, MDS-IADL ja Lawton -indeksin välillä sekä kognitiivisen asteikon ja MMSE:n välillä. Todettiin MDS-HC -mittarin olevan validi toimintakyvyn ja kognitiivisen vajeen arviointiin kotona asuvilla heikkokuntoisilla iäkkäillä.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Lawton MP & Brody EM 1969. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living.	Testattiin kahta toimintakyvyn aluetta: fyysinen itsehoito (Langley-Porter Physical Self-Maintenance Scala) =PSMS ja välineelliset päivittäiset toiminnot =IADL. Otos 265 erilaisessa avohoidossa olevaa yli 60 -vuotiasta.	Mittarit: PSMS, ADL ja IADL (puhelimien käyttö, ostosten teko, ruuan valmistus, talouden hoito, pyykin pesu, liikennevälineiden käyttö, lääkkeiden otto ja raha-asioiden hoito). Lääketieteellinen tila, orientaatio, muisti, käyttäytyminen. Guttman-skaala. Analyysi: Pearsonin korrelaatiokerroin.	Todettiin, että PSMS ja IADL olivat hyödyllisiä moniammatillista suunnittelua ja arviointia varten. Mittarit arvioitiin valideiksi.
Lawton MP 1970. Assessment, Integration and Environments for Older People.	Tarkoituksena löytää menetelmä, jolla arvioidaan iäkkäitä erilaiseen hoitoympäristöön. Kirjallinen selvitys.	Arvioitiin: elämän ylläpitäminen, toiminnallinen terveys, havainto- ja kognitiivinen toiminta, fyysinen ja välineellinen itsensä hoito, luovuus ja vaikuttaminen sekä sosiaaliset roolit.	Ehdotettiin, että hoitoympäristön valinnassa on otettava huomioon, miten ihminen suoriutuu elämislle tärkeistä tehtävistä.
Lawton MP 1971. The Functional Assessment of Elderly People.	Kuvattiin erilaisia iäkkäiden toimintakyvyn arviointitekniikoita. Kirjallinen selvitys.	Mittarit: fyysinen terveys ja itsehoito, välineelliset toiminnot (IADL), psyykinen tila (MSQ), sosiaaliset roolit ja aktiviteetit (MSBS), asenteet ja elämään tyytyväisyys, psykiatrinen tila.	Todettiin, että vaikka ko. testit eivät ole täydellisiä, niin ne auttavat käytännön työntekijää hoidon suunnittelussa ja hoitopaikan valinnassa.
Mäkinen E 1991. Classifying Disability in Supervised Out-Patient Care. A comparative study with Joensuu classification and four other methods. Vajaakuntoisuuden luokittelu valvotussa kotisairaanhoidossa. Joensuu -luokitusta ja neljää muuta menetelmää vertaileva tutkimus.	Tarkoituksena kehittää kotisairaanhoidon käyttöön toimintakyvyn luokitusmenetelmä ja arvioida sitä. Otos 460 valvotun kotisairaanhoidon potilasta. Keski-ikä 75,7 vuotta.	Mittarit: BADL, IADL, sairastavuus, toiminnan rajoitukset ja vajaakuntoisuus, lääkkeiden käyttö, muistitoiminnot, avun saanti, demograafiset piirteet ja sopiva hoitopaikka. Analyysit: ristiintaulukointi, logistinen regressioanalyysi.	Todettiin Joensuu-luokituksen toistettavuus, herkkyyks ja kyky ennustaa laitoshoidon sijoittumista hyvin. Antaa tietoa päivittäisen elämisen perustoiminnoista ja muistihäiriön asteesta. Etuna todettiin parempi puuttuvan tiedon sieto ja toistettavuus.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Pfeiffer E, Johnson TM & Chiofolo RC 1981. Functional Assessment of Elderly Subjects in Four Service Settings.	Tutkittiin toimintakyvyn heikkenemistä toimintakyvyn mittarin FAI:n avulla. Eri palvelumuodoissa olevia iäkkäitä: hoitokoti, palveluasuminen, aikuisten päiväkeskus ja seniorikeskus. Otos: 244. Haastattelut.	Mittarit: Lyhennelmä SPMSQ:sta: sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat, mielenterveys, fyysinen terveys, ADL. Analyysit: korrelaatiokerroin, varianssianalyysi.	Hoitokodissa olevilla oli heikkenemistä kaikissa osioissa. Todettiin, että FAI:n käyttöä voi suositella iäkkäiden hoito- paikkojen valinnassa. Todettiin korkeat korrelaatiot ADL- toimintojen ja mielenterveyden välillä sekä ADL- toimintojen ja fyysisen terveyden välillä. Tarvitaan lisää tutkimuksia FAI:n reliabiliteetin ja validiteetin suhteen.
Pfeiffer BA, Mc Clelland T & Lawson J 1989. Use of Functional Assessment Inventory to Distinguish Among the Rural Elderly in five Service Settings.	Tutkittiin toimintakyvyn arviointimittarin (FAI) ”The functional assessment inventory” kykyä erotella iäkkäitä eri palvelumuodoissa: mielenterveysyksikkö, hoitokoti, kotihoito ja vanhustenkeskus ja terveet. Otos 125. Haastattelu, arviointi.	Mittarit: lyhennelmä SPMSQ:sta: sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat, mielenterveys, fyysinen terveys ja ADL. Analyysit: varianssianalyysi.	Todettiin FAI:n erottelevan reliaabelisti iäkkäitä erilaisissa palvelumuodoissa. Muodostui kolme kokonaisuutta: laitoshoito, kotihoito ja vanhusten keskus. Todettiin korkeat korrelaatiot ADL- toimintojen ja mielenterveyden välillä sekä ADL- toimintojen ja fyysisen terveyden välillä.
Reuben DB & Solomon DH 1989. Assessment in Geriatrics. Of Caveats and Names.	Kuvattiin toimintakyvyn (CGA) arvioinnin täydentämistä kolmannella tasolla, AADL (advanced activities of daily living), joka käsittää korkeatasoisia tai kehittyneitä päivittäisen elämisen toimintoja.	Mittarit: BADL, IADL, AADL (= toimintoja, jotka edustavat elämisen laatua, tahdonalaista ja yhteiskuntaan suuntautuvaa sosiaalista toimintaa).	Todetaan, että toiminnallisuus tai suoriutuminen on erotettava siihen yhteydessä olevista tai vaikuttavista tekijöistä, joita ei voi mitata suoriutumisen termeillä, kuten lääketieteelliset ongelmat, kognitioon ja tunnetilaan liittyvät tekijät, sosiaalinen tuki, taloudelliset tekijät sekä ympäristöön ja elämänlaatuun liittyvät tekijät.

Liite 1-6

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Reuben DB, Hiris J, Laliberte L & Mor V 1990. A Hierarchical Exercise Scale to Measure Function at the Advance Activities of Daily Living (AADL) Level.	Testattiin mittavälinettä kehittyneiden elämisen toimintojen (AADL) arviointiin. Otos: 736 Puhelinhaastattelu.	Mittarit: AADL (yksilöharrastukset, matkustelu, omaehtoinen työskentely, osallistuminen sosiaalisiin ja uskonnollisiin ryhmiin sekä fyysistä aktiiviteettia vaativat toiminnot). Analyysit: varianssianalyysi ja Khiin neliö.	Liikuntaharrastukset korreloivat positiivisesti kehittyneisiin sosiaalisiin toimintoihin, terveydentilaan ja psyykkiseen terveyteen. Vajeen todettiin näissä toiminnoissa ilmenevän yleensä ennen perus- ja välineellisten toimintojen vajetta, jolloin mittaria voitaisiin käyttää varhaisen toiminnallisen vajavuuden arviointiin. AADL – mittari arvioitiin sensitiiviseksi, ja rakenne- ja ennustevaliditeetti hyväksi.
Robinson BE, Lund CA, Keller D & Cuervo CA 1986. Validation of the Functional Assessment Inventory Against a Multidisciplinary Home Care Team.	Validoitiin toimintakyvyn arvioinnin mittaria (FAI). Otos: 30 yli 60 -vuotiaista kotihoitopotilasta. Haastattelu ja arviointi.	Mittari FAI: mielen-terveys, fyysinen terveys, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat ja ADL. Analyysit: t-testi, Kappa, korrelaatiokerroin.	Tutkijan ja kotisairaanhoidon moniammatillisen työryhmän arvioinnin yhdenmukaisuus oli hyvä, toimintakyvyn mittari todettiin validiksi.
Saliba D, Orlando M, Wenger NS, Hays RD & Rubenstein LZ 2000. Identifying a Short Functional Disability Screen for Older Persons.	Tutkittiin lyhennetyin ADL- ja IADL -listan soveltuvuutta terveystarkistuksen arviointiin. Otos: 9865 kotona asuvaa iäkästä.	Mittarit: ADL- ja IADL -osiot (11). Analyysit: IRT-analyysi, Khiin neliö, logistinen malli.	Todettiin lyhennetty lista (ostosten teko, kevyet taloustyöt, kävely, peseytyminen ja raha-asioiden hoito) käyttökelpoiseksi sekä miehille että naisille ja kaikille ikäryhmille.
Truscott DJ 2000. Cross-cultural Ranking of IADL Skills.	Tutkittiin, miten eri kulttuurisen taustan omaavat lääkärit arvioivat perus-(ADL) ja välineellisen toiminnon (IADL) taitoja iäkkäillä kotona. Otos: 236 lääkäriä 11:sta erilaisesta kulttuurista.	Mittarit: ADL, IADL (12 toimintoa): pukeminen, hygienia, puhelin, ostosten teko, syöminen, lääkitys, raha-asiat, taloudenhoito, pyykki, liikennevälineet, ulkona ja sisällä liikkuminen. Kuvailevat tunnusluvut. Lääkärit arvioivat osiot.	Todettiin, että IADL-mittaria voidaan käyttää toimintakyvyn mittaamiseen yleismaailmallisesti. Lisätutkimukset lisäävät reliabiliteettia.

Liite 1-7

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Whetstone LM, Fozard JL, Metter EJ, Hiscock BS, Burke R, Gittings N & Fried LP 2001. The Physical Functioning Inventory: A Procedure for Assessing Physical Function in Adults.	Kuvattiin fyysisen toimintakyvyn mittari. Arvioitiin sisäistä ja uudelleen mittauksen reliabiliteettia. Otos: 392 kotona asuvaa aikuista. Puhelinhaastattelu.	Mittarit: PFI (Physical Functioning Inventory): ADL, IADL ja vaativia toimintoja (reipas harjoittelu, aktiviteetit) Liikkuminen: portaiden ja puolen mailin kävely, kumartuminen, kyykistyminen, golf, keilaaminen, imurointi, puutarhan hoito, hölkkääminen, aerobinen harjoittelu, raskaat työt, mailapelit. Kuvailevat tunnusluvut, korrelaatiot.	Instrumentti todettiin reliabeliksi ja tehokkaaksi löytämään varhaisvaiheen kyvyttömyyttä suoriutua ADL-, IADL -toiminnoista ja liikkumisesta. Se oli vähemmän reliabeli havaitsemaan vaativia toimintoja. Yhdenmukaisuusprosentit vaihtelivat 63 – 100 %.
Williams BC, Li Y, Fries BE, Warren RL & 1997. Predicting Patient Scores Between the Functional Independence Measure and the Minimum Data Set: Development and Performance of a FIM-MDS "Crosswalk".	Verrattiin FIM- (Functional Independence Measure) ja MDS- (Minimum Data Set) mittareita muunnoskaavan avulla eri hoitomuodoissa. Otos: 173 kuntoutuspotilasta kuudesta hoitokodista.	FIM- ja MDS -mittarit muunnettiin vertailukelpoisiksi. Analyysit: Spearmanin korrelaatiokerroin	Todettiin, että FIM- ja MDS -osioita voidaan käyttää ennustamaan toistensa pisteitä täsmällisesti, joten on mahdollista verrata kuntoutuspotilaita avo- ja laitoshoidossa. Reliabiliteetti täytyy todentaa toisenlaisissa tilanteissa.

Tutkimuksia, joissa on käytetty päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen mittareita

<i>Tutkija, julkaisu-vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/johtopäätökset</i>
Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL & Urdangarin CF 2001. A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management.	Tutkittiin avopotilaiden geriatrisen arvioinnin ja hoidon vaikutuksia (GEM) riskialttiiden iäkkäiden toimintakykyyn ja palvelujen käyttöön. Otos: 568 yli 70 -vuotiasta.	Mittarit: kognitio, toimintakyky: sairausprofiili (fyysinen toiminta, depressio-oireet, yleinen terveydentila, kuolleisuus, palvelujen käyttö), vuodepäivät, rajoitetun aktiivisuuden päivät. Analyysit: prosentit, Khiin neliö, t-testi, regressioanalyysi.	Interventioryhmällä on merkittävästi vähemmän heikkoa toimintakykyä, rajoitteita päivittäisissä toimissa ja depressiota sekä kotipalvelujen käyttöä. GEM hidasti toimintakyvyn heikentymistä. Käytetyt mittarit olivat valideja ja reliaabeleja.
Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy R.C, Hsieh F, Phibbs C & Lavori P 2002. A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management.	Tutkittiin geriatristen hoito-ohjelmien vaikutuksia. Otos: yli 65-vuotiaita 1388 (11 veteraanien terveyskeskusta). Tutkimuspaikat: sairaalan geriatrisen tai tavallinen osasto ja geriatrisen tai tavallinen avovastaanotto.	Interventiona oli geriatrisen tai yleinen hoito. Tulokset mitattiin 36 -osioisella terveystilalla, johon kuului BADL- ja IADL -suoriutuminen. Analyysit: regressioanalyysi ja t-testi.	Geriatristen sairaalaosastojen potilailla tapahtui vähenemistä toimintakyvyn heikkenemisessä. Geriatrisilla avohoitoklinikoilla tapahtui paranemista mielenterveydessä geriatristen hoito-ohjelmien vaikutuksesta.
Jylhä M & Hervonen A 1999. Functional status and need of help among people aged 90 or over: a mailed survey with a total home-dwelling population.	Testattiin postikyselyä yli 90 -vuotiailla ja selvitettiin itsearvioitua toimintakykyä ja avun tarvetta kuolleisuuden ja laitoshoidon joutumisen ennustajina. Otos: 448.	Mittarit: päivittäiset toiminnot Tilastolliset menetelmät: Khiin neliö -testi, logistinen regressiomalli, Cox'in malli.	Kuolleisuutta ennusti: vuoteeseen sidottu, ei käy ostoksilla, ei lue sanomalehtiä, jatkuva avun tarve. Yli 90 -vuotiaat olivat heterogeenien ryhmä. Todettiin voitavan käyttää postikyselyä myös tällä ikäryhmällä. Validiteetti oli hyvä, reliabiliteetti vaatii lisätutkimuksia.
Katz PR, Dube DH & Calkins E. 1985. Use of Structured Functional Assessment Format in a Geriatric Consultative Service.	Tutkittiin lääkärijohtoisen laajan toimintakyvyn arvioinnin hyötyä. Otos: 51 potilasta, keski-ikä 78 vuotta.	Mittarit: fyysinen ja psyykinen terveys (MMS, FAI), sosioekonominen tilanne, päivittäiset toiminnot (ADL). Analyysit: Khii toiseen, t-testi, Pearsonin korrelaatiokerroin.	Todettiin, että arviointi voidaan tehdä tehokkaasti ja sen avulla pystytään tunnistamaan uusia lääketieteellisiä, psykologisia, sosiaalisia ja muita ongelmia. Mittari on todettu validiksi ja reliaabeliksi.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Katz S & Stroud MW 1989. Functional Assessment in Geriatrics. A Review of Progress and Directions.	Kuvataan tutkimusta, jossa toimintakykyä arvioitiin päivittäisten perustoimintojen (ADL) avulla.	Mittarit: peseytyminen, pukeutuminen, WC:ssä käynti, liikkuminen sisällä, pidätyskyky, syöminen.	Todettiin mittareilla saatavan hyödyllistä informaatiota hoidon tehokkuudesta ja toiminnallisista tuloksista.
Lee T, Kovner CT, Mezey MD & Ko I-S 2001. Factor Influencing Long-Term Home Care Utilization by the Older Population: Implications for Targeting.	Tutkittiin tekijöitä, jotka vaikuttavat pitkäaikaishoitopaikan valintaan ja pohdittiin kotihoitoon valittavien kriteereitä. Otos käsitti 134 iäkstä, joista puolet oli laitoksessa ja puolet kotona.	Mittareita: Kyselylomake, jossa ADL (lähinnä perustoiminnot), kognitiivinen tila (lyhytmuisti, orientaatio, päätöksenteko, kommunikaatio ja pukeutumistaito) ja sosiodemografiset tekijät. Analyysit: frekvenssit, prosentit, t-testi, Khiin neliö.	Tuloksena oli, että kotihoito-ohjelmassa olevilla oli vähemmän kognitiivista vajetta, vähemmän rajoituksia päivittäisissä toimissa ja olivat nuorempia. Todettiin, että terveyteen liittyvät tekijät olivat tärkeämpiä kuin sosiodemografiset tekijät. Kriteereitä pidettiin tarkoitukseen sopivina.
Sonn U, Törnquist K & Svensson E 1999. The ADL Taxonomy – from Individual Categorical Data to Ordinal Categorical Data.	Tarkoituksena oli määrittää toimintojen kategorinen järjestys ja verrata yksilöiden jakaantumista kullekin toiminnan tasolle. Otokset: kotiapua saavat yli 65 -vuotiaat (684), toimintaterapiaa eri paikoissa saavat (373) ja aivohalvauksen poteneet (226).	Mittari: ADL, johon kuului 12 osiota (syöminen ja juominen, liikkuminen, WC:ssä käynti, hygienia, pukeutuminen, kommunikaatio, liikennevälineet, ruuanlaitto, ostoksilla käynti, siivoaminen ja pyykinpesu). Analyysit: Kruska- Wallisin yksisuuntainen varianssianalyysi, askeltava monimuuttuja-analyysi ja Bonferroni-Holmin askeltava tarkennus.	Tuloksena löytyi kategorinen järjestysrakenne kullekin toiminnolle. Taksonomian kieli oli ammattillisesti käyttökelpoista, ja sen osiot soveltuivat käyttöön sekä yksilö- että ryhmätasolla. Kotona asuvilla oli kaikissa IADL - toiminnoissa korkeampi kyvykkyyden taso verrattuna muihin ryhmiin. Mittarin validiteetti todettiin.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, Alessi CA, Büla CJ, Gold MN, Yuhás KE, Nisenbaum R, Rubenstein LZ & Beck JC 1995. A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessment for Elderly People Living in the Community.	Tutkittiin kotona tapahtuvan laajan geriatrisen arvioinnin (CGA) vaikutusta kotona asuviin iäkkäisiin. Satunnaisotos: interventoryhmä 215 ja kontrolliryhmä 199 yli 75 -vuotiasta. Interventio: sairaanhoitajan kotikäynti.	Kyvyttömyyden ehkäisyä mitattiin perus- ja välineellisistä toiminnoista (BADL+IADL) suoriutumisella ja laitoshiitoon joutumisen logistinen polykotoominen regressioanalyysi ja Poissonin regressiomalli.	Interventoryhmästä 12 % ja 22 % kontrolliryhmästä tarvitsi kolmen vuoden kuluttua apua perustoiminnoista suoriutumisessa. Välineellisissä toiminnoissa apua saavien määrä ei eronnut merkittävästi kummassakaan ryhmässä. CGA:n todettiin hidastavan kyvyttömyyden kehittymistä.
Stuck AE, Minder CE, Peter-Wüest I, Gillman G, Egli C, Kesselring A, Leu RE & Beck JC 2000. A Randomized Trial of In-Home Visits for Disability Prevention in Community-Dwelling People at Low and High Risk for Nursing Home Admission.	Tutkittiin ehkäisevien kotikäyntien kykyä ehkäistä kyvyttömyyttä kotona asuvilla iäkkäillä. Stratifioitu satunnaisotanta, 791 yli 75 -vuotiasta kotona asuvaa. Terveystarkastajat arvioivat.	Mittarit: perus -ADL, välineellinen ADL, sosiodemograafiset tiedot, oma arvio terveydestä, kognitiiviset toiminnot, masennus, kävely ja tasapaino, lääkkeet ja krooniset sairaudet. Analyysit: logistinen ja Poissonin regressioanalyysi.	Kotikäynnit vähensivät vähäisen riskin omaavilla iäkkäillä kyvyttömyyttä suoriutua päivittäisistä toiminnoista, mutta ei korkean riskin omaavilla.
Valvanne J, Erkinjuntti T & Tilvis R 1992. Helsingin vanhustutkimus. Helsingiläisten 75-, 80- ja 85-vuotiaiden terveydentila, toimintakyky ja terveyspalvelujen tarve 1989.	Selvitettiin helsinkiläisten 75-, 80- ja 85-vuotiaiden terveydentilaa, toimintakykyä ja terveyspalvelujen tarvetta. Otos: 795. Kirjekysely, terveystarkastukset.	Mittarit: demograafiset tiedot, terveydentila, sosiaalinen aktiivisuus, elintavat, oireet, muisti, sairaudet, avun tarve, lääkkeet, liikkuminen, ADL ja IADL, rajoittavat oireet, harrastukset, kliiniset löydökset, depressio. Analyysit: varianssianalyysi, t-testi, ristiintaulukoinnit.	Todettiin, että toimintavajavuuksien insidenssi kaksinkertaistui 5 vuoden välein 75 -vuotiaista 85 -vuotiaisiin siirryttäessä. Keskeiset löydökset: muistihäiriöt, vaikeudet kyykistyessä, sydänlöydökset.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumista ja toimintakykyä laajasti kartoittavia tutkimuksia

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Büla CJ, Berod AC, Stuck AE, Alessi CA, Aronow HU, Santos-Eggimann B, Rubenstein LZ & Beck JC 1999. Effectiveness of Preventive In-Home Geriatric Assessment in Well Functioning, Community-Dwelling Older People: Secondary Analysis of a Randomized Trial.	Tutkittiin laajan geriatrisen arvioinnin (CGA) kykyä ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä eri ryhmissä: 1) ei riippuvuutta BADL -toiminnoissa, 2) ei riippuvuutta IADL- eikä BADL- toiminnoissa. Satunnaisotos: 294 kotona asuvaa yli 75 -vuotiasta. Interventio: gerontologisen sh:n kotikäynnit.	Toimintakyky arvioitiin CGA:n avulla kotona, analyysit alaryhmissä tehtiin vuosittain 3 vuoden ajan: 1) riippumaton sekä BADL- että IADL -toiminnoissa, 2) riippumaton BADL-, mutta riippuvuutta IADL- toiminnoissa ja 3) riippuvuutta molemmissa. Tilastolliset analyysit: kahden muuttujan analyysit, regressio-analyysi ja Wilcoxin arvo-summatesti.	Interventoryhmä oli harvemmin riippuvainen sekä BADL- että IADL -toiminnoissa. Interventio vähensi täydellisen riippumattomuuden aikaa molemmissa toimintaluokissa. Todettiin, että ehkäisevät kotikäynnit hidastavat kyvyttömyyttä niillä, joilla ei ollut alkujaan heikkenemistä BADL -toiminnoissa.
Cullum CM, Saine K, Chan LD, Martin-Cook K, Gray KF & Weiner MF 2001. Performance-Based Instrument to Assess Functional Capacity in Dementia: The Texas Functional Living Scale	Tutkittiin TFLS -mittarin psykometrisiä ominaisuuksia ja kliinistä hyödynnettävyyttä AD- potilailla ja normaaleilla iäkkäillä (64 - 85 -vuotiailla). 22 AD-potilasta ja 21 kontrollipotilasta.	The Texas Functional Living Scale (TFLS)-mittaria (pukeminen, aika, raha, kommunikaatio ja muisti) verrattiin MMSE -mittariin, lisäksi arvioitiin hoidonantajien avulla päivittäisiä taitoja sekä emotionaalista ja käyttäytymisen tilaa. Analyysit: korrelaatiot.	TFLS korreloi vahvasti MMSE- mittariin ja jonkin verran hoidonantajien arviointiin. Todettiin: TFLS- mittarilla oli hyvä reliabiliteetti, sisäinen konsistenssi, yhtenevä ja eristeltävä validiteetti. Testi on lyhyt ja helposti tehtävä suoriutumispohjainen toimintakyvyn mittari.
Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE & Rubenstein LZ 1994. An In-Home Preventive Assessment Program for Independent Older Adults: a Randomized Controlled Trial.	Tutkittiin geriatrisen arvioinnin tehokkuutta kotihoidossa. Satunnaisotos: yli 70 -vuotiaat veteraanit, joista 131 interventio-ryhmässä ja 123 kontrolliryhmässä. Interventio: kotikäynti, seurantakäynti ja kontrollisoitto.	Mitattiin mm. interventoryhmän hoitomyöntyvyys, kuolleisuus, lääkkeiden käyttö, toimintakyky: mieliala, terveyskäyttäytyminen. ADL, IADL vuoden seurannassa. Tilastolliset analyysit: t-testi, Khiin neliö.	Tuloksina todetaan, että interventoryhmästä 76 % noudatti ohjeita, toimintakyky (IADL) oli parempi, lääkkeiden käyttö ei lisääntynyt. Todettiin, että geriatrisen tarkkailu kotona voi estää uhkaavia ongelmia.

Liite 3-2

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Horn L, Cohen CI & Teresi J 1989. The EASI: A Self-Administered Screening Test for Cognitive Impairment in the Elderly.	Testattiin vanhusten kognitiivista vajetta mittaavaa testiä (EASI). Tarkoituksena selvittää sen käyttökelpoisuus erotella kognitiivista vajaakykyisyyttä. Otos 146 yli 60 -vuotiaasta vanhusten keskukselta ja 19 muistihäiriöklinalta.	EASI (=The Early Assessment Self Inventory): neuropsykologiset testit (orientaatio, muisti, kieli, laskeminen, visuaalinen havainnointi, huomiokyky) ja erikoislääkäreiden diagnostiset arvioinnit. Tilastolliset analyysit: keskiarvot, hajonnat, prosentit, Khiin neliö	Testi erotteli 3 luokkaa: dementiaepäily, muita häiriöitä tai epäily diagnoosista ja ei vajaakykyisyyttä. Se korreloi Mini-Mental State Exam`n ja Mattis Dementia Rating Scale`n kanssa. Testillä todettiin hyvä sisäinen konsistenssi sekä reliabiliteetti, spesifisyys ja sensitiivisyys.
Johansson B, Allen-Burge R & Zarit SH 1997. Self-Reports on Memory Functioning in a Longitudinal Study of the Oldest Old: Relation to Current, Prospective, and Retrospective Performance.	Tutkittiin, miten muistin itsearviointi on yhteydessä muistisuorituksen, masentuneisuuteen, ikään ja koulutukseen. Otos: 267, keski-ikä 86,85 vuotta.	Mittarit: itsearvioitu muisti, MIR -muistitesti, muistista palautus, kello-testi, kolikkotesti, MMSE ja dementia -diagnoosi sekä depressio. Analyysit: korrelaatiot, t-testi, logistinen regressioanalyysi	Todettiin, että erittäin iäkkäillä (the oldest old) kognitiivinen kyky ja masentuneisuus olivat yhteydessä sekä aktuaaliseen että itseraportoituun muistamiskykyyn, mitkä saattoivat ennakoita muistihäiriöitä ja dementiaa.
Karppi P & Tilvis R 1997. Outcome of aged patients in Finnish supervised home care.	Tarkoituksena oli tunnistaa iäkkäiden kotona asuvien kuolleisuuden ja laitoshoitoon joutumisen ennustajia. Otos oli 312 yli 65 -vuotiaasta kotisairaanhoidon potilasta.	Mittarit: Short Portable Mental Status Questionnaire, Zung Self-Rating Depression Scale, Katz ADL index ja Lawton & Brody IADL-testi. Analyysit: t-testi, Fisherin eksakti testi, Cox`in regressiomalli.	Tärkein kuolleisuuden ennustaja oli huono suoriutuminen ADL -toiminnoista. Laitoshoitoon joutumista ennusti heikko ADL -suoriutuminen, heikentyneet kognitiiviset toiminnot ja depressio.
Korner-Bitensky N & Wood-Dauphinee S 1995. Barthel Index information elicited over the telephone. Is it reliable?	Tutkittiin toimintakyvyn arviointien vertailtavuutta puhelin- ja kotihaastattelussa. Otos: 366 viisi vuotta kuntoutussairaalaan lähdön jälkeen.	Barthel -indeksi (10 luokkaa – 3 tasoa) SPMSQ -kognitiivisen tilan ja Zung -asteikko mielialan arviointiin. analyysit: ICC-luokkien sisäinen korrelaatio, Cohen`in kappa, McNemar`in Khiin toiseen, regressioanalyysi.	Yksimielisyysprosentti puhelin- ja kotihaastattelupisteiden välillä oli aina yli 90 %, luokkien sisäinen korrelaatiokerroin oli 0.89. Todettiin, että toimintakyky on arvioitavissa reliabelisti myös puhelimitse.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet/ ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Landi F, Onder G, Tua E, Carrara B, Zuccalá G, Gambassi G, Carbonin PU & Barnabei R 2001. Impact of a New Assessment System, the MDS-HC, on Function and Hospitalization of Homebound Older People: A Controlled Clinical Trial.	Arvioitiin Minimum Data Set for Home Care (MDS-HC) systeemin tehoa toimintakyvyn ja sairaalahoidon tarpeen arvioinnissa. Satunnaisotos: 187 kotisairaanhoidon potilasta, interventio- ja kontrolliryhmät.	Mittarit: MDS-HC ja BADL, IADL, MMSE sekä sairaalaan joutuminen, terveyspalvelujen käyttö, toimintakyky. Analyysit: ANOVA, Kruskal-Wallis -testi, Khiin neliö, Kaplan-Mayer -testi, Wilcoxin-testi.	Todettiin, että interventioryhmä joutui sairaalaan myöhemmin ja harvemmin, käytti kotipalveluja enemmän ja ADL- ja MMSE -pisteet olivat parantuneet. Kustannukset interventioryhmällä olivat alhaisemmat. Todettiin MDS-HC -mittarin olevan validi toimintakyvyn ja kognitiivisen vajeen arviointiin kotona asuvilla heikkokuntoisilla iäkkäillä.
Leinonen R, Heikkinen E, Era P, Heikkinen R-L, Hirvinen H, Kauppinen M, Laaksonen P, Laukkanen P, Linnove T, Ruoppila I, Silvennoinen S & Suutama T 1996. Iäkkäiden henkilöiden terveys- ja toimintakyky-tarkastusten toteutus perusterveydenhuollossa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää toimintakyvyn ja terveyden tarkastusmenetelmän soveltuvuutta iäkkäille. Aineisto: 41 ja 34 70-vuotiaista sekä 20 75vuotiaista. Haastattelut, terveystarkastukset.	Mittarit: ADL -toimintakyky (perus- ja välineelliset toiminnot) kognitiiviset toiminnot (muistamiskyky), psyykkis-sosiaalinen hyvinvointi (sosiaaliset kontaktit), Mini-Mental State -testi ja Beckin depressioasteikkoon perustuva mielialakysely), fyysinen toimintakyky (liikuntakyky ja fyysinen suoriutuminen), terveystarkastukset, laboratoriotutkimukset, aistitoiminnot..	Yleisimpiä olivat sydän- ja verenkiertoelimistön-, hermoston- ja aistimien- sekä umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet. Tutkituista 70 vuotiaista kaksi viidesosaa ja muista viidesosa käytti viittä tai useampaa lääkettä. Valtaosa koki terveytensä vähintään tyydyttäväksi. Keskivaikeaa masennusta esiintyi 15 %:lla ja 4 %:lla lievää masennusta.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Morris JN, Fries BE, Steel K, Ikegami N, Bernabei R, Carpenter GI, Gilgen R, Hirdes JP & Topinkova E 1997. Comprehensive Clinical Assessment in Community Setting: Applicability of the MDS-HC.	Tavoite: kuvata ja verrata MDS 2.0 ja MDS-HC -arviointia, ja tunnistaa ongelmia. Satunnaisotos 241 kotisairaanhoidon asiakasta ja 780 kotisairaanhoidon arviointia 5 maasta ja 187 asukasta USA:ssa 21:stä hoitokodista.	Mittarit: MDS-HC (=Minimum Data Set Home Care): kognitiivinen tila, kommunikaatio, kuulo, näkö, mieliala ja käyttäytyminen, sosiaalinen toiminta, sosiaalinen tuki, fyysinen toimintakyky (ADL ja IADL, liikkuminen, kestävyys, toimintapotentiaali), pidätyskyky, iho, diagnoosit, hampaat, ravitsemus, terveydentila. Analyysit: painotettu Kappa	Todettiin, että MDS 2.0 toimi yhtä hyvin avohoidossa kuin hoitokodissa, ja että mittaria voidaan käyttää kansainvälisesti erilaisissa palvelumuodoissa. MDS 2,0 ja HDS-HC -mittarit todettiin vertailukelpoisiksi. Osioilla todettiin korkea reliabiliteetti.
Murphy DD & Lam CLK 2001. Feasibility and acceptability of the COOP/WONGA Charts for identification of functional limitations in rural patients of the People's Republic of China.	Testattiin, miten COOP/WONGA-mittarin avulla tunnistetaan toimintakyvyn rajoituksia avohoitopotilaille ja edistetään potilaskeskeistä hoitoa. Oros: 113 potilasta. Kyselylomake ja haastattelu.	Mittarit: COOP/WONGA-mittari (fyysinen kunto, tunteet, sosiaaliset aktiviteetit, terveyden tila ja -muutokset). Analyysit: prosentit ja frekvenssit.	Potilaista 2/3:lla oli vaikeuksia ainakin yhdessä osiossa. Yli puolella arvioitiin olevan rajoituksia fyysisessä toimintakyvyssä ja päivittäisissä toiminnoissa, mutta vähän sosiaalisissa aktiviteeteissa ja tunneasioissa. Mittaria pidettiin hyödyllisenä, se todettiin reliaabeliksi ja validiksi sekä herkäksi kohdeväestössä.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Rubenstein LZ, Aronow HU, Schloe M, Steiner A, Alessi CA, Yuhas KE, Gold M, Kemp M, Raube K, Nisenbaum R, Stuck A, Beck JC 1994. A home-based geriatric assessment, follow-up and health promotion program: Design, methods, and baseline findings from a 3-year randomized clinical trial.	Testattiin laajan geriatrisen arvioinnin käsitteistöä (CGA) kotona. Arvioitiin intervention vaikutuksia terveydentilaan, toimintakykyyn, psykososiaalisiin tekijöihin ja palvelujen käyttöön. Otos: interventio- ryhmä 215 ja kontrolliryhmä 199 yli 75 -vuotiaita. Interventiona kotikäynnit vuosittain ja puhelinkontaktit.	Mittarit: yleinen terveys ja terveyskäyttäytyminen: terveyden kokeminen, BADL, IADL, geriatrisen monitasoinen arviointi, kognitio (MSQ), kipu, tyytyväisyys hoitoon. Psykologiset mittarit: elämänlaatu, depressio, coping -kyky. Sosiaaliset mittarit: sosiaalinen verkosto, sosiaalisen tuen laatu. Ympäristömittarit: ympäristön ja henkilökohtainen turvallisuus. Analyysit: prosentit, regressiomallit.	Kotona toteutetun CGA:n avulla löytyi tärkeitä terveysvajeita. BADL -toiminnoissa lähes kaikki olivat itsenäisiä, IADL - toiminnoissa vähemmän itsenäisiä, depressiota ilmeni varsin vähän, sosiaalinen tuki keskinkertaista. Tutkimus antoi vastauksia kotona tapahtuvan CGA:n sovellettavuudesta ja vaikutuksista.
Santos-Eggimann B, Zobel F & Berod AC 1999. Functional Status of Elderly Home Care Users: Do Subjects, Informal and Professional Caregivers Agree?	Tutkittiin arviointien yksimielisyyttä. Arvioitiin toimintakykyä kotona olevilla pitkäaikaispotilailla, otos 420. Haastattelut.	Mittarit: ADL, IADL, MMSE (=Mini-Mental State Examination), Tilastolliset analyysit: prosentit, Kappa.	Henkilöiden itsensä ja maallikoiden tekemät arviointit ADL- ja IADL -toiminnoista olivat hyvin yksimielisiä, samoin kognitiivisen kyvyn (MMSE) arvioinneissa. Erimielisyyttä ilmeni useammin maallikko- ja ammattihoitajien välillä.
Shyu Y-IL & Lee H-C 2002. Predictors of nursing home placement and home nursing services utilization by elderly patients after hospital discharge in Taiwan.	Tutkittiin, mikä ennusti taiwanilaisten iäkkäiden valikoitumista kotihoitoon tai laitoshiitoon sairaalan jälkeen. Tapaus-kontrolli- asetelma, otos: 233 65-100 -vuotiaita.	Mittarit: Chinese Barthel Index (CBI) ADL-toiminnot, lisäksi tietoisuuden taso, katetrit ja sairaalassa olo aika. Analyysit: Cronbachin alpha, Kappa.	Vahvin laitoshoidon ennustava tekijä oli aikaisempi laitoshoidon hoidonantajan mieltyminen, ja kotihoidon vahvin ennustaja oli itsehoitokyky ja tietoisuuden taso sekä katetrien poisto ennen lähtöä.

lääkäiden päivittäiseen suoriutumiseen yhteydessä olevia ja sitä selittäviä tekijöitä kartoittavia tutkimuksia

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Aartsen MJ, Smits CHM, von Tilburg T, Knipscheer KCPM & Deeg DJH 2002. Activity in Older Adults: Cause or Consequence of Cognitive Functioning? A Longitudinal Study on Everyday Activities and Cognitive Performance in Older Adults.	Tutkittiin päivittäisten aktiviteettien: sosiaalisen, kokemuseräisen ja kehittymisaktiviteetin vaikutusta kognitiivisiin toimintoihin (välitön palautus, oppiminen, joustava älykkyys, informaation prosessointinopeus) ja kognitiivisen toiminnan mittariin (MMSE): muistista palautus, orientaatio, havainto- ja huomiokyky, kieli ja konstruointi) 55-85 - vuotiailla. Otos 2076. 6 vuoden seuranta.	Mittarit: sosiaaliset aktiviteetit (käynti kirkossa, naapurissa, avustusjärjestön kokouksessa). Kokemuseräiset aktiviteetit (käydä kävelyllä metsässä, huvipuistossa, eläintarhassa, museossa, teatterissa, elokuviissa, kahvilassa, ravintolassa). Kehittymisaktiviteetit (osallistuminen koulutukseen, kurssiin tai urheiluun ulkona). Analyysi: regressiomalli kullekin kognitiivisen toiminnon ja kunkin aktiviteetin kombinaatiolle.	Yksikään aktiviteeteista ei näyttänyt parantavan kognitiivisia toimintoja, kun kontrolloitiin ikä, sukupuoli, koulutustaso ja terveys (portaiden nousu, liikennevälineiden käyttäminen, varpaankynsien leikkaus). Kognitiivisen toiminnon mittari – informaation prosessointinopeus näytti vaikuttavan kehittymisaktiviteetteihin. Todettiin, ettei mikään erityinen aktiviteetti, mutta sosioekonominen tila, johon aktiviteetit olivat tiukasti yhteydessä, tuki kognitiivisista toiminnoista suoriutumista.
Badger TA 1998. Depression, Physical Health Impairment and Service Use Among Older Adults.	Tutkittiin depression vaikutusta palvelujen tarpeeseen ja käyttöön. Tutkittavia oli 80 jaettuna kolmeen ryhmään depression voimakkuuden mukaan.	Mittarit: Center for Epidemiological Studies-Depression scale (CES-D) –mittari, Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OARS- MFAQ) -mittari. Khiin neliö, regressioanalyysi.	Merkitsevä yhteys löydettiin depression ja fyysisen terveyden vajavuuden, mutta ei havaittu depression ja demograafisten tekijöiden ja kroonisen sairauden tyypin välillä. Todettiin depressiolla olevan vaikutusta palvelujen tarpeeseen ja käyttöön.
Badger TA & Collins-Joyce P 2000. Depression, psychosocial resources, and functional ability in older Adults.	Verrattiin masentuneita ja ei- masentuneita: fyysisen terveys, psykososiaaliset voimavarat ja toimintakyky. Kuvattiin depression, fyysisen terveys- vajeen ja psykososiaalisten voimavarojen vaikutusta toiminta- kykyyn. Otos: 78 60 -76 -vuotiasta kotona asuvaa.	Mittarit: SPMSE (kognitiivisen vajeen testi), jolla suljettiin otoksesta ja CES-D (depressiotesti), OARS-OMFAQ (fyysisen terveys, toimintakyky, sosiaalinen tuki), johon sisältyi ADL- ja IADL -mittarit. Analyysit: t-testi, regressioanalyysi.	Masentuneilla todettiin enemmän fyysistä vajaakykyisyyttä, vähemmän sosiaalisia resursseja, vähentynyt taloudellisen hyvinvoinnin tunne ja vähentynyt toimintakyky. Merkittävimmät ennustajat toimintakykyisyydelle olivat hallinnan kyky (mastery), fyysisen terveyden vajeet ja sosiaalinen tuki.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Beckett LA, Brock DB, Lemke JH, Mendes de Leon CF, Guralnik JM, Fillenbaum GG, Branch LG, Wetle TT & Evans DA 1996. Analysis of change in-self reported physical function among older persons in four population studies.	Itsearvioituja fyysisiä toimintoja tutkittiin 5 vuoden seurantana. Yli 65 - vuotiaat arvioivat omaa fyysistä toimintakykyään. Otos 4 paikkakunnalla kullakin 2812 – 4163.	Mittarit: modifioitu Katzin ADL -asteikko, Rosow-Breslaun toiminnallinen terveys (kävellä puoli mailia, kiivetä portaita, tehdä raskasta työtä) ja mukaeltu (Nagi): vaikeat fyys. toiminnot (taivuttaminen, kumartuminen tai kyykistyminen, tuolin työntäminen tai vetäminen ja kurkotus olkapäiden yli). Analyysit: Markovin transitiomalli, logist. regressiomalli.	Keskimääräinen heikkeneminen fyysisissä toiminnoissa oli yhteydessä ikään; heikkeneminen lisääntyi iän lisääntyessä, paljon yksilöllistä variaatiota, pieni merkittävä osa tutkituista koki fyysisissä kyvyissä paranemista. Naiset kokivat enemmän heikkenemistä fyysisissä toiminnoissa kuin miehet, ja olivat vähemmän halukkaita tervehtymään.
Bergamini L, Burgoni M, Federzoni G, Goldoni CA, Martini E, Neviani F & Neri M 2007. Multidimensional evaluation of home-dwelling elderly: the impact of medical and social factors on health status indices.	Tutkittiin sukupuolen, iän ja elämän tilanteen vaikutusta sairauksiin, heikentymiseen ja kyvyttömyyteen (impairment, disease, disability) (WHO). Otos: 195 kotona asuvaa 75- 85 -vuotiasta.	Mittarit: Tinetti (suorituspohjainen liikkumistesti), SPMSQ, muistitesti, mentaalitesti, ADL, IADL, dementia, taloudellinen ja elämäntilanne Lineaarinen regressioanalyysi.	Sukupuoli ja elämäntilanne sekä sukupuoli ja ikä tuottivat eroja affektiivisissa oireissa. Vain sukupuoli tuotti eroja IADL - toiminnoissa. Tinetti selitti puolet ADL - varianssista. Kognitiiviset toiminnot ja käyttäytymisprofiili tuottivat pääosan IADL- varianssista. Todettiin voitavan tunnistaa lääketieteellisiä ja sosiaalisia tekijöitä, jotka lisäävät riskiä heikentyä.
Berkman LF, Bergman CS, Kasl S, Freeman DH, Leo L, Ostfeld AM, Cornoni- Huntley J & Brody JA 1986. Depressive symptoms in relation to physical health and functioning in the elderly.	Tutkittiin masennusoireiden yhteyttä fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn iäkkäillä. Otos: 2806 kotona asuvaa iäkästä.	Mittarit: CES-D (the Center for Epidemiologic Studies- Depression scale), joka käsitti 20 tunnetilaa sekä BADL, Rosow- Breslau, Nagi, sosiodemograafiset tiedot. Analyysit: regressioanalyysi, faktorianalyysi.	Masennusoireita ilmeni enemmän heikon toimintakyvyn omaavilla henkilöillä kuin toimintakykyisillä. Toimintakyvyttömyys oli merkittävästi yhteydessä kaikkiin masentuneisuuden oireisiin eikä vain somaattisiin. Toimintakyvyttömyys heikensi yhteyttä iän ja depressio-oireiden välillä.

Liite 4-3

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Bernard SL, Kincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, DeFriese GH & Ory MG 1997. Predicting Mortality From Community Surveys of Older Adults: The Importance of Self-Rated Functional Ability.	Tutkittiin itsearvioidun toimintakykyisyyden ja kuolleisuuden yhteyttä. Otos: stratifioitu satunnaisotanta 3485 ikäystä kolmesta ikäryhmästä: 65 - 74, 75 - 84 ja 85 ja yli. Haastattelut.	Mittarit: kuolinpäivä, itsearvioitu toimintakykyisyys, itsearvioitu terveys, sosiodemograafiset muuttajat, sairaudet ja vajavuudet (BADL, IADL, MADL =mobility activities), toisten apu ja selviytymiskyky. Tilastolliset menetelmät: Cox`in osittainen riskimonimuuttujamalli	Itsearvioidun toimintakykyisyyden todettiin vaikuttavan itsenäisenä iäkkäiden riskiin kuolla myöhemmin. Kun itsearvioidun terveyden lisäksi mallissa oli myös ikä, sukupuoli, lääketieteellinen tila, toimintakyky, toisten apu, niin huono itsearviointi lähes kaksinkertaisti riskin kuolla seuranta-aikana.
Chappell NL & Badger M 1989. Social Isolation and Well-Being.	Tutkittiin sosiaalisen eristyneisyyden ja hyvän olon tunteen yhteyksiä. Satunnaisotos 743 yli 60 -vuotiasta. Haastattelu.	Sosiaalisen eristyneisyyden mittarit: yksin asuminen, ilman uskottua ystävää, ilman seuraa, ei lapsia, ei naimisissa ja kombinaatiot näistä. Terveysten mittarit: toiminnallinen kyvyttömyys, krooniset tilat, BADL, IADL. Analyysit: t -testi ja varianssi-analyysi.	Sosiaalisen eristyneisyyden mittareista ”ei seuraa” oli merkittävästi yhteydessä elämään tyytyväisyyteen. Kun kontrolloitiin muut muuttajat, niin muuttajat ’ei uskottua ystävää’ ja ‘ei seuraa’ olivat merkittävästi yhteydessä subjektiiviseen hyvään oloon. Vahvin elämään tyytyväisyyden ennustaja oli toimintakyky.
Cho C-Y, Alessi CA, Cho M, Aronow HU, Stuck AE, Rubenstein LZ & Beck JC 1998. The Association Between Chronic Illness and Functional Change Among Participants in a Comprehensive Geriatric Assessment Program.	Tutkittiin yhteyksiä kroonisten sairauksien ja toimintakyvyn välillä 3 vuoden aikana ehkäisevään hoito- ohjelmaan ja laajaan geriatriseen arviointiin (CGA) osallistuneilta. Satunnaisotos: 202 yli 75 -vuotiasta kotona asuvaa interventoryhmässä.	Riippuvina muuttujina olivat BADL- ja IADL -toiminnot ja riippumattomina 13 kroonista sairaustilaa: Analyysit: prosentit, keskiarvot, hajonnat, regressioanalyysi.	Tulokset: tasapainohäiriöt, depressio, turvaton kotiympäristö ja koronaaritauti olivat yhteydessä merkittävästi IADL -suoriutumiseen ja hypertensio, depressio, virtsanpidätyskyvyttömyys, tasapainohäiriöt olivat yhteydessä BADL - suoriutumiseen. Todettiin, että erityisesti depressio ja tasapainohäiriöt olivat merkittävästi yhteydessä toimintakykyyn.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Eagles JM, Beattie JAG, Restall DB, Rawlinson F. Hagen S & Ashcroft GW 1990. Relation between cognitive impairment and early death in the elderly.	Tutkittiin kognitiivisen vajavuuden ja aikaisen kuoleman yhteyttä iäkkäillä, 3 vuoden aikana. Otos: 410 kotona asuvaa yli 65- vuotiasta.	Mittarit: MMSE Analyysit: parianalyysi, riskisuhde	Kognitiivisesti vajaakykyisillä oli selvästi korkeampi kuoleman riski kuin kognitiivisesti parempikuntoisilla.
Fillenbaum GG 1985. Screening the Elderly. A Brief Instrumental Activities of Daily Living Measure. (Special Article)	Kuvataan viisi- osioista IADL - seulontatestiä eri tutkimusten avulla.	Mittarit: IADL, ADL, OARS (the Older Americans Resources and Services): sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat, psyykinen ja fyysinen terveys ja päivittäiset toiminnot.	Todettiin yhteydet toimintakyvyn ja fyysisen sekä psyykkisen terveyden välillä. IADL - suoriutuminen ennusti kuolemaa. Mittari on kuvattu lyhyeksi, validiksi ja reliabeliksi.
Ford AB, Haug MR, Stange KC, Gaines AD, Noelker LS & Jones PK 2000. Sustained Personal Autonomy: A Measure of Successful Aging.	Tutkittiin, itsestä huolehtimisen ennustajia kotona asuvilla iäkkäillä kolmen vuoden aikana. Otos: 602 yli 70 - vuotiasta, 2 vuoden jälkeen 487. Haastattelu.	Mittarit: ADL, IADL, aktiviteetit, kognitio, demograafiset tiedot, fyysinen toimintakyky, sairaudet, elämäntavat, asenteet. Analyysit: Khii toiseen, t-testi, logistinen regressioanalyysi.	Jatkuvaa riippumattomuutta ennusti ikä, miessukupuoli, vähemmän sairauksia, hyvä fyysinen toimintakyky, ei- tupakointi sekä asenteet: ”selviää itse, eikä odota lasten apua”.
Gruber-Baldini AL, Zimmerman SI, Mortimore E & Magaziner J 2000. The Validity of Minimum Data Set in Measuring the Cognitive Impairment of Persons Admitted to Nursing Homes.	Tutkittiin kognitiivista vajetta mittaavaa testiä. Otos: 1939 yli 65- vuotiasta hoitokodissa (59) asuvaa haastateltiin.	Mittarit: Cognitive Performance Scale (CPS), the MDS Cognition Scale (MDS- COGS), Mini-Mental State Examination (MMSE), Psychogeriatric Dependency Rating Scale (PDGRS), orientaatiotesti, (Orientation Scale), (Behavior Subscales) ja Katzin ADL. Analyysi: Pearsonin korrelaatiokerroin.	Kognitiivisen tilan mittareiden (CPS ja MDS-COGS) keskinäinen korrelaatio oli vahva, lisäksi ne korreloivat (MMSE:n ja PGDRS):n kanssa ja myös ADL - indeksiin todettiin yhteyttä.

Liite 4-5

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Grundy E & Glaser K 2000. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study.	Analysoitiin sosio-demograafisia eroja kyvyttömyyden alkamisessa ja etenemisessä. Otos: 3543 55 - 69 -vuotiasta.	Mittarit: toimintakyvyttömyys (liikkuminen, itsensä hoito, kurkottaminen, laajuus, näkö, kuulo, pidätyskyky, kommunikaatio, tietoisuus, käyttäytyminen, älyllinen toiminta, syöminen, juominen), sosiaaliluokka, koulutus, tulot, asuminen, ADL. Analyysit: logistinen regressiomalli.	Todettiin, että toimintakyvyttömyys vaihteli iän, sosiaaliluokan, koulutuksen ja asumismuodon mukaan. Lisääntyvä kyvyttömyys oli yhteydessä matalaan sosioekonomiseen tilaan, itsearvioituun terveydentilaan, ikään ja sukupuoleen.
Johnson TM, Bernard SL, Kincade JE & Defriese GH 2000. Urinary Incontinence and Risk of Death Among Community-Living Elderly People: Results From the National Survey on Self-Care and Aging.	Tutkittiin pidätyskyvyttömyyden yhteyttä kuolleisuuteen ja sitä, miten demograafiset tekijät, terveys ja toimintakyky ovat yhteydessä siihen. Otos: 3485 kotona asuvaa yli 65-vuotiasta. Haastattelu.	Mittarit: ikä, sukupuoli, koulutus, koettu toimintakyky ja terveydentila, pidätyskyvyttömyys. ADL, IADL, MADL (liikkumiskyky). Analyysi: Cox'in suhteellisen riskin malli.	Todettiin, että virtsan-pidätyskyvyttömyydestä kärsivien riski kuolla oli suurempi, mutta terveyteen ja toimintakykyyn suhteutettuna riski kuolla pieneni. Pidätyskyvyttömyyttä pidettiin merkinä, mikä pitää huomioida kuolleisuusriskinä.
Koyano W, Shibata H., Nakazato K, Haga H, Suyama Y, Matsuzaki T 1988. Prevalence of Disability in Instrumental Activities of Daily Living Among Elderly Japanese.	Tutkittiin japanilaisten vanhusten välineellisissä toiminnoissa suoriutumista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä Otos: 7735 yli 65 vuotta täyttäneitä. Keski-ikä 73,5 vuotta. Postikysely.	Mittarit: Instrumental Activities of Daily Living (IADL): kulkuneuvojen ja puhelimen käyttö, veden kuumentaminen, ostosten tekeminen, aterioiden valmistaminen, laskujen, pankki- ja postiasioiden hoito. Analyysit: regressioanalyysi.	Kyvyttömyys lisääntyi iän myötä kaikissa osioissa sekä miehillä että naisilla, se oli suurempaa naisilla kuin miehillä ja erot sukupuolten välillä lisääntyivät iän myötä. Aterioiden valmistuksessa miehet, erityisesti yli 75 -vuotiaat olivat kyvyttömämpiä kuin naiset, jotka taas olivat kyvyttömämpiä kulkuvälineiden käytössä.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Krach P, DeVaney S, De Turk C & Zink MH 1996. Functional status of the oldest-old a home setting.	Tutkittiin, kuinka fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset, henkiset, taloudelliset ja päivittäiset toiminnot ovat yhteydessä ja edistävät selviytymistä. Otos 50 yli 85- vuotiasta kotona asuvaa, ei kognitiivista vajetta. Haastattelut.	Mittarit: Older Americans Resource Survey (OARS), Mini-Mental Status Examination (MMSE), Geriatric Depression Scale (GDS), Spiritual Well Being Scale (SWBS). Analyysit: prosentit, Pearsonin korrelaatio, logistinen regressioanalyysi.	Fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen, ekonomisen tilan ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisen välillä ilmeni yhteys. Eniten toiminnallista vajetta ilmeni päivittäisissä toiminnoissa ja fyysisessä toimintakyvyssä. Masentuneisuutta ilmeni hyvin vähän.
Lammi U-K, Kivelä S-L, Nissinen A, Punsar S, Puska P & Karvonen M 1989. Mental disability among elderly men in Finland: prevalence, predictors and correlates.	Tutkittiin psyykkistä toimintakykyä, siihen yhteydessä olevia tekijöitä ja ennustajia 65 - 84 -vuotiailla miehillä.	Mittarit: MSQ, pariassosiaatiotesti, palikkatesti. Analyysit: ristiintaulukointi, Pearsonin korrelaatiokerroin, t-testi.	Todettiin, että ikä, matala koulutustaso, heikko toimintakyky, tietyt kliiniset arvot ja tietyt sairaudet sekä korkeat depressiopisteet olivat yhteydessä psyykkiseen toimintakyvttömyyteen. MSQ todettiin reliabeliksi.
Laukkanen P 1998. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista.	Kuvattiin iäkkäiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja siihen liittyviä sekä selviytymistä ennustavia tekijöitä. Otos 2321. Haastattelut: 944, lisäksi laboratoriotutkimukset.	Mittarit: PADL, IADL, kognitiiviset testit (WMS, WAIS, Mini-D) Analyysit: logistinen regressioanalyysi, varianssianalyysi, faktorianalyysi, Pearsonin korrelaatiokerroin, Khiin neliö, polkumallit.	Tulokset: vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa lisääntyivät iän myötä. Depressiiviset oireet olivat yhteydessä sekä PADL- että IADL - osioihin. Heikot kognitiiviset kyvyt lisäsivät avuntarvetta.
Mehta KM, Yaffe K & Covinsky KE 2002. Cognitive Impairment, Depressive Symptoms, and Functional Decline in Older People.	Tutkittiin kognitiivisen vajeen ja depression osuutta päivittäisten toimintojen heikkenemisessä 2 vuoden aikana. Otos: 5697, keski-ikä 77 vuotta.	Mittarit: AHEAD (vapaa palautus, laskeminen, numerot, päivät, kuvion leikkaaminen, presidentti), depressiiviset oireet: CES-D (yksinäisyys, surullisuus, onnen puute, masennus, levottomuus, energian puute) ja ADL. Analyysit: Khiin neliö, t-testi, kahden muuttujan analyysi, logistinen regressio.	Todettiin, että ADL - toiminnoista itsenäisesti suorituville kognitiivinen vaje ja depressiiviset oireet olivat riskitekijöitä ADL- suoriutumisen heikkenemiseen, mutta ADL -toiminnoissa apua tarvitsevilla kognitiivinen vaje oli, mutta ei depressiiviset oireet, riskitekijä suoriutumisen heikkenemiselle.

Liite 4-7

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Morris A, Browne G & Saltmarche A 1992. Urinary Incontinence: Correlates among cognitively impaired elderly veterans.	Tarkoituksena oli tunnistaa pidätyskyvyttömyyteen yhteydessä olevia lääketieteellisiä, toiminnallisia, kognitiivisia ja tunne-elämään kuuluvia tekijöitä heikon kognitiivisen kyvyn omaavilla. Otos: 359 pitkäaikaishoidossa olevaa veteraania.	Mittarit: MMSE, fysiologinen ja lääketieteellinen tila, ADL, WC:n käyttökyky, GDS (=Geriatric Depression Scala) Analyysit: Khiin neliö, Fisherin testi, t-testi,	Virtsanpidätyskyvyttömyys oli yhteydessä heikkoon kognitiiviseen kykyyn, depressioniin ja ADL -suoriutumiseen.
Neadley AW, Kendrick DC & Brown R 1995. Health and memory in people over 50: a survey of a single-GP practice on England.	Tutkittiin iäkkäiden muistia ja puhekykyä kognitiivisella testillä Otos: 140 yli 50 -vuotiasta. Kyselylomake.	Mittarit: Kendrick Cognitive Test for the Elderly, Kendrick Object Learning Test (KOLT), Kendrick Digit Copying Test (KDCT), dementiadiagnoosi, Analyysit: kovarianssianalyysi, Khiin neliö.	Todettiin huonoista muistisuorituksista yhteys terveyden tilan häiriöihin, liikkumisen tasoon ja terveyspalvelujen käyttöön.
Pahkala K & Kivelä S-L 1991. Iäkkäiden terveys, toimintakyky ja depressio.	Selvitettiin lääkärin kliinisten tutkimusten ja haastattelujen avulla iäkkäiden terveyttä, toimintakykyä ja depressiota. Aineisto: 68 vuotta täyttäneet, 229 miestä ja 365 naista. Haastattelut ja kliiniset tutkimukset.	Mittarit: Zung, toimintakyky: BADL. Terveys: oma arvio terveydestä, sairaudesta tai vammasta, päänsärky, lihassärky, hengenahdistus, sydän-, ruuansulatus-kanavan ja virtsaoireet, huimaus, näköhäiriöt, kuulo- ja muistivaikeudet. Analyysit: Khiin neliö, ristiintaulukointi, t -testi, varianssianalyysi.	Sekä naisten että miesten depressio olivat yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen, lääkärin arvioimaan huonoon fyysiseen terveydentilaan, työkykyä rajoittavaan vikaan, vammaan tai sairauteen, alentuneeseen toimintakykyyn, monien somaattisten ja psykosomaattisten oireiden esiintymiseen ja moniin stressitekijöihin.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Pearson JL, Teri L, Reifler BV & Raskind MA 1989. Functional Status and Cognitive Impairment in Alzheimer's Patients With and Without Depression.	Tutkittiin depression yhteyttä DAT -potilailla ja kognitiivista vajavuutta potevilla välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen (IADL) Otos 50 eilaitoksessa asuvaa.	Mittarit: MMSE (aika- ja paikka-orientoituneisuus, huomiokyky, muistista palautus, laskeminen, kielen käyttö ja konstruktiiivinen kyky), IADL, perheen tekemä arviointi. Analyysit: Khiin neliö -testit, t-testit, korrelaatiokerroin ja Duncan testi.	Depressiolla todettiin päävaikutus toimintakyvyn heikkenemiseen, kun kognitiivinen tila oli kontrolloitu. Depressiopotilailla oli vähemmän kognitiivista heikentymistä kuin ei-depressiivisillä. Todettiin, että lievittämällä depressiona voitaisiin vähentää toiminnallisia rajoituksia. IADL -mittari todettiin reliabeliksi.
Rahkonen O & Takala P 1997. Terveystilan ja toimintakyvyn erot vanhoilla miehillä ja naisilla.	Tutkittiin iäkkäiden koetun terveyden, pitkäaikais-sairastavuuden ja toimintakyvyn rajoitusten yhteyttä sosiaaliluokkaan, siviilisäätyn ja kaupungistumis-asteeseen. Otos: 1448 kotona asuvaa yli 65 -vuotiasta.	Mittarit: koettu terveys, pitkäaikais-sairastavuus, toimintakyky, sosiaaliluokka, siviilisäätyn, asuminen. Analyysit: Khiin neliö, logistinen regressioanalyysi.	Sosiaaliluokka erottelee vanhojen ihmisten terveydentilaa ja toimintakykyä paremmin kuin siviilisäätyn ja kaupungistumisaste. Toimintakyvyn rajoitukset lisääntyivät iän myötä.
Ramos LR, Simoes EJ & Albert MS 2001. Dependence in Activities of Daily Living and Cognitive Impairment Strongly Predicted Mortality in Older Urban Residents in Brazil: A 2-Year Follow-Up.	Tarkoituksena oli löytää kuolleisuuden ennustajat kotona asuvilla ennen lääketieteellisiä tutkimuksia. Otos: 1667 yli 65 -vuotiasta kotona asuvaa. Strukturoitu haastattelu.	Mittarit: OARS (sosiodemograafiset tekijät, ei-muodollinen sosiaalinen tuki, oma käsitys terveydestä, kroonisten sairauksien määrä), terveyshistoria, terveyspalvelujen käyttö, ADL ja kognitiivinen tila sekä MMSE. Analyysit: Khiin neliö ja logistinen regressiomalli.	Kuolemaa ennusti sukupuoli, ikä, sairaalassa olo viimeisen 6 kuukauden aikana, riippuvuus ADL -toiminnoissa ja kognitiivinen vajavuus. Muita ennustavia tekijöitä olivat sairauksista halvaus, virtsanpidätyskyvyttömyys, masentuneisuus ja oma arvio terveydentilasta. Todettiin, että päivittäisten toimintojen ja kognitiivisen tilan arviointi on oleellista.

Liite 4-9

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Rozzini R, Frisoni GB, Bianchetti A, Zanetti O & Trabucchi M 1993. Physical Performance Test and Activities of Daily Living Scales in the Assessment of Health Status in Elderly People.	Verrattiin BADL-, IADL -kyvykkyyttä ja PPT (physical performance test), jotta löydettäisiin terveydentilan heikentyminen. Otos: 549 kotona asuvaa iäkästä yli 70 -vuotiasta.	Kyselylomake: demograafiset tiedot, sosiaalinen aktiviteetti, kognitio (MMSE, mieliala, GDS = Geriatric Depression Scale), somaattinen terveys, toimintakyky (BADL ja IADL) sekä PPT(= Physical Performance Test). Analyysit: Cohen`s kappa, keskiarvot, hajonnat, prosentit, korrelaatiot, lineaarinen regressiomalli.	Tulokset: kognitiivinen tila ja tunnetila olivat yhteydessä BADL - ja IADL -toimintoihin, ja ikä ja lääkkeiden määrä IADL -toimintoihin. Kognitiivinen tila, oireiden määrä, tautien ja lääkkeiden määrä sekä yleinen terveydentila olivat yhteydessä PPT:iin. Todettiin, että krooniset sairaudet voivat vaikuttaa toimintakykyyn siten, että se ei ilmene BADL ja IADL -mittareissa.
Rubenstein LV, Calkins DR, Greenfield S, Jette AM, Meenan RF, Nevins M A, Rubenstein LZ, Wasson JH & Williams ME 1989. Health Status Assessment for Elderly Patients.	Raportti lääkäreiden kokouksesta: tarkoitus laatia ehdotus valideista mittareista, jotka sopivat iäkkäiden laajaan toimintakyvyn arviointiin.	Tehtyjen tutkimusten pohjalta käsiteltiin toimintakyvyn mittareita ja annettiin niistä suositus.	Todettiin erityisesti oireista kivun ja pidätys- kyvyttömyyden sekä depression ja kognitiivisen tilan olevan yhteydessä fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn (syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen, raha-asioiden hoito ja sukulaisten tapaaminen).
Ross MM & Crook J 1998. Elderly recipients of home nursing services: pain, disability and functional competence.	Tutkittiin kipujen kokemisen yleisyyttä kotona asuvilla iäkkäillä. Näyte: 66 kipuja kokeneita. Haastattelu ja kyselylomake.	Mittarit: kipu (laatu, useus, kesto, paikka), toimintakyvyttömyys (ADL, IADL), OARS, toimintakykyisyys: yleinen toiminta, masennus, kognitio (SPMSQ), unihäiriöt ja tyytyväisyys elämään. Analyysit: t-testi.	Kivun ja toimintakykyisyyden mittareiden välillä oli yhteys. Kivun ja mitatun kyvyttömyyden (ADL; IADL) välillä ei havaittu yhteyttä.
Shichita K, Hatano S, Ohashi Y, Shibata H & Matuzaki T 1986. Memory Changes in the Benton Visual Retention Test Between Ages 70 and 75.	Tutkittiin koulutuksen ja aktiivisuuden vaikutuksia muistiin iäkkäillä. Otos: 302 japanilaista 67-71 - vuotiasta.	Mittarit: Benton Visual Retention -test. Analyysit: regressioanalyysi	Muistisuoritusten, aktiivisen elämäntavan ja koulutuksen välillä todettiin yhteys, 5 vuoden kuluttua Benton -pisteet olivat heikentyneet sekä miehillä että naisilla.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Teinonen T, Vahlberg T, Isoaho R & Kivelä S-L 2002. Uskonnollisen osallistumisen yhteydet sosioekonomisiin tekijöihin, sosiaaliseen osallistumiseen sekä fyysiseen ja psykkiseen terveyteen eläkeläisillä.	Kuvattiin eläkeikäisten uskonnollista osallistumista ja sen yhteyttä muuhun osallistumiseen, sosioekonomisiin tekijöihin sekä psykkiseen ja fyysiseen terveyteen, tupakointiin ja ylipainoon. Kokonaisotos: 1080 Haastattelut.	Mittarit: kirkossa käyntimäärä, sosioekonominen asema, sosiaalisen osallistumisen määrä, fyysisen terveyden riskitekijät, fyysinen (sairaudet, liikuntakyky) ja psykkinen (depressio) terveys. Analyysit: ristiintaulukointi, Khii toiseen, Spearmanin korrelaatio, logistinen regressioanalyysi.	Uskonnollinen osallistuminen oli yhteydessä naissukupuoleen, toimimiseen palvelu- tai maanviljelyalalla, tupakoimattomuuteen ja muuhun sosiaaliseen osallistumiseen, ja vähäisempiin depression oireisiin, muihin sairauksiin sekä hyvään liikuntakykyyn.
Whittle H & Goldenberg D 1996. Functional health status and instrumental activities of daily living performance in noninstitutionalized elderly people.	Tutkittiin toiminnallisen terveydentilan yhteyttä välineellisistä toiminnoista suoriutumiseen kotona asuvilla. Harkinnanvarainen otanta: 47 yli 70 - vuotiasta.	Mittarit: Terveys- tilakysely, toimintakyvyn arviointi (IADL), demografiset tiedot. Analyysit: kuvailevat tunnusluvut, Pearsonin korrelaatio, t-testi, varianssianalyysi.	IADL -toimintoihin oli yhteydessä toiminnallinen terveydentila, mikä käsitti sosiaalista toimintaa, käsityksen terveydestä ja fyysisen toiminnan. Kun toiminnallinen terveydentila heikkeni, niin IADL -riippuvuus lisääntyi.
Yu S 1995. A Study on Functioning for Independent Living among the Elderly in the Community.	Tarkoituksena oli ymmärtää itsenäiseen elämään vaadittavaa toimintakyvyn (FIL) tasoa ja analysoida siihen yhteydessä olevia tekijöitä sekä tutkia itsenäisen elämän ennustajia. Satunnaisotos 247 yli 65 -vuotiasta. Haastattelu, kyselylomake ja havainnointi.	FIL: fyysiset toiminnot (näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, siirtyminen, käden ja käsivarren liikkeet ja pidätyskyky) ja psykkiset toiminnot (muisti, tunnistaminen, puheen selvyys, vaeltelu, epätavallinen käyttäytyminen) Analyysit: frekvenssit, prosentit, keskiarvot, hajonta, Khiin neliö, t- testi, Pearsonin korrelaatio, askeltava regressioanalyysi.	Tulokset: Itsenäisen toiminnan (FIL) taso vaihteli täysin itsenäisestä lievään vajavuuteen. Fyysinen aktiiviteetti, kroonisten sairauksien määrä, terveystarpeet, ikä, hoidon antaja ennustivat itsenäistä suoriutumista.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Valderrama-Gama E, Damián J, Del Molino JP, Lopez MR, Perez ML & Iglesias FJG 2000. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people.	Tavoitteena arvioida päivittäisiä toimintoja (18) ja itsearvioitua terveyttä iäkkäillä. Stratifioitu otanta: 781 yli 65 -vuotiaasta kotona asuvaa. Haastattelut.	Mittarit: Barhtel -indeksi, Lawton-Brody (IADL) -indeksi. Analyysit: logistinen regressioanalyysi.	Itse arvioituun terveyteen oli yhteydessä merkittävästi portaiden käyttö, pyörätuolilla liikkuminen, tuoliin ja sänkyyn ja sieltä siirtyminen sekä taloudellisten asioiden hoito, pyykinpesu ja kulkuvälineiden käyttö. Tärkeimmät päivittäisistä toiminnoista liittyivät liikkumiseen. Kunkin IADL -toiminnon vaikutus itsearvioituun terveyteen riippui toimintakyvyn tasosta perustoiminnoissa.

Iäkkäiden käsityksiä ja suoriutumisen kokemuksia kartoittavia tutkimuksia

<i>Tutkija, julkaisuvuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/johdopäätökset</i>
Backman, K 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito.	Tavoitteena oli kuvailla ja ymmärtää kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpitoa ja tuottaa ilmiötä kuvaava malli. Tutkimuksessa eroteltiin erilaisia itsestä huolenpidon tyyppisiä. Haastatteluaineisto 75 vuotta täyttäneitä (n = 40) henkilöitä. Uusi aineisto (n = 5) elämäkertahaastattelut.	I vaihe: analysoitiin grounded teoria - lähestymistavan jatkuvaa vertailevaa analyysiä käyttäen. II vaihe: alkuperäinen haastatteluaineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä III vaihe: kuvailevat tilastomenetelmät IV vaihe: induktiivinen sisällönanalyysi.	Paras toimintakyky oli omapäisesti itsestään huolehtivilla, heikoin luovuttaneilla. Luovutetusti itsestään huolehtivilla oli myös matalin itsearvostus ja elämään tyytyväisyys. Korkein elämään tyytyväisyys oli ulkoapäin ohjautuvasti ja korkein itsearvostus omavastuista itsestään huolehtivilla. Elämänhistoriallisessa tarkastelussa ilmeni: elämän taitekohtien luonne, reagointitapa, voimavarat, itsestä huolenpidon merkitys ja vanhenemisen kokemus.
Folden SL 1990. Perceptions of the Homebound.	Haluttiin ymmärtää kotiin sidottujen iäkkäiden omia näkemyksiä siitä, mitä merkitsee olla kotiin sidottu, ja minkälaista apua tarvitaan. Harkittu otanta: 7 kroonisesti sairasta iäkkästä.	Tutkimusmenetelmä: etnografinen metodi. Haastattelu ja kenttämuistiinpanot.	Tulokset: kotiin sidottuna oleminen merkitsee riippumattomuuden, sosiaalisten verkostojen, taloudellisen riippumattomuuden ja henkilökohtaisen hallinnan menetystä.
Helin S 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi.	Tarkoituksena oli kuvata, analysoida, tulkita ja ymmärtää, miten iäkkäät selviytyvät päivittäiseen elämäänsä liittyvistä haasteista ja tehtävistä, kun sairaudet ja toiminnanrajoitteet tuovat vaikeuksia. Aktiivinen haastattelu: 82 - 83 -vuotiasta (22), joilla ei ollut muistiongelmia.	Hermeneuttinen tutkimusote, konstruktiiivinen tiedonnäkemys. Sisällönanalyysi, johon kuului tiivistys, teemojen tunnistus, luokittelu, analyysi ja tulkinta.	Selviytyminen toiminnan rajoitteiden kanssa on asteittainen muutosprosessi. Päivittäisiä toimintoja kompensoidaan joko aktiivisilla tai passiivisilla strategioilla. Huomio tulisi kohdistaa sosiaaliseen osallistumiseen ja vapaa-ajan aktiviteetteihin, koska toimintakyvyn rajoitteet huomataan niissä ensin.

Liite 5-2

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Junttila M, Lintonen T & Jylhä M 2002. Hyvin vanhojen vertailevat terveysarviot ja niiden selittäjät.	Tarkoituksena oli selvittää hyvin iäkkäiden omia terveysarvioita verrattuna muihin samanikäisiin ja yhteyttä siihen, että terveys arvioidaan muita paremmaksi. Otos: 80 - 89 - vuotiaita, 367 haastateltiin.	Mittarit: PADL, IADL, sairauksien määrä, sosiaalinen osallistuminen, elämään tyytyväisyys. Ristiintaulukointi, Khii toiseen, logistinen ja multinominaalinen regressioanalyysi.	Positiivisia terveysarvioita selitti ikä, keskinkertainen ja hyvä toimintakyky, pieni haittaavien sairauksien määrä, aktiivinen sosiaalinen osallistuminen, ja tyytyväisyys elämään. Tulokset tukivat teoriaa terveydelle asetettävien vaatimusten laskusta vanhetessa.
Hellström Y & Hallberg IR 2001. Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life.	Tarkoituksena oli tutkia toiminnallista terveyttä, sairauksia, koettua elämänlaatua. Otos: 448 yli 75 - vuotiasta kotona asuvaa, jotka saivat läheisten tai ammattiapua.	Mittarit: demograafiset tekijät, asumisolosuhteet, asuinkumpanit, terveys, sairaus, elämänlaatu, avun saanti. Analyysit: Regressionanalyysi.	Suuri osa avusta saatiin läheisiltä ADL- ja IADL-toiminnoissa. Rajoittunutta toimintakykyä kuvasi 20 - 40 % vastaajista, joista kolmasosa kuvasi heikkoa elämänlaatua. Heikkoon elämänlaatuun oli yhteydessä vaivat, rajoittunut kyky olla yksin ja asua yksin.
Nores T 1993. Olemassaolokokemus. Naisvanhuspotilaan olemassaolokokemusta koskeva käsitteellinen ja empiirinen analyysi.	Testattiin substantiivista teoriaa naisvanhuspotilaan olemassaolokokemuksesta. Selvitettiin murtumisen ja pärjäämisen kokemuksia. Haastateltiin 120 vanhusta laitoksessa.	Menetelmät: 96 osiota sisältävä lomake, frekvenssi- ja prosenttijakaumat, ristiintaulukointi, osioanalyysi.	Tuloksena 12 selviytymistä selittävää tekijää: ymmärretään, tulla kuulluksi, olla oma itsensä, olla pidetty ja hyväksytty, huolien purkaminen, kärsimyksen ottaminen todesta, tuen saaminen, riittävästi ohjelmaa, osaston hyvä henki, ei tarvitse pelätä hoitajia, varovaisuus hoidossa sekä mielitekojen, halujen ja kannanottojen huomioon ottaminen.

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Peltonen R 1994. Sosiaalinen tuki, elämän hallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla.	Selvitettiin keski- ikäisten naisten kokemaa terveyttä, ja sitä miten sosiaalinen tuki ja elämäntarkoitus selittävät häiritseviä oireita. Postikysely. Otos: 1547 51- ja 55 - vuotiaita.	Mittarit: elämään tyytyväisyys, elämäntarkoitus (kontrolli, ymmärrettävyys, tarkoituksellisuus), terveydentila, sosiaalinen tuki, oireet. Analyysit: jakaumat, frekvenssit, riippuvuudet, korrelaatiot, lohkorekursiivinen malli, logilineaarinen malli.	Elämään tyytyväisyyteen oli yhteydessä 55 - vuotiailla puoliso, lapset, työ ja suvun sosiaalinen tuki. Elämäntarkoitukseen oli yhteydessä työ, siviilisäätty, selviytyminen kriiseistä, avoimuus sekä työyhteisön ja lasten sosiaalinen tuki. Terveystilaan oli yhteydessä naimisissa olo, koulutus, työ, estrogeenin käyttö, kroonisten sairauksien puuttuminen, työyhteisön sosiaalinen tuki, elämäntarkoitus ja toimeentulo.
Pietilä A-M & Tervo A 1998. Elderly Finnish People's experiences with coping at home.	Kuvattiin vanhusten kokemuksia kotona selviytymisestäään. Haastateltiin 20 yli 75 -vuotiaasta kotona asuvaa vanhusta.	Kohdennettu haastattelu ja laadullinen sisällönanalyysi.	Todettiin, että kotona selviytyminen muodostui sosiaalisista kontakteista, päivittäisistä tapahtumista elämän sisältönä ja aikaisemmista elämän kokemuksista. Kotona selviytymistä edisti terveydentila, hyvän olon kokemus ja turvallisuus.
Takkinen S 2000. Meaning in life and its relation to functioning in old age.	Tarkasteltiin elämän tarkoituksellisuuden ja sisällön yhteyksiä kognitiiviseen kyvykkyyteen ja liikunta- aktiivisuuden vaikutusta elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen, terveyteen ja toimintakykyyn.	Kartoitettiin psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä. Haastattelukysymykset: elämäntarkoituksellisuus, koherenssi ja elämäntarkoitus. Ikivihreät -projektin aineistot: 65 - 92 - vuotiaat.	Elämän tarkoituksellisuuden voimakkuus ei ollut riippuvainen kognitiivisen kyvykkyyden tasosta, mutta sen sisältö oli yhteydessä kognitiiviseen kyvykkyyteen. Liikunta- aktiivisuus lisäsi elämäntarkoituksellisuutta, nämä henkilöt myös arvioivat myönteisesti toimintakykyään ja terveyttään.

Liite 5-4

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Vaarama M & Kaitsaari T 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi.	Tutkittiin ikääntyneiden elinolojen, toimintakyvyn ja päivittäisen suoriutumisen vaihtelua iän, sukupuolen ja asuinalueen mukaan. Satunnaisotos, yli 60 -vuotiaat.	Mittarit: fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky. Analyysit: faktorianalyysi, Cronbachin alpha.	Todettiin: asunnon ja asuinympäristön liikuntaesteet, korkea ikä ja IADL -vaikeudet estivät kotona selviytymistä. Koherenssin tunteella oli yhteyttä itsenäiseen selviytymiseen. Puolison ja lasten avun merkitys oli suuri. Koettu terveydentila oli subjektiivista hyvinvointia määrittelevä tekijä ja hyvä elämänhallinnan tunne lisäsi tyytyväisyyttä elämään.

Suoriutumisen ja toimintakyvyn tutkimusten meta-analyysejä

<i>Tutkija, julkaisu- vuosi ja tutkimus</i>	<i>Tarkoitus/tavoitteet, ongelmat, aineisto</i>	<i>Käytetyt mittarit/ analyysimenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset/ johtopäätökset</i>
Knigh M. 2000. Cognitive ability and functional status.	Tutkittiin toimintakyvyn (functional ability) käsitteen kehittymistä ja kognitiivisen dimension sisällymistä siihen.	Kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Tuhansista lähteistä: CINAHL, PsycLit, MedLine. Laaja otos vuosilta 1960-1998	Tuloksena neljä luokkaa: 1) toimintakyky käyttäytymisenä, 2) kognitio erillisenä toimintakyvystä, 3) kognitio välineellisiin toimintoihin kytkeytyneenä ja 4) kognitio toimintakyvyn dimensiona.
Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J & Rubenstein LZ 1993. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials.	Meta-analyysi: 28 kontrolloitua tutkimusta (trial), jotka käsittivät 4959 koehenkilöä ja 4912 kontrollihenkilöä sijoitettuna viiteen CGA -tyyppiin (hoitopaikkakohtaiseen luokkaan) mukana myös kotipalvelu ja avosairaanhoito.	Tutkimusten aineisto hankittiin MEDLINE:n kautta ja analysoitiin uudelleen, laskettiin OR:t yhdistäen tulokset regressioanalyysin avulla.	Voitiin todeta: CGA - ohjelmat geriatrisessa evaluaatiossa ovat tehokkaita iäkkäiden eloonjäämisen ja toimintakyvyn parantamisessa.

Muuttujaluettelo

Taustamuuttajat: (liite 12-1)

- Ikä (kys. 2 -3)
- Sukupuoli (kys. 4)
- Siviilisääty (kys. 5)

Riippuvat/selitettävät muuttajat:

Itsensä hoitamisen (BADL) summamuuttuja: (liite 12 - 1,2)

(pisteitä 7 - 28, kysymykset 6 - 12, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Pukeutuminen
- Koko vartalon pesu
- Ulkonäöstä huolehtiminen
- WC-käynneistä huolehtiminen
- Kotona liikkuminen
- Vuoteesta nousu ja sinne meno
- Ruokailusta ja syömisestä huolehtiminen

Talouden hoidon ja ympäristön hallinnan (IADL) summamuuttuja: (liite 12 - 2,3)

(pisteitä 7 - 28, kysymykset 13 - 19, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Ruuan valmistaminen
- Kahvi- ja teeveden kuumentaminen
- Kodinhoito ja taloustyöt
- Ostosten tekeminen
- Raha-asioista huolehtiminen
- Puhelimen käyttö
- Kodin ulkopuolella liikkuminen

Sosiaalisten aktiviteettien ja harrastusten (AADL) summamuuttuja: (liite 12 - 3,4)

(pisteitä 6 - 24, kysymykset 20 - 25, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Viikoittaiset harrastukset
- Sosiaaliset kuukausittain tapahtuvat harrastukset
- Maailman tapahtumien seuraaminen lukemalla
- Maailman tapahtumien seuraaminen katselemalla ja kuuntelemalla
- Yhteydenpito omaisiin ja ystäviin
- Vuorovaikutus naapureiden kanssa

Riippumattomat/selittävät muuttajat:

Kognitiivisen tilan ja muistin summamuuttuja: (liite 12 - 4,5)

(pisteitä 8 - 32, kysymykset 26 - 33, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Kommunikaation ymmärtäminen
- Puheen selkeys ja ymmärrettävyys
- Hoitavien henkilöiden tunnistaminen
- Henkilön tietoisuus paikasta
- Henkilön tietoisuus ajasta
- Äskeisten tapahtuminen muistaminen
- Tärkeiden menneiden tapahtumien muistaminen
- Muistihäiriöiden esiintyminen

Mielialan/masentuneisuuden summamuuttuja: (12 – 6,7)

(pisteitä 5 - 20, kysymykset 34 - 38, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Masentuneisuuden ja surullisuuden osoittaminen tai näyttäminen
- Jännittyneisyyden tai ahdistuneisuuden osoittaminen
- Itkeminen
- Pessimismin tai toivottomuuden osoittaminen tulevaisuuden suhteen
- Huolestuneisuuden osoittaminen ympäristössä tapahtuvien asioiden suhteen

Fyysistä terveydentilaa kuvaavat muuttujat (liite 12 – 7,8)
(kysymykset 40 - 42)

- Kuulo (pisteitä 1- 4)
- Näkö (pisteitä 1- 4)
- Yli- tai alipaino (pisteitä 1- 4)

Sosiaalisen tuen laadun summamuuttuja (liite 12 – 8,9)
(pisteitä 5 - 20, kysymykset 47 - 51, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Ystävien ja omaisten yhteydenpidon useus
- Omaisten ja ystävien suhtautuminen iäkkääseen henkilöön
- Omaisten ja ystävien suhtautuminen henkilön vanhenemiseen
- Läheisten ja ystävien antama käytännöllinen apu
- Samassa taludessa asuvat henkilöt

Sosioekonomisen tilanteen summamuuttuja (liite 12 – 9,10)
(pisteitä 7 - 28, kysymykset 52 - 58, jokaisen osion pisteet 1- 4)

- Henkilön peruskoulutus
- Henkilön entinen ammatti
- Henkilön tulotaso
- Toimeentulon riittävyys
- Asunnon omistussuhde
- Asuinympäristön viihtyvyys
- Asunnon varustetaso

Erilaisten masentuneeseen mielialaan liittyvien ilmaisujen käyttö vähintään yhden kerran kuluneen viikon aikana (pisteitä 0-14, kysymys 39) (liite 12-7)

Vaihtoehdot: on tai ei ole käyttänyt

- "Vanhetessaan ihminen käy tarpeettomaksi"
- "Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aikaisemmin"
- "Huolestuneisuus vaikuttaa unen saantiin"
- "Toisinaan tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista"
- "En ole yhtä onnellinen kuin nuorena"
- "Minulla on paljon surun aiheita"
- "Pelkään monia asioita"
- "Suutun herkemmin kuin aikaisemmin"
- "Elämä on minulle useimmiten vaikeaa"
- "Otan yleensä asiat raskaasti"
- "Hermostun helposti"
- "Tunnen itseni yksinäiseksi"
- "En tapaa riittävän usein ystäviä ja tuttavlia"
- "Tunnen itseni masentuneeksi"

Erilaisten lääkkeiden säännöllinen käyttö (liite 12-8)
(pisteitä 0-9, kysymys 45)

Vaihtoehdot: käyttää tai ei käytä

- Sydämen vaajatoimintalääkettä
- Verenpainelääkettä
- Angina pectoris -lääkettä
- Sokeritautilääkettä
- Särkylääkettä
- Antikoagulanttihoitoa
- Psykyken lääkettä
- Unilääkettä
- Virtsatieinfektioalääkettä
- Muu lääke

Sosiaalisen tuen määrä (liite 12 – 8)

Erilaisten tukihenkilöiden (muut kuin "ammattiauttajat") yhteydenpito potilaaseen kuluneen viikon aikana (pisteitä 0 - 9, kysymys 46)

Vaihtoehdot: pitää yhteyttä tai ei pidä yhteyttä

- Aviopuoliso tai avopuoliso
- Lapset tai heidän perheensä
- Muut sukulaiset
- Läheinen ystävä
- Naapuri
- Ystäväpalvelusta
- Vapaaehtoisjärjestön työntekijä
- Muu maksettu apu
- Jokin muu

Erilaisten vaivojen, kipujen ja oireiden esiintyminen kuluneen viikon aikana (liite 12 - 8)

(pisteitä 0 - 14, kysymys 44)

Vaihtoehdot: esiintyy tai ei esiinny

- Rintakipua
- Hengenahdistusta
- Selkäsärkyä
- Nivelkipuja
- Niska- tai hartiakipuja
- Päänsärkyä
- Vatsavaivoja
- Ripulia
- Ummetusta
- Virtsamisvaikeuksia
- Ruokahaluttomuutta
- Pahoinvointia
- Huimausta
- Unettomuutta

Muuttujien pisteytys

Perustoiminnoista (BADL) ja välineellisistä (IADL) toiminnoista suoriutumisen summamuuttujien luokittelu neljään luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujien pisterajat
Täysin itsenäisesti suoriutuva	10 tai alle
Osin itsenäisesti suoriutuva	11-15
Avun turvin suoriutuva	16-20
Täysin autettuna suoriutuva	21 tai yli

Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumisen summamuuttujan luokittelu neljään luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujien pisterajat
Erittäin aktiivinen, on useita harrastuksia	10 tai alle
Aktiivinen, on harrastuksia	11-15
Ei kovin kiinnostunut aktiviteeteistä	16-20
Ei lainkaan kiinnostunut aktiviteeteistä	21 tai yli

Kokonaissuoriutumisen (ADL) summamuuttujan luokittelu neljään luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujan pisterajat
Täysin itsenäisesti suoriutuva	30 tai alle
Osin itsenäisesti suoriutuva	31-40
Avun turvin suoriutuva	41-50
Täysin autettuna suoriutuva	51 tai yli

Perustoiminnoista toiminnoista (BADL) suoriutumisen summamuuttujat luokiteltuna kahteen luokkaan:

Suoriutumisen taso	Summamuuttujan pisterajat
Täysin itsenäinen	10 tai alle
Osin itsenäinen/tarvitsee auttajan	11 tai yli

Välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumisen summamuuttuja luokiteltuna kahteen luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujan pisterajat
Jokseenkin itsenäinen	15 tai alle
Osin itsenäinen/tarvitsee apua	16 tai yli

Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumisen summamuuttuja luokiteltuna kahteen luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujan pisterajat
Aktiivinen, on harrastuksia	10 tai alle
Ei kovin kiinnostunut aktiviteeteistä	11 tai yli

Kokonaissuoriutumisen (ADL) summamuuttuja luokiteltuna kahteen luokkaan

Suoriutumisen taso	Summamuuttujan pisterajat
Jokseenkin itsenäinen ja aktiivinen	40 tai alle
Ei täysin itsenäinen, ei kovin aktiivinen	41 tai yli

Kognitiivisen tilan/muistitoimintojen summamuuttujan luokittelu

Kognitiivisten toimintojen taso	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvät kognitiiviset toiminnot	10 tai alle
Hyvät kognitiiviset toiminnot	11-15
Vähän heikentyneet kognitiiviset toiminnot	16-20
Heikot kognitiiviset toiminnot	21 tai yli

Mielialan/masentuneisuuden summamuuttujan luokittelu

Masentuneisuuden taso	Summamuuttujan pisterajat
Ei lainkaan masentunut	10 tai alle
Hieman masentuneisuutta	11-15
Jonkin verran masentunut	16-20
Erittäin masentunut	21 tai yli

Sosiaalisen tuen laadun summamuuttujan luokittelu

Sosiaalisen tuen laadun taso	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvä	10 tai alle
Melko hyvä	11-15
Tyydyttävä	16-20
Heikko	21 tai yli

Kognitiivisen tilan/muistitoimintojen summamuuttujan luokittelu

Kognitiivisten toimintojen taso	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvät kognitiiviset toiminnot	10 tai alle
Heikentyneet kognitiiviset toiminnot	11 tai yli

Kognitiivisen tilan/muistitoimintojen summamuuttujan luokittelu

Kognitiivisten toimintojen taso	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvät kognitiiviset toiminnot	10 tai alle
Hyvät kognitiiviset toiminnot	11-15
Vähän heikentyneet kognitiiviset toiminnot	16 tai yli

Mielialan/masentuneisuuden summamuuttujan luokittelu

Masentuneisuuden taso	Summamuuttujan pisterajat
Ei lainkaan masentunut	10 tai alle
Jonkin verran masentunut	11- tai yli

Sosiaalisen tuen laadun summamuuttujan luokittelu

Sosiaalisen tuen laadun taso	Summamuuttujan pisterajat
Hyvä	10 tai alle
Tyydyttävä	11 tai yli

Sosio-ekonomisen tilanteen summamuuttujan luokittelu

Sosioekonominen tilanne	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvä	10 tai alle
Melko hyvä	11-15
Tyydyttävä	16-20
Heikko	21 tai yli

Sosio-ekonomisen tilanteen summamuuttujan luokittelu

Sosioekonominen tilanne	Summamuuttujan pisterajat
Erittäin hyvä	15 tai alle
Kohtalainen	16 tai yli

TOIMITUSKIRJA
Ote päätösluettelosta
11.9.1991 21/1991

348 \$
Anja Tiikasen ja Ritva Raatikaisen tutkimuslupahakemus

Terveydenhuollon toimitusjohtaja päätti antaa Anja Tiikaselälle ja Ritva Raatikaiselle luvan suorittaa tutkimuksen "Muistihäiriöiden yhteys iäkkäiden suoriutumiseen päivittäisestä elämästään kotisairaanhoidossa" siten, että

- tutkimus voidaan toteuttaa terveyskeskuksessa,
- keskuksessa Terveysjohtajien lausunnoista ilmenevässä laajuudessa ja

terveys-
Päätösluettelonote tutkijoille (liitteenä terveysjohtajien lausunnot), terveyskeskuksille ja eettiselle toimikunnalle.

Numero 856
Päivämäärä 11.9.1991

Anja Tiikanen
Museokatu 36 C 46
00100 HELSINKI

Vite
Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Myönnän luvan tutkimuksen tekemiseen, jonka tarkoituksena on selvittää, mikä yhteys erityisesti muistihäiriöillä on vanhuksen kotona selviytymiseen, kaupungin terveyskeskuksessa.

OTE PÖYTÄKIRJASTA 7/2001

21.8.2001

144 \$
ANJA VALLAN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Hakija Terveydenhuollon maisteri Anja Valta
Aihe Iäkkäiden toimintakyky ja suoriutuminen päivittäisestä elämäisestään - Toimintakyvyn ja suoriutumisen arviointi teoreettisesti tarkasteltuna, kotisairaanhoidotajien tekemänä ja suoriutuminen iäkkäiden kokemana (väitöskirja)
Päätös Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmä päätti puoltaa tutkimusluvan myöntämistä tutkimuslupahakemuslomakkeeseen liitetyn ehdoin.

Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen kuvattuna prosentteinaTaulukko 1. *Perustoiminnoista (BADL) suoriutuminen (N=204)*

BADL	Suoriutuminen				Yhteensä %
	Täysin itsenäisesti %	Osin itsenäisesti %	Avun turvin %	Täysin autettuna %	
Vuoteeseen meno ja nousu	91	6	2	1	100
WC:ssä käyminen	91	7	1	1	100
Ruokailu ja syöminen	84	12	4	-	100
Pukeutuminen	68	23	7	2	100
Kotona liikkuminen	55	43	1	1	100
Koko vartalon pesu	40	20	36	4	100
Ulkonäöstä huolehtiminen	38	42	17	3	100

Taulukko 2. *Välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutuminen (N=204)*

IADL	Suoriutuminen				Yhteensä %
	Täysin itsenäisesti %	Osin itsenäisesti %	Avun turvin %	Täysin autettuna %	
Veden kuumentaminen	82	6	6	6	100
Puhelimen käyttö	59	23	13	5	100
Raha-asioiden hoito	39	16	22	23	100
Ruuan valmistus	25	32	28	15	100
Kodin ulkopuolella liikkuminen	13	21	24	42	100
Ostosten teko	10	8	30	52	100
Kodin hoito, taloustyöt	8	45	27	20	100

Taulukko 3. Kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutuminen (N=204)

AADL	Osallistuminen				
	Erittäin aktiivinen	Aktiivinen	Passiivinen	Erittäin passiivinen	Yhteensä
	%	%	%	%	%
Tapaht.seuraam.TV/radion välityksellä	32	26	34	8	100
Yhteydenpito omaisiin ja ystäviin	30	39	20	11	100
Tapaht.seuraaminen lukemalla	27	30	22	21	100
Vuorovaikutus naapurien kanssa	14	27	45	14	100

Taulukko 4. Erilaiset yksilölliset ja sosiaaliset harrastukset kehittyneistä toiminnoista suoriutumisenä (N=204)

Harrastukset ja sosiaaliset aktiviteetit	Toimintaa harjoittaneiden osuus %
Aikakauslehtien lukeminen viikoittain	64
Vierailu ystävien ja sukulaisten luona kuukausittain	45
Kirjojen lukeminen tai äänitteiden kuuntelu viikoittain	38
Ulkoilu, kävely, liikunta yms. kuukausittain	30
Kirkko yms., kerhot, yhdistykset kuukausittain	21
Erytisharrastus esim. kirjoittaminen, maalaaminen viikoittain	10
Käsi- tai puutöiden tekeminen, askartelu viikoittain	7
Teatteri, konsertti, matkustaminen kuukausittain	4

Terveydentilan ja elämäntilanteen tekijöitä kuvattuna prosentteinaTaulukko 1. *Kognitiivinen tila iäkkäillä (N=204)*

	Kognitiivisten tilan laatu				Yht. %
	Erittäin hyvä %	Jokseen- kin hyvä %	Vähän heikentynyt %	Erittäin huono %	
Kognitiiviset toiminnot					
Tietoisuus paikasta	93	2	5	-	100
Kommunikaat. ymmärtäm.	89	9	2	-	100
Tietoisuus ajasta	71	16	4	9	100
Puheen loogisuus	67	29	4	-	100
Äskeisten tapaht. muistam.	63	21	11	5	100
Menneiden tapaht. muistam.	63	18	17	2	100
Hoitajien tunnistaminen	52	29	18	1	100
Muisti hoitajien arvioimana	47	34	15	4	100

Taulukko 2. *Masentuneisuuden ilmeneminen iäkkäillä (kuluneen viikon aikana)
N=204*

	Masentuneisuuden ilmenemisen useus				Yht. %
	Ei yhtään kertaakaan %	Harvoin %	Melko usein %	Usein %	
Mielialan kuvaajat					
Itkeminen	80	15	5	-	100
Pessimistinen suht.tulevaisuut.	53	34	11	2	100
Ahdistuksen/jännityks.ilm.	52	34	12	2	100
Masennuksen/surun ilm.	49	30	18	3	100
Huolestuneisuuden ilmais.	33	47	17	3	100

Taulukko 3. *Masentuneeseen mielialaan liittyvien ilmaisujen esittäminen (vähintään
kerran kuluneen viikon aikana). N=204*

Esitetyt ilmaisut	On esittänyt %
1. "Tunnen itseni yksinäiseksi"	35
2. "Vanhetessaan ihminen käy tarpeettomaksi"	23
3. "Huolestuneisuus vaikuttaa unen saantiin"	22
4. "Toisinaan tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista"	22
5. "Elämä on minulle useimmiten vaikeaa"	22
6. "En tapaa riittävän usein ystäviä ja tuttaviam"	20
7. "Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aikaisemmin"	19
8. "Tunnen itseni masentuneeksi"	19
9. "En ole yhtä onnellinen kuin nuorena"	18
10. "Minulla on paljon surun aiheita"	18
11. "Pelkään monia asioita"	16
12. "Hermostun helposti"	16
13. "Otan yleensä asiat raskaasti"	12
14. "Suutun herkemmin kuin aikaisemmin"	3

Taulukko 4. *Sosiaalista tukea kuluneen viikon aikana antaneiden/yhteydessä olleiden määrä (N=204)*

Tukihenkilöt (muut kuin "ammattiauttajat")		On ollut yhteydessä %
1.	Lapset tai heidän perheensä	55
2.	Muut sukulaiset	51
3.	Läheinen ystävä	32
4.	Naapuri	31
5.	Avio- tai avopuoliso	16
6.	Muu maksettu apu	10
7.	Vapaaehtoisjärjestön työntekijä	5
8.	Ystäväpalvelu	3
9.	Muu	7

Taulukko 5. *Sosiaalisen tuen laatu ja luonne (N=204)*

Tuen luonne	Tuen laatu					
	Erittäin hyvä %	Melko hyvä %	Tyydyttävä %	Heikko %		
Omaisten/ystävien suhtautuminen henkilön vanhenemiseen	67	26	4	3		100
Omaisten/ystävien suhde potilaaseen	51	31	14	4		100
Omaisten/ystävien yhteydenpidon useus	49	37	12	2		100
Omaisten/ystävien käytännöllinen apu	30	28	32	10		100
Tukihenkilöitä samassa taloudessa *	15	9	1	75		100

*Puoliso (15 %), sukulaiset (9 %), ystäviä (1 %) ja yksinasuvia (75 %).

Taulukko 6. *Erilaisten vaivojen, kipujen tai oireiden esiintyminen (N=204)*

Vaivat tai oireet		On esiintynyt %
1.	Huimausta	51
2.	Nivelkipuja	42
3.	Unettomuutta	34
4.	Selkäsärkyä	30
5.	Hengenahdistusta	29
6.	Niska- tai hartiakipuja	29
7.	Ruokahaluttomuutta	29
8.	Päänsärkyä	23
9.	Rintakipua	22
10.	Vatsavaivoja	21
11.	Ummetusta	21
12.	Virtsaamisvaikeuksia	21
13.	Pahoinvointia	12
14.	Ripulia	8

Taulukko 7. *Säännöllisesti käytetyt lääkkeet (N=204)*

Käytetty lääke	On käytetty %
1. Sydämen vajaatoimintalääke	70
2. Särkylääke	46
3. Angina pectoris -lääke	40
4. Verenpainelääke	39
5. Unilääke	38
6. Sokeritautilääke	23
7. Psykykenlääke	22
8. Virtsatieinfektio lääke	18
9. Antikoagulanttihoito	6
10. Muu lääke	58

Taulukko 8. *Henkilön kuulo, näkö ja paino (N= 204)*

		%	Yht. %
Kuulo	hyvä	63	
	tydyttävä	28	
	huono	9	
	täysin kuuro	-	100
Näkö	hyvä	48	
	tydyttävä	37	
	huono	13	
	täysin sokea	2	100
Yli- tai alipaino	normaalipainoinen	57	
	hieman yli- tai alipainoinen	26	
	selvästi yli- tai alipainoinen	14	
	ylipainoa runsaasti tai huomatt. alipainoinen	3	100

Taulukko 9. Sosioekonominen tilanne (N=204)

Sosioekonomisen tilanteen kuvaaja	Sosioekonomisen tilanteen taso				
	Hyvä	Melko hyvä	Tyydyttävä	Huono	
	%	%	%	%	%
Asunnon omistussuhde*	67	27	6	-	100
Asunnon varustetaso*	54	30	14	2	100
Asuinympäristön viihtyisyys*	52	38	8	2	100
Toimeentulon riittävyys*	25	32	39	4	100
Entinen ammatti*	10	9	46	35	100
Peruskoulutuksen taso*	7	8	73	12	100
Henkilön tulotaso*	9	24	53	14	100

*Sosioekonomisen tilanteen kuvaajissa käytetty tasokuvaus:

Asunnon omistussuhde:

hyvä = oma asunto; melko hyvä = vuokra-asunto; tyydyttävä = muu esim. palvelutalo

Asunnon varustetaso:

hyvä = kaikki mukavuudet, jääkaappi, pesukone; melko hyvä = mukavuudet, ei pesukonetta; tyydyttävä = WC ja suihku, mutta portaita asuntoon mentäessä; huono = ei suihkua, ei jääkaappia

Asuinympäristön viihtyisyys:

hyvä = luonnonläheisyys ja rauhallisuus; melko hyvä = esim. liikenne häiritsee; tyydyttävä = joitain epäviihtyvyystekijöitä tai turvallisuusriskejä; huono = kaikin puolin epäviihtyisä ja runsaasti turvallisuusriskejä (tiiviisti rakennettu, liikennehaittoja)

Toimeentulon riittävyys:

hyvä = tulee hyvin toimeen; melko hyvä = riittävä toimeentulo (rahaa jää joskus esim. matkoihin); tyydyttävä = rahat riittävät harkitusti käytettynä; huono = tulot eivät riitä menoihin

Entinen ammatti (viimeksi käytetyn ammattinimikkeen mukaan):

hyvä = johtavassa asemassa, työnantaja, ylempi toimihenkilö tai yksityisyrittäjä; melko hyvä = alempi toimihenkilö; tyydyttävä = ammattitaitoinen työntekijä; huono = työntekijä, ammattitaidoton

Peruskoulutuksen taso:

hyvä = ylioppilastutkinto tai lukio; melko hyvä = keskikoulu; tyydyttävä = kansakoulu; huono = vähemmän kuin kansakoulu

Henkilön tulotaso:

hyvä = hyvät rahalliset tulot (hyvä eläke ja muita tuloja); melko hyvä = kohtalaiset tulot (hyvä eläke); tyydyttävä = tyydyttävät tulot (vanhuuseläke ja työeläke); huono = pienet tulot (esim. vanhuuseläke ja lisät)

Päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltuna ristiintaulukointien avulla

Taulukko 1. *Henkilön kognitiivisen tilan yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen*

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot				Yhteensä (n=204) %
	Erittäin hyvä (n=111) %	Jokseenkin hyvä (n=54) %	Vähän heikentynyt (n=20) %	Erittäin huono (n=19) %	
BADL -suoriutuminen					
Täysin itsenäisesti	71	56	60	26	62
Osin itsenäisesti	26	44	25	37	32
Avun turvin	3	-	10	32	5
Täysin autettuna	-	-	5	5	1
Yhteensä	100	100	100	100	100

Fisherin eksakti testi 35,694; $p < 0,001$

Taulukko 2. *"Elämä on minulle useimmiten vaikeaa" -ilmaisun viikoittaisen esiintymisen yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen*

	"Elämä on minulle useimmiten vaikeaa" -ilmaisu		
	Ei (n=159) %	Kyllä (n=45) %	Yhteensä (n=204) %
BADL -suoriutuminen			
Itsenäinen	65	49	62
Avun turvin	35	51	38
Yhteensä	100	100	100

Khiin neliö 4,053 (df 1); $p = 0,044$

Taulukko 3. *Läheisen ystävän kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen*

	Ystävän yhteydenpito		
	Ei (n=139) %	Kyllä (n=65) %	Yhteensä (n=204) %
BADL-suoriutuminen			
Itsenäinen	57	72	62
Avun turvin	43	28	38
Yhteensä	100	100	100

Khiin neliö 4,490 (df 1); $p = 0,034$

Taulukko 4. Nivelkipujen ilmenemisen yhteys perustoiminnoista (BADL) suoriutumiseen

	Nivelkipujen ilmeneminen		
	Ei ilmene (n=119)	Ilmenee (n=85)	Yhteensä (n=204)
BADL -suoriutuminen	%	%	%
Itsenäisesti	69	52	62
Avun turvin	31	48	38
Yhteensä	100	100	100

Khiin neliö 6,170 (df 1); $p = 0,013$

Taulukko 5. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot			
	Erittäin hyvä (n=111)	Jokseenkin hyvä (n=54)	Heikentynyt (n=39)	Yhteensä (n=204)
IADL- suoriutuminen	%	%	%	%
Täysin itsenäisesti	17	15	3	14
Osin itsenäisesti	38	24	13	29
Avun turvin	38	43	18	35
Täysin autettuna	7	19	66	22
Yhteensä	100	100	100	100

Fisher 54.626; $p < 0.001$

Taulukko 6. Naapurin kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys välineellisistä toiminnoista (IADL) suoriutumiseen

	Naapurin yhteydenpito		
	Ei (n=140)	Kyllä (n=64)	Yhteensä (n=204)
IADL-suoriutuminen	%	%	
Itsenäinen	38	55	43
Avun turvin	62	45	57
Yhteensä	100	100	100

Khiin neliö 5,072 (df 1); $p = 0,024$

Taulukko 7. Henkilön kognitiivisen tilan yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Kognitiivinen tila/muistitoiminnot			Yhteensä (n=204) %
	Erittäin hyvä (n=111) %	Jokseenkin hyvä (n=54) %	Heikentynyt (n=39) %	
AADL-suoriutuminen				
Erittäin aktiivinen	52	30	8	38
Aktiivinen	43	65	72	54
Ei aktiivinen	5	5	20	8
Yhteensä	100	100	100	100

Fisherin testi 32.868; $p < 0.001$

Taulukko 8. Masennusilmausten esiintymisen lukumäärän yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Masennusilmausten lukumäärä viikon aikana			Yhteensä (n=204) %
	0 -1 (n=92) %	2 tai enemmän (n=112) %		
AADL-suoriutuminen				
Aktiivinen	29	45		38
Ei aktiivinen	71	55		62
Yhteensä	100	100		100

Khiin neliö 5,029 (df 1); $p = 0,025$

Taulukko 9. "Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aiemmin" ja "Minulla on paljon surun aiheita" -ilmaisujen viikoittaisen esiintymisen yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	"Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aiemmin" *1)		"Minulla on paljon surun aiheita" *2)		Yhteensä (n=204) %
	Ei (n=166) %	Kyllä (n=38) %	Ei (n=168) %	Kyllä (n=36) %	
AADL-suoriutuminen					
Aktiivinen	34	53	34	53	38
Ei aktiivinen	66	47	66	47	62
Yhteensä	100	100	100	100	100

*1)Khiin neliö 4,404 (df 1); $p = 0,036$ *2)Khiin neliö 4,204 (df 1); $p = 0,040$

Taulukko 10. Henkilön sosiaalisen tuen laadun yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Sosiaalisen tuen laatu			Yhteensä (n=204)
	Erittäin hyvä (n=121)	Hyvä (n=70)	Heikko (n=13)	
AADL -suoriutuminen	%	%	%	%
Aktiivinen	43	36	-	38
Ei aktiivinen	57	64	100	62
Yhteensä	100	100	100	100

Khiin neliö 9,413 (df 2), p = 0,009

Taulukko 11. Henkilön sosiaalisen tuen määrän yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Sosiaalisen tuen antajien lukumäärä			Yhteensä (n=204)
	Yksi tai vähemmän (n=61)	2-3 tuen antajaa (n=124)	4 tai enemmän (n=19)	
AADL -suoriutuminen	%	%	%	%
Itsenäisesti	23	44	47	38
Avun turvin	77	56	53	62
Yhteensä	100	100	100	100

Khiin neliö oli 8,208 (df 2) p = 0,017

Taulukko 12. Sukulaisten kuluneen viikon aikana tapahtuneen yhteydenpidon yhteys kehittyneistä toiminnoista (AADL) suoriutumiseen

	Sukulaisten yhteydenpito		Yhteensä (n=204)
	Ei (n=101)	Kyllä (n=103)	
AADL -suoriutuminen	%	%	%
Aktiivinen	29	47	38
Ei aktiivinen	71	53	62
Yhteensä	100	100	100

Khiin neliö 6,945 (df 1); p = 0,008

Taulukko 13. *Summamuuttujien ja muiden muuttujien korrelaatiot perus- (BADL) ja välineellistä (IADL) sekä kehittyneistä (AADL) toiminnoista suoriutumiseen*

Terveystilan ja elämäntilanteen muuttujat	Suoriutuminen			
	BADL	IADL	AADL	ADL
Kognitiiviset toiminnot (muisti)	.27	.42	.38	.43
Mieliala (masentuneisuus)	.02	.12	.09	.09
Masennusta kuvaavien ilmaisujen lukum.	-.02	-.10	-.01	-.07
Vaivojen lukumäärä	.00	.03	-.04	.05
Virtsamisvaikeudet	.30	.20	-.01	.24
Nivelkipu	.16	-.03	-.13	.02
Niska- ja hartiakivut	.02	-.07	-.18	-.06
Lääkkeiden lukumäärä	.06	.03	.00	.02
Särkylääke	.07	-.05	-.15	-.03
Virtsatieinfektio lääke	.31	.29	.08	.28
Sosiaalisen tuen laatu	.01	.01	.15	.09
Tukihenkilöiden lukumäärä	-.07	-.06	-.18	-.09
Ystäväpalvelu	.22	.13	.09	.18
Sosioekonominen tilanne	-.09	-.07	.12	-.05

*** (.25-) = $p < .001$, ** (.20-) = $p < .01$ ja * (.15-) = $p < .05$

Taulukkoon on koottu selittäjinä toimivien summamuuttujien lisäksi niiden osioista merkittävästi korreloivat muuttujat.

ARVIOINTILOMAKE JA LOMAKKEEN RAKENTAMINEN
VANHUSTEN KOTONA SUORIUTUMISEN JA SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVIEN
TEKIJÖIDEN ARVIOINTI

*Mittari on tutkijan tekemä tätä tutkimusta varten, selvitys muuttujista on liitteessä 7.
Lomakkeeseen on lisätty tiedot sen rakentamisessa käytetyistä mittareista ja lähteistä
kunkin osion jälkeen.*

VASTAUSOHJE

Ympyröi valitsemasi vastausvaihtoehdon numero tai kirjoita vastaus! On tärkeää, että vastaat jokaiseen kysymykseen. Vastaa kuluneen viikon tilanteen mukaisesti tai sen viikon mukaan, jolloin olet tavannut potilaan viimeksi.

Taustatiedot

1. Potilaan koodi: _____
(Merkitse koodi muistiin, sen avulla voidaan tarvittaessa tarkistaa tietoja.)
2. Potilaan syntymävuosi _____
3. Potilaan ikä (täyttää ko. iän 1991 aikana)
 - 1) 75 – 79 vuotta
 - 2) 80 – 84 vuotta
 - 3) 85 – 89 vuotta
 - 4) 90 vuotta ja yli
4. Potilaan sukupuoli
 - 1) Mies
 - 2) Nainen
5. Potilaan siviilisäätö
 - 1) Naimisissa tai avoliitossa
 - 2) Leski
 - 3) Eronnut
 - 4) Naimaton

Itsensä hoitaminen (BADL)

6. MITEN POTILAS SUORIUTUU PUKEUTUMISESTA?
 - 1) Täysin itsenäisesti (esim. etsii myös vaatteensa)
 - 2) Osittain itse, autetaan vähän (esim. vaatteiden etsimisessä)
 - 3) Pukee melkein kaiken itse (esim. ei pysty napittamaan)
 - 4) Ei pysty pukemaan mitään vaatteita päälleen itse
7. MITEN POTILAS SUORIUTUU KOKO VARTALON PESUSTA?
(kylvyssä käynnistä tai suihkutuksesta)
 - 1) Ilman toisen apua, valmistelee myös itse pesun
 - 2) Melkein itsenäisesti (esim. varataan saippua ja pyyhe tai avataan vesihanat tai kannustetaan peseytymään)
 - 3) Osin itse, autetaan paljon (esim. ammeeseen menemisessä tai jonkin kehon osan pesemisessä)
 - 4) Ei peseydy lainkaan itse (esim. myös vuodepesu)

8. MITEN POTILAS HUOLEHTII ULKONÄÖSTÄÄN?

(hiuksien, kynsien ja hampaiden hoito sekä parranajo)

- 1) Täysin itsenäisesti kaikesta
- 2) Pääosin itse, ei suoriudu kaikesta (esim. kynnet leikataan)
- 3) Selviytyy osittain itse, tarvitsee usein toisen apua (esim. hampaiden tai hiusten hoito)
- 4) Ei lainkaan pysty hoitamaan ulkonäköään

9. MITEN POTILAS SUORIUTUU WC:SSÄ KÄYNNEISTÄ?

- 1) Itsenäisesti (riisuu ja pukee housunsa, siistiytyy itse)
- 2) Osittain itse, autetaan tai ohjataan vähän (esim. istumaan, ylös nousussa)
- 3) Autetaan paljon (esim. housujen poisotto, pukeminen ja istumaan ja ylös auttaminen WC:ssä)
- 4) Kokonaan autettava (nostettava sängystä, tarvitsee alusastiaa, portatiivia, katetria, tai on tehty avanne)

10. MITEN POTILAS LIIKKUU KOTONA?

- 1) Kävelee ilman apua (vähintään noin 20 metriä)
- 2) Itsenäisesti apuvälineen avulla (esim. kävelytuen, pyörätuolin, kepin avulla)
- 3) Kulkee kotona vain toisen henkilön tukemana
- 4) Ei liiku, on vuoteessa tai tuolissa, tarvitsee kaksi nostajaa

11. MITEN POTILAS MENEÉ VUOTEeseen JA NOUSEE SIeltÄ?

- 1) Täysin omin avuin
- 2) Itsenäisesti apuvälineiden avulla (esim. nostotangon, nojatuen, tuolin ym. avulla)
- 3) Autettuna (esim. tuetaan pystyyn nousemisessa)
- 4) On vuoteessa ympäri vuorokauden

12. MITEN POTILAS SUORIUTUU RUOKAILUSTA JA SYÖMISESTÄ?

- 1) Ruokailee itsenäisesti, kun ruoka valmistetaan
- 2) Pääosin itse, saa vähän apua (esim. lihan tai leivän leikkaamisessa)
- 3) Osittain itse (esim. ruoka paloitellaan, leipä voidellaan)
- 4) Ei lainkaan, toisen on syötettävä

Osiot 6-7, 9-12: käytetty mittaria: Katz et al. 1963, Lawton & Brody 1969, Katz et al. 1970, Katz & Stroud 1989 (jätetty pois virtsanpidätyskyky) Osio 8: Mäkinen 1991.

Taloudenhoito ja ympäristön hallinta (IADL)

13. MITEN POTILAS SUORIUTUU RUUAN VALMISTAMISESTA?

- 1) Valmistaa itsenäisesti asianmukaiset ateriat
- 2) Valmistaa yksinkertaista syötävää (esim. puuroa)
- 3) Ei valmista aterioita, mutta lämmittää valmiit ateriat
- 4) Ei valmista itse, eikä lämmitä aterioita

14. MITEN POTILAS SELVIYTYY KAHVI- JA TEEVEDEN KUUMENTAMISESTA?

- 1) Täysin itsenäisesti
- 2) Kuumentaa veden, kun saa vähän apua (esim. hanan avaaminen)
- 3) Tarvitsee paljon apua (esim. veden ottaminen kattilaan tai liedestä huolehtiminen)
- 4) Ei selviydy, vaikka saisi apua

15. MITEN POTILAS SUORIUTUU KODINHOIDOSTA JA TALOUSTÖISTÄ?

- 1) Itsenäisesti (esim. siivoaa, pesee pyykin itse)
- 2) Tekee itse kevyet kotityöt (esim. tiskaa, sijaa vuoteen; saa apua siivouksessa ja pyykinpesussa)
- 3) Saa apua useimmissa taloustöissä (voi tiskata itse)
- 4) Ei tee mitään taloustöitä itse

16. MITEN POTILAS SUORIUTUU OSTOKSISTA?

- 1) Ostaa itse kaikki (myös vaatteet ja kulutustavarat)
- 2) Ostaa yleensä itse päivittäistavarat (esim. ruokatavarat)
- 3) Ostaa päivittäistavarat avustajan kanssa (myös joskus itse tekee pieniä ostoksia)
- 4) Ei käy ostoksilla lainkaan

17. MITEN POTILAS HUOLEHTII RAHA-ASIOISTAAN?

- 1) Hoitaa raha-asiansa itsenäisesti (esim. pankki, posti)
- 2) Maksaa itse päivittäistavarat ja pienet ostokset
- 3) Maksaa päivittäistavarat, ei pysty maksamaan laskujaan
- 4) Ei pysty huolehtimaan lainkaan raha-asioistaan

18. MITEN POTILAS KÄYTTÄÄ PUHELINTA?

- 1) Itsenäisesti, etsii myös numerot
- 2) Soittaa vain muutamaan (1-3) hyvin tuntemaansa numeroon
- 3) Vastaa puhelimeen, ei soita itse
- 4) Ei käytä tai ei ole puhelinta

19. MITEN POTILAS LIIKKUU YKSIN KODIN ULKOPUOLELLA

- 1) Liikkuu rajoituksetta, myös portaissa
- 2) Itsenäisesti lähellä ja kauempana tutuissa paikoissa
- 3) Rajoitetusti tutussa ympäristössä (esim. lepää välillä tai eksyy joskus)
- 4) Ei liiku lainkaan (esim. tarvitsee opastusta tai ei jaksa)

Osiot 13, 15 - 19: käytetty: Lawton 1970,1971, Lawton & Brody 1969 (ei otettu pyykinpesu, lääkehoito), osio 14: Koyano et al. 1988

Sosiaaliset aktiviteetit ja harrastukset (AADL)

20. MITÄ POTILAS HARRASTAA VIIKOITTAIN?

Ympyröi ko. vaihtoehtojen (kyllä, ei) numerot!	KYLLÄ	EI
1. Lukee aikakauslehtiä (ammatti-, harrastus- ym.)	1	0
2. Lukee kirjoja tai kuuntelee äänitteitä	1	0
3. Tekee käsitöitä tai puutöitä tai askartelee	1	0
4. Harrastaa jotain erityistä esim. kirjoittaa, maalaa ym.	1	0

21. MIHIN SOSIAALISIIN HARRASTUKSIIN POTILAS OSALLISTUU KUUKAUSITTAIN?

Ympyröi ko. vaihtoehtojen (kyllä, ei) numerot!	KYLLÄ	EI
1. Ulkoilu, kävely, liikunta (uinti, ryhmäliikunta)	1	0
2. Kirkko tai hengelliset tilaisuudet tai yhdistys- tai kerhotoiminta (esim. päiväkeskus)	1	0
3. Vierailut ystävien, sukulaisten tai tuttavien luona tai perhejuhliin osallistuminen	1	0
4. Käynnit teatterissa, elokuvissa tai konserteissa tai matkustaminen kotimaassa tai ulkomailla	1	0

22. MITEN POTILAS SEURAA MAAILMAN TAPAHTUMIA LUKEMALLA?

- 1) Lukee sanomalehden tarkkaan päivittäin
- 2) Lukee sanomalehteä pintapuolisesti päivittäin
- 3) Lukee sanomalehteä joskus päällisin puolin
- 4) Ei lue sanomalehtiä koskaan

23. MITEN POTILAS SEURAA TAPAHTUMIA KATSELEMALLA TAI KUUNTELEMALLA?

- 1) Säännöllisesti TV-uutisia tai radiouutisia
- 2) Useimmiten TV-uutisia tai radiouutisia
- 3) Katsoo TV:tä tai kuuntelee radiota silloin tällöin
- 4) Ei katso TV:tä eikä kuuntele radiota lainkaan
- 5) Ei ole toimivaa TV:tä tai radiota

24. MITEN POTILAS PITÄÄ YHTEYTTÄ OMAISIINSA JA YSTÄVIINSÄ?

- 1) Soittaa lähes päivittäin tai kirjoittelee joskus
- 2) Soittaa viikoittain tai kirjoittaa silloin tällöin
- 3) Soittaa tai kirjoittaa hyvin harvoin
- 4) Ei soita eikä kirjoita koskaan

25. MITEN POTILAS ON VUOROVAIKUTUKSESSA NAAPUREIDENSA KANSSA?

- 1) Aloittaa usein kontaktin ja ylläpitää suhteita
- 2) Aloittaa joskus kontaktin ja useimmiten ylläpitää suhteita
- 3) Ei aloita kontaktia, vastaa kontaktirytyksiin
- 4) Ei koskaan aloita kontaktia, eikä vastaa kontaktirytyksiin

Osiot (20 - 25) rakentamisessa käytetyt lähteet: Lawton 1970, Reuben & Solomon 1989, Reuben et al. 1990. Osioita ei ole sellaisenaan aikaisemmin käytetty.

Kognitiivinen tila (tiedonkäsittely ja orientaatio)

26. MITEN POTILAS YMMÄRTÄÄ KOMMUNIKAATIOTA?

- 1) Ymmärtää useimmiten puheen täysin
- 2) Yleensä ymmärtää vain lyhyet lauseet tai eleet
- 3) Useimmiten ymmärtää lyhyet viestit toistettaessa
- 4) Ei ymmärrä mitään viestejä

27. MINKÄLAISTA ON POTILAAN PUHE?

- 1) Useimmiten johdonmukaista, selkeää ja monipuolista
- 2) Kuulostaa johdonmukaiselta, mutta ei pysy asiassa tai alkaa loogisesti, mutta eksyy pääaiheesta (esim. puhe ei ole suhteessa kysymyksiin, sanoja vaikea löytää)
- 3) Aivan pieniä lauseita (esim. esittää merkityksettömiä fraaseja tai sanoja tai lyhyitä sanontoja)
- 4) Asiakas ei puhu lainkaan (kysymyksiin ei vastata)

28. MITEN POTILAS TUNNISTAA HOITAVAT HENKILÖT?

- 1) Tietää useimmat hoitajansa nimeltä ja ammattinimikkeeltä (esim. sh, th)
- 2) Tunnistaa tutuimman hoitajan nimeltä ja ammattinimikkeeltä
- 3) Erottaa työntekijät muista vierailijoista, ei kuitenkaan tiedä nimeä ja virka-asemaa
- 4) Ei erota työntekijöitä muista vierailijoista

29. MINKÄLAINEN ON POTILAAN TIETOISUUS PAIKASTA?

- 1) Tietää tarkalleen, missä asuu (kaupunki, kaupunginosa, katu) ja keiden kanssa asuu
- 2) Tietää, missä asuu, mutta ei aina keiden kanssa asuu
- 3) Ajoittain tietää, missä asuu ja keiden kanssa asuu
- 4) Ei tiedä, missä asuu ja keiden kanssa asuu

30. MINKÄLAINEN ON POTILAAN TIETOISUUS AJASTA? (vuosi, vuodenaika, päivämäärä)

- 1) On tietoinen vuodesta, vuodenaikasta ja päivästä
- 2) On tietoinen kahdesta edellä mainitusta
- 3) On tietoinen yhdestä edellä mainitusta
- 4) On ajoittain sekaisin kaikista kolmesta

31. MITEN POTILAS MUISTAA NYKYISET JA ÄSKEISET TAPAHTUMAT?

- 1) Useimmat päivittäiset tapahtumat selvästi (esim. käynnit, vierailut)
- 2) Useimmat päivittäiset tapahtumat, mutta epävarmasti
- 3) Joitain päivittäisiä tapahtumia, mutta unohtaa täydellisesti toiset
- 4) Unohtaa useimmat tapahtumat välittömästi tapahtuman jälkeen

32. MITEN POTILAS MUISTAA TÄRKEÄT MENNEET TAPAHTUMAT?

- (syntymävuosi, ammatti, perheenjäsenet ja heidän kuolemansa)
- 1) Muistaa vaivatta ja tarkkaan menneet tapahtumat
 - 2) Muistaa monia menneitä tapahtumia tarkkaan, mutta vaivoin
 - 3) Muistaa joitain menneitä asioita, mutta unohtaa toisia
 - 4) Sekoittaa muistissaan useimmat menneen elämän tapahtumat

33. MITEN POTILAALLA ESIINTYY MUISTIHÄIRIÖITÄ?

- 1) Ei ole merkittävästi muistihäiriöitä
- 2) On jonkin verran muistihäiriöitä (tärkeitä asioita on tarkistettava)
- 3) On paljon muistihäiriöitä (asiat varmistettava)
- 4) On vaikeasti muistamaton (turvallisuus uhattuna)

Mittarin (osiot 26–32) lähteinä käytetty: Lawton 1970, 1971, Helmes et al 1987, Horn et al. 1989. Osio 33 perustuu asiakkaan tuntevan hoitohenkilökunnan arviointikykyyn. Osiot on rakennettu tämän tutkimuksen käyttöön.

Mieliala tai emotionaalinen tilanne

34. KUINKA USEIN POTILAS ILMAISI TAI NÄYTTI OLEVANSA MASENTUNUT TAI SURULLINEN TAI SANOI TOIVOVANSA KUOLEMAA?

1. Ei yhtään kertaa
2. Harvoin (vain noin kerran viikossa)
3. Melko usein (lähes päivittäin noin 3 päivänä viikossa)
4. Usein (päivittäin useammin kuin 3 päivänä viikossa)

35. KUINKA USEIN POTILAS ILMAISI TAI NÄYTTI OLEVANSA JÄNNITTYNYT TAI AHDISTUNUT TAI TUSKAINEN?

1. Ei yhtään kertaa
2. Harvoin (vain noin kerran viikossa)
3. Melko usein (lähes päivittäin noin 3 päivänä viikossa)
4. Usein (päivittäin useammin kuin 3 päivänä viikossa)

36. KUINKA USEIN POTILAS ITKI?

1. Ei lainkaan
2. Harvoin (noin kerran viikon aikana)
3. Melko usein (lähes päivittäin noin 3 päivänä viikossa)
4. Usein (päivittäin useampana kuin 3 päivänä viikossa)

37. KUINKA USEIN POTILAS ILMAISI SUHTAUTUVANSA PESSIMISTISESTI TULEVAISUUTEEN TAI SANOI SEN OLEVAN TOIVOTON?

1. Ei yhtään kertaa
2. Harvoin (vain noin kerran viikossa)
3. Melko usein (lähes päivittäin noin 3 päivänä viikossa)
4. Usein (päivittäin useammin kuin 3 päivänä viikossa)

38. KUINKA USEIN POTILAS OLI HUOLESTUNUT HÄNELLE TAI HÄNEN YMPÄRISTÖSSÄÄN TAPAHTUVISTA ASIOISTA?

1. Ei yhtään kertaa
2. Harvoin (vain noin kerran viikon aikana)
3. Melko usein (lähes päivittäin noin 3 kertaa viikossa)
4. Usein (useita kertoja päivässä useampana kuin 3 päivänä)

39. MITÄ SEURAAVIA MIELIALAAN LIITTYVIÄ ILMAISUJA POTILAS ON ESITTÄNYT VÄHINTÄÄN YHDEN KERRAN (kuluneen viikon aikana)?

	ON	EI
1. "Vanhetessaan ihminen käy tarpeettomaksi"	1	0
2. "Harmistun pienistäkin asioista helpommin kuin aikaisemmin"	1	0
3. "Huolestuneisuus vaikuttaa unen saantiin"	1	0
4. "Toisinaan tuntuu, ettei elämä ole elämisen arvoista"	1	0
5. "En ole yhtä onnellinen kuin nuorena"	1	0
6. "Minulla on paljon surun aiheita"	1	0
7. "Pelkään monia asioita"	1	0
8. "Suutun herkemmin kuin aikaisemmin"	1	0
9. "Elämä on minulle useimmiten vaikeaa"	1	0
10. "Otan yleensä asiat raskaasti"	1	0
11. "Hermostun helposti"	1	0
12. "Tunnen itseni yksinäiseksi"	1	0
13. "En tapaa riittävän usein ystäviä ja tuttaviam"	1	0
14. "Tunnen itseni masentuneeksi"	1	0

Osiot 34 - 38: lähteenä käytetty: Helmes et al. 1987 ja osio 39: lähteenä Lawton 1971. Osiot on rakennettu tämän tutkimuksen käyttöön.

Fyysinen terveyden tila

40. MITEN POTILAS KUULEE (myös kuulolaitteen kanssa)?

1. Hyvin (kuulee tavallisen puheen)
2. Tyydyttävästi (kuulee normaalia kovemman puheen)
3. Huonosti (kuulee vain kovan puheen)
4. Täysin kuuro

41. MITEN POTILAS NÄKEE (myös silmälasien kanssa)?

1. Hyvin (näkee lukea sanomalehden tekstiä)
2. Tyydyttävästi (näkee lukea tavallista suurempaa tekstiä ja näkee liikkua hyvin)
3. Huonosti (liikkumista jonkin verran haittaava näkövamma)
4. Täysin sokea

42. ONKO POTILAALLA YLI- TAI ALIPAINOA

1. Normaalipainoinen, paino sopiva pituuteen nähden
2. Hieman yli- tai alipainoinen
3. Selvästi yli- tai alipainoinen
4. Ylipainoa runsaasti tai huomattavan alipainoinen

43. MITÄ TAUTEJA (lääketieteellisiä diagnooseja) POTILAALLA TÄLLÄ HETKELLÄ ON?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

44. MITÄ SEURAAVIA VAIVOJA, KIPUJA TAI OIREITA POTILAALLA ON ESIINTYNYT (kuluneen viikon aikana)?

	KYLLÄ	EI
1. Rintakipua	1	0
2. Hengenahdistusta	1	0
3. Selkäsärkyä	1	0
4. Nivelkipuja	1	0
5. Niska- tai hartiakipuja	1	0
6. Päänsärkyä	1	0
7. Vatsavaivoja	1	0
8. Ripulia	1	0
9. Ummetusta	1	0
10. Virtsaamisvaikeuksia	1	0
11. Ruokahaluttomuutta	1	0
12. Pahoinvointia	1	0
13. Huimausta	1	0
14. Unettomuutta	1	0

45. MITÄ LÄÄKKEITÄ POTILAS KÄYTTÄÄ SÄÄNNÖLLISESTI?

	KYLLÄ	EI
1. Sydämen vaajatoimintalääkettä	1	0
2. Verenpainelääkettä	1	0
3. Angina pectoris -lääkettä	1	0
4. Sokeritautilääkettä	1	0
5. Särkylääkettä	1	0
6. Antikoagulanttihoitoa	1	0
7. Psyyken lääkettä	1	0
8. Unilääkettä	1	0
9. Virtsatieinfektioilääkettä	1	0
10. Muuta, mitä? _____	1	

Osioiden (40 - 45) lähteinä käytetty: Fillenbaum1985, Robinson et al., 1986, Mäkinen 1991, Pahkala-Kivelä 1991. Osiot on rakennettu tämän tutkimuksen käyttöön.

Sosiaalinen tuki

46. KETKÄ SEURAAVISTA TUKIHENKILÖISTÄ (muut kuin "ammattiauttajat") OVAT OLLEET YHTEYDESSÄ POTILAASEEN (kuluneen viikon aikana)?

	ON	EI
1. Aviopuoliso tai avopuoliso	1	0
2. Lapset tai heidän perheensä	1	0
3. Muut sukulaiset	1	0
4. Läheinen ystävä	1	0
5. Naapuri	1	0
6. Ystäväpalvelusta	1	0
7. Vapaaehtoisjärjestön työntekijä	1	0
8. Muu maksettu apu	1	0
9. Muu, kuka? _____	1	

47. KUINKA USEIN NE YSTÄVÄT JA OMAISET, JOIDEN LUONA POTILAS EI ASU, PITÄVÄT YHTEYTTÄ?

1. Päivittäin tai pari kertaa viikossa
2. Kerran viikossa tai pari kertaa kuukaudessa
3. Kerran kuukaudessa tai harvemmin
4. Ei koskaan

48. MINKÄLAINEN ON OMAISTEN JA YSTÄVIEN SUHDE POTILAASEEN?

1. Hyvä (kuuntelevat, keskustelevat vaikeistakin asioista)
2. Melko hyvä (keskustelevat monista asioista)
3. Tyydyttävä (keskustellaan arkisista asioista)
4. Huono (pinnalliset, muodolliset suhteet)

49. MITEN LÄHIOMAISET, YSTÄVÄT JA MUUT LÄHEISET SUHTAUTUVAT ASIANOMAISEN VANHENEMISEEN JA TOIMINTAKYKYYN?

1. Ottavat huomioon vanhuksen toimintakyvyn (esim. antavat taustatukea, kannustavat itse tekemään)
2. Ottavat jossain määrin huomioon vanhuksen toimintakyvyn (esim. antavat tukea, eivät ota huomioon resursseja)
3. Eivät ota huomioon toimintakykyä (esim. tukevat liikaa)
4. Suhtautuvat torjuvasti

50. MITEN LÄHEISET JA YSTÄVÄT ANTAVAT KÄYTÄNNÖLLISTÄ APUA?

1. Tarjoutuvat auttamaan päivittäinkin tarvittaessa
2. Voivat tulla auttamaan pari kertaa viikossa
3. Voivat toimittaa pyydettyä joitain asioita
4. Eivät voi antaa konkreettista apua

51. KEITÄ ASUU SAMASSA TALOUDESSA POTILAAN KANSSA?

1. Aviopuoliso tai avopuoliso
2. Muita sukulaisia
3. Ystäviä tai muita samanikäisiä
4. Ei asu muita, asuu yksin

Osioiden (46 - 51) lähteinä käytetty: Helmes et al. 1987, Pfeiffer et al 1981, 1989, Chappell & Badger 1989, Fillenbaum 1985. Osiot on rakennettu tämän tutkimuksen käyttöön.

Sosioekonominen tilanne

52. MIKÄ ON POTILAAN PERUSKOULUTUS?

1. Ylioppilastutkinto tai lukio
2. Keskikoulu
3. Kansakoulu
4. Vähemmän kuin kansakoulu

53. MIKÄ ON POTILAAN ENTINEN AMMATTI (viimeksi käytetyn ammattinimikkeen mukaan)?

1. Johtavassa asemassa, työnantaja, ylempi toimihenkilö tai yksityisyrittäjä
2. Alempi toimihenkilö
3. Ammattitaitoinen työntekijä
4. Työntekijä, ammattitaidoton

54. MINKÄLAISET OVAT POTILAAN TULOT?

1. Hyvät rahalliset tulot (hyvä eläke ja muita tuloja)
2. Kohtalaiset tulot (hyvä eläke)
3. Tyydyttävät tulot (vanhuuseläke ja työeläke)
4. Pienet tulot (esim. vanhuuseläke ja lisät)

55. ONKO POTILAAN TOIMEENTULO RIITTÄVÄ?

1. Tulee hyvin toimeen
2. Riittävä toimeentulo (rahaa jää joskus esim. matkoihin)
3. Tyydyttävä toimeentulo (rahat riittävät harkitusti käytettynä)
4. Heikko toimeentulo (tulot eivät riitä menoihin)

56. MIKÄ ON ASUNNON OMISTUSSUHDE?

1. Oma
 2. Vuokra-asunto
 3. Muu, mikä? _____
-

57. MINKÄLAINEN ON POTILAAN ASUIYMPÄRISTÖN VIIHTYVYYS?

1. Hyvä (esim. luonnonläheisyys ja rauhallisuus)
2. Tyydyttävä (esim. liikenne haittaa)
3. Joitain epäviihtyvyystekijöitä tai turvallisuusriskejä
4. Kaikin puolin epäviihtyisä ja runsaasti turvallisuusriskejä (tiiviisti rakennettu, liikennehaittoja)

58. MINKÄLAINEN ON POTILAAN ASUNNON VARUSTETASO?

1. Hyvä (esim. kaikki mukavuudet, jääkaappi, pesukone)
2. Melko hyvä (esim. mukavuudet, ei pesukonetta)
3. Tyydyttävä (esim. WC ja suihku, mutta portaita asuntoon mentäessä)
4. Huono (esim. ei suihkua, ei jääkaappia)

Osioiden (52 - 58) lähteinä käytetty: Katz et al. 1985, Berkman et al. 1986, Chappel-Badger 1989, Ramsdel et al. 1989, Rubenstein et al. 1989, Mäkinen 1991. Osiot on rakennettu tämän tutkimuksen käyttöön.

Tiedot kotisairaanhoitajista**Lomake arvioitsijalle****Tulokset**

Täytetään vain yksi neljää potilasarviointia kohti!

1. Arvioitsijan koodi: _____

(Ilmoita koodi ylihoitajalle, sen avulla voidaan tarvittaessa tarkistaa tietoja.)

	n	%/osio
2. Ikä		
1. 30 vuotta tai alle	10	18
2. 31 - 40 vuotta	21	39
3. 41 - 50 vuotta	8	15
4. 51 vuotta tai yli	15	28
3. Erikoiskoulutuksen ala tai alat		
1. Terveystenhoitaja	47	87
2. Sisätautien tai kirurginen sairaanhoito (tai sis.kir.sh)	4	7
3. Kätilö	-	
4. Muu, mikä? (<u>th-opiskelija, sairaanhoitaja</u>)	3	6
5. Ei erikoiskoulutusta	-	
4. Sairaanhoitajana tai terveydenhoitajana toimittu aika yhteensä		
1. alle 3 vuotta	8	15
2. 3 vuotta, mutta alle 6 vuotta	8	15
3. 6 vuotta, mutta alle 10 vuotta	10	18
4. 10 vuotta tai enemmän	28	52
5. Kotisairaanhoidossa toimittu aika yhteensä		
1. alle 3 vuotta	17	31
2. 3 vuotta, mutta alle 6 vuotta	15	28
3. 6 vuotta, mutta alle 10 vuotta	7	13
4. 10 vuotta tai enemmän	15	28
6. Tehtäväala tällä hetkellä		
1. Kotisairaanhoito	43	80
2. Väestövastuinen työ	10	18
3. Muu, mikä? (lisäksi kouluth)	1	2
7. Sairaanhoitoryhmän hoidossa olevien potilaiden kokonaislukumäärä: __		
_____ ja näistä 75 vuotta ja vanhempien potilaiden lukumäärä: __		

KIITOKSET VIELÄ KERRAN OSALLISTUMISESTASI TUTKIMUKSEEN!

HAASTATTELUINSTRUKTIO

Ennen nauhoitusta (vain muistutuksena haastattelijalle)

*Haastattelun tarkoituksena on selvittää, mitä iäkkäät henkilöt ajattelevat suoriutumisesta päivittäisestä elämisestään ja mitä he pitävät siinä tärkeänä.

*Tutkimuksella tuotetaan tietoa, jonka avulla autetaan iäkkäitä suoriutumaan kotonaan mahdollisimman pitkään.

*Haastattelu on vapaamuotoinen, siinä keskitytään päivittäiseen suoriutumiseen.

Haastattelukysymykset, joita ei esitetä sellaisenaan, vaan tarvittaessa keskustellen haastateltavan ehdoilla:

Ensimmäinen kysymys, joka esitetään vain sisällöltään seuraavanlaisena:

MITEN SUORIUDUTTE PÄIVITTÄISESTÄ ELÄMISESTÄ?

Kysymyksiä avuksi, jos haastattelu ei etene:

1. Pyytäisin teitä kertomaan, kuinka suoriudutte itsenne hoitamisesta päivittäin!
2. Kuinka selviydytte päivittäin talouden hoidosta ja muista liikkumista vaativista toiminnoista?
3. Millä tavalla virkistäydytte tai miten saatte ajan kulumaan (päivisin)?
4. Mikä on teille päivittäisessä elämisessä tärkeää tänä päivänä?
5. Minkälaiset asiat auttavat selviytymään ja minkälaiset asiat estävät päivittäistä suoriutumista?
- (6. Miten suoriutumiseen vaikuttaa mahdollinen muistin heikentyminen?
7. Miten suoriutumiseen vaikuttaa mieliala?
8. Miten saatte tukea ongelmissa ystäviltä tai sukulaisilta tai muilta läheisiltä?
9. Miten erilaiset sairaudet, oireet tai vaivat vaikuttavat suoriutumiseen?)

Esimerkki litteroidusta haastattelutekstistä

H: Ihan sillä tavalla voitais aloittaa Teidän päivittäisestä suoriutumisesta, voisitte kuvailla sitä, millä tavalla Te selviätte kotona.

A: Niin, niin, no aamupäivä tai aamutunnit nyt on tietysti vähän tukkosemmat minulla. Minä puhuin tästä lääkärillekin, kun mä olin maanantaina minä olin lääkärin, minulla oli semmonen kontrollikäynti maanantaina, niin puhuin tästä lääkärillekin, että aamutunnit on niin tukkosia ja tuota ennen kuin minä saan ottaa lääkkeitä. Kun lääkkeen otan aina siinä aamuruoan yhteydessä. Mut sitten kun mä ne lääkkeet, se rupee sitten vaan vähitellen se tukkoisuus häviämään ja niin kuin päivä kirkastus. Päivä kirkastus paremmin, ja eikö aamut on semmosia, että monta kertaa ajattelen, että miten minä nyt oikein selviydyn. Ajattelen ja sitten minä unohan aamupalan ja syönyt ja pukenut päälleni ja sitten minä teen kävelyretken portaaseen. Niin teen portaassa kävelyretken, kävelen kolmannesta kerroksesta alas ja ylös. (H: Jestas) Niin se on minulla semmonen, semmonen aamupäivän voimistelu. Kyllä minä sängyssä jo teen joitakin voimisteluliikkeitä joitakin, mitä voin. Mutta se, se minun pitää tehdä se porraskäynti, sitten minä pääsen vasta oikein vireeseen. (H: Sitten se on ihan hyvä, että sitä hissiä ei olekaan, että...) Se sikäli on hyvä, kun tästä nyt on, tulee talvella 14 kun minä halvaannuin ja sitten se on ongelma, että mites sitä nyt kolmanteen kerrokseen pääsee nousemaan. No mä meninkin sitten kesällä maalle ja olin pyörätuolissa. Mutta siellä maalla minä sitten virkistyin niin paljon, että pyörätuoli jätettiin, kun tultiin kotiin, niin pyörätuoli jätettiin jo sairaalaan, että me emme, että ne kokeili, että pääsenkö minä nuo portaat ylös. Ja pääsin kun pääsinkin ja siitä se lähti. Kyllähän me ajateltiin asunnonvaihtoa, mutta minä en mielelläni halunnut lähteä täältä R:lta. No eihän täällä ole hissiä muuta kuin tornitaloissa, niin sanoin, että mulla on niin ihanat naapurit ja ympäristö on sellainen, että minä en haluais pois täältä ja ei saatu sitten semmosta ensimmäisestä kerroksesta. Ja niin minä jäin tähän ja tässä minä olen ollut. Minä 88 talvella halvaannuin. Ja kesällä minä olen aina maalla, mulla on kotitila tuolla A:ssa. Tänäkin kesänä me oltiin kaks kuukautta tyttären kanssa siellä. Hän on nyt eläkkeellä, hän on pari vuotta ollut eläkkeellä jo, niin hän ennättää sitten olemaan siellä. Mutta silloin kun hän oli työelämässä niin hommas mulle viikoksi aina jonkun hoitajan ja hän viikonloppuna tuli sinne ja sitten alkuvuikon päivät mulla oli sitten erikoinen hoitaja. Joo, ja silloin ensimmäisenä kesänä, kun mun oli se pyörätuoli siellä, hän ajeli minut rantaan ja talutti järveen uimaan. Oli oikein lämmin kesäkuu, kesäkuussa me menttiin, kesäkuun alussa vissiin. Se oli niin lämmin ja vesi oli lämmintä ja tuota siellä minä oikein sitten, siellähän minä kuntouduin, kun minä voin tehdä liikkeitä siellä vedessä ja. Ja olenhan minä ollut paljon tuolla S:n kuntoutumiskeskuksessa, olen ollut aina 2 viikon semmosessa kuntoutuksessa, joka myönnetään sotaveteraaneille. Mutta siellä ne ei ole ne lääkärit oikein minua kehottaneet sinne altaaseen. Että ne on vähän niinku uskalt, että ois aina pitänyt olla aina joku erikoinen hoitaja. Siellä minä en kyllä mitä nyt monia kertoja ollut siellä, niin siellä minä en ole kyllä tuota ollut altaassa. Ja nyt kun mä viimeksi olin viime talvena siellä, ne ei antaneet mulle tätä allasvoimistelukaan, että mä en pääse pois siitä altaasta. (H: Se olis kyllä hyvää jumppaa) Niin, niin, että ne korvasivat sen semmosella, että jalat pantiin povia myöten semmoseen altaaseen ja siinä oli ne yrtit, mitä siinä nyt oli. Eikö siellä ois ollut niitä nostajia sitten. (H: On se vähän kumma kyllä. Milloin Te olette viimeksi ollut S:ssa) No mä ajattelin, mitä tuosta. Enhän minä kotonakaan enää mene altaan pohjaan, minut kylvetetään laualla, laualla kylvetetään. Vasta minä lakkasin menemästä altaan pohjaan, kun mulla kaks vuotta takaperin sattui siellä maalla, mä kompastuin pihakeinin astinlautaan ja sain valtavan säärihaavan tänne ja se kesti puoli vuotta. Jatkuu.....

Aineistolähtöisen analyysin kulkua

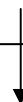
2 . vaihe: esimerkki semanttisesta osituksesta

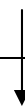
Esimerkki aineiston pelkistämisestä lausumiksi:

- 6.1. No aamulla minä nousen ylös siinä kahdeksan aikana ja pukeudun aika hitaasti, koska mulla on vaikeuksia noihin jalkoihin laittaa sukkia.
- 6.2. Ja sitten mä menen ja keitän puuron ja syön ja otan aamun lääkettä
- 6.3. ja sitten tulee tuolta terveyskeskuksesta hoitaja, joka katsoo, että mä olen ottanut ne lääkkeet ja syönyt puuron ja hän pesee ne astiat ja sijaa vuoteen ja kirjoittaa nimensä kirjaan ja sitten hän lähtee. Hän on vajaa puoli tuntia.
- 6.4. Sitten minä usein uudelleen pitkälleni ja katson ensin postin ja menen pitkälleni ja olen siinä
- 6.5. kuuntelen aika paljon radiota, koska minä en viitsi tulla tänne istumaan, tuota telkkaria katsomaan. Ja niin multa sitten meneekin puoleen päiviin ja
- 6.6. sitten mulla käy semmonen tyttö, joka tulee ja lämmittää ruoan. Mulle tuodaan tuolta aterialista ruoka. Mutta se usein tulee vasta kahdeltakin
- 6.7. Sitten me syömme yhdessä. Hän ostaa usein ruuan tuosta Primulasta tai sitten kaupasta, tai valmista ruokaa ja pesee ne astiat.
- 6.8. Minä tuota olen tässä ylhäällä ja joskus mä lähden kaupunkiin, tähän M-niemeen vain kävelemään ja
- 6.9. sitten minä menen uudestaan pitkälleni siinä kahden jälkeen ja niin multa menee se iltapäivä siinä, että mä jotain pientä askartelua teen, kunnes tulee sitten ilta
- 6.10. kello kuuden aikana me juodaan teetä ja syödään voileipää ja jotain makeaa.
- 6.11. Ja illan minä olen yksin tai hän jää vähäksi aikaa. Ja siinä yhdeksän jälkeen mä alan iltapuhteet.
- 6.12. Multa menee pesuun aikaan, kun pitää käyttää vaippoja. Mulla oli erittäin paha virtsarakon tulehdus ja
- 6.13. mä jouduin sairaalaan ja olin kolme ja puoli viikkoa L:n sairaalassa kaaduttuani sitä ennen kotona, että Punainen Risti haki minut sinne. Joo toista vuotta sitten multa murtui lonkka, kun minä kaaduin kukkakaupassa, silloin minä olin melkein kuukauden sairaalassa
- 6.14. opin aika hyvin kävelemään ja nytkin minä pärjäisin ilman tuota rollaattoria, mutta minä pelkään niin hirveästi sitä kaatumista, kun minä kaaduin sen jälkeen viis kertaa.
- 6.15. Ja minulle ei käynyt sen kummemmin, mutta minä en pääse ylös, jos mä kaadun selälleni tai noin istualleni, niin hyvin vaikea päästä vanhan ihmisen siitä, kun ei mistään, mistä pitäisi kiinni.
- 6.16. Niin minä olen oppinut hyvin varovaiseksi niin että minä yölläkin käytän rollaattoria, vaikka mä voisin pärjätä ilmankin, mutta kun sitä unen pöpperössä menee, sitä täytyy olla varovainen. Se ei ole mikään hauska tilanne olla sairaalassa.

Aineistolähtöisen luokittelun kulkua:**3. vaihe: esimerkki alustavasta luokittelusta**

1. Tuntee voivansa hyvin sairauksista huolimatta (10)
2. On kiinnostunut ympäristönsä tapahtumista (8)
3. Sosiaalinen kanssakäyminen on tärkeää (20)
4. Viihtyy yksin hyvin, on tekemistä (10)
5. Liikkuu mielellään kodin ulkopuolella (23)
6. Luova ja aktivoiva harrastus (6)
7. Ottaa kantaa poliittisiin ilmiöihin (6)
8. Sairaalasta huonoja kokemuksia (13)
9. Paljon rajoittavia sairauksia (21)
10. Saanut sairaalasta apua (9)
11. Liikkuu kotona apuvälineen avulla (16)
12. Talossa on hyvät palvelut, asuinalue on mukava (7)
13. Asunto on viihtyisä (13)
14. Asuinympäristö antaa turvallisuuden tunnetta (12)
15. Hyviä muistoja (22)
16. Saa apua kotiavusta ja kotisairaanhoidosta (16)
17. Aamut ovat hankalia (3)
18. Kuntoutunut hyvin (11)
19. Ikä haittaa paranemista ja kuntoutumista (4)
20. Ei tarvitse kiirehtiä, voi levätä (5)
21. Vanhuus ja sairaudet ovat muuttaneet tottumuksia (8)
22. Virkistystä harrastuksista (21)
23. On huolissaan (4)
24. Tuntee olevansa hyvämuistinen (2)
25. Huono näkö haittaa (7)
26. Pitää yllä toimintakykyään liikunnalla (29)
27. Liikkumista haittaa (6)
28. Pelkää (2)
29. Uskonto antaa rauhaa (3)
30. Lapset ja lapsenlapset ovat tärkeitä (10)
31. Kotona hyvä olla (1)
32. Lapset, omaiset auttavat (18)
33. Huolehtii itsestään (11)
34. Taloudellisesti tiukkaa (4)
35. Kieliongelmia (5)
36. Lapset pitävät huolta (14)
37. Raskaita muistoja (11)



Aineistolähtöisen luokittelun kulkua:**4. vaihe: esimerkki luokitusotsikoiden synnystä**

Esimerkki lopullisesta aineistolähtöisestä luokasta:

HYVÄ OLLA KOTONA -alaluokan kuvausta

Omassa kodissa asumisen tärkeys

15.1. Nauttii kotona olemisesta

Kotona on parasta olla (8.23., 8.58., 8.59.)

Haluaa ehdottomasti olla kotona (8.19.)

Haluaa olla kotona niin pitkään kuin suinkin (5.46.)

Kotona saa omassa sängyssä nukkua - päivälläkin torkut ottaa (15.52.)

Viihtyy hyvin asunnossaan, kuvittelee, että on Pariisissa (16.15.)

Tärkeintä on saada olla kotona (18.52.)

Nauttii kotona olemisesta (17.72.)

15.2. Kotona on parasta, kun kunto riittää

Kotona on kaikkein mieluummin, saa ajan kulumaan (2.53., 2.54.)

Koti on kuin kotisairaala (2.67.)

Pitää omaa asuntoa parhaana paikkana (3.47.)

Hyvä näinkin on olla kotona, ei valittamista (20.25.)

Hyvä, jos terveenä pysyy, kotona on hyvä olla (14.43.)

15.3. Ei halua sairaalaan tai palvelutaloon

Ei halua lähteä palvelutaloon, mukava olla kotona (8.18.)

Ei halua lähteä palvelutaloon, on käynyt katsomassa (3.46., 3.48.)

Kotona on parasta olla, sairaala on ikävä (2.23., 2.32., 2.35., 2.52.)

Molemmat ovat yli 80 v., on mukavampi olla kotona, kuin hoitopaikoissa (20.8.)

Ei ole parempaakaan, kun saa olla kotona; sairaalassa ei viihdy (20.19.)

Ei halua mennä sairaalaan, haluaa olla kotona, vain väkisin sairaalaan (18.57., 18.75.)

Parasta on olla kotona, ei lonkka sairaalassa paremmaksi tule (15.50.)

Tyytyväisyys selviytymisestä kotona

16.1. Hyvä, kun selviää kotona

Näkö heikko, pärjää kuitenkin (2.33.)

Kiitollinen, että vielä jotain jaksaa (3.42.)

Hyvä, että on yleiskunto hyvä ja tajuaa asiat (3.51)

Tärkeää on, että terveys ei huonone, eikä muita sairauksia tule (2.61., 2.63.)

Voi olla tyytyväinen, kun voi itse tehdä jotain pientä (2..84.)

Pysynyt virkeänä, kun on ollut paljon lapsia (4.20.)

Ajattelee, ettei pienistä pidä hermostua (4.34.)

Näkö on pysynyt hyvänä, vaikka ikää on 90 sukuvikako? (4.12., 4.13)

Ei käytä kuulokojetta, on hankala (20.60.)

Vielä voi hoitaa kotona, kun pääse vähän ylös sängystä (18.58.)

Ihan hyvä, kun vähän jaksaa tehdä, raskaampaan tarvitsee apua (20.16.)

Tärkeää on terveys, ruoka, puhtaus; kun pystyään hoitamaan, niin hyvä on (2.49)

16.2. Hyvä, että selviää apuvälineiden avulla

Vaikeuksia pukemisessa, tavarat pysyvät vielä käsissä; reuman takia (17.9)
 Asuntoon on asennettu kahvoja ja ammelautaa, selviytyy niiden avulla yksin (19.12.)
 Kaikki tekeminen on hidasta, pitää muistaa joka askelta (17.50.)
 Ei ole haluttu kotiapua, menee hyvin näin; lapset myös auttavat (20.35.)
 Käsivoimat ovat onneksi hyvät (19.24.)
 Tasapaino on huono, käsillä auttaa; mies pani soutamaan verkkoja (19.23.)
 Voi istua portatiivilla sängyn vieressä (18.8.)
 Vaatteiden kanssa ongelmia, on pitänyt korsettia (17.85.)
 Keksii keinoja selviytyä kotona (19.12., 19.8.)

16.3. Tarvitsee apuvälineitä taloustöissä

Keittiössä voi istua ja keittää puuron (17.24.)
 Helpointa on toimia istualtaan, voi välillä kurkottaa ylähyllyllekin (19.25.)
 Pyykin kanssa selviää pyörätuolissa (19.7.)
 Tiskaa pyörätuolista käsin, pöytä on matalalla (19.8.)
 Pesukoneen saa päälle, kun kodinhoitaja on laittanut pulverin esille (17.25.)
 Käyttää hohtimia korvaamaan heikkoja sormivoimia (17.26.)
 Voi istua portatiivilla sängyn vieressä (18.8.)

HYVÄ MIELI -alaluokan kuvausta**Hyviä muistoja***32.1. Tuntee tehneensä elämässä jotain tärkeää*

Työ ollut merkittävä, muistelee sitä (1.2.)
 Muistelee työtään, on ollut tärkeää (9.30.)
 Piti osata saksaa radiohommissa (20.40.)
 Aloitti teknillisen koulun ja rakensi taloa; (20.45.)
 Silloin tehtiin talot toisella lailla, ei homehdu (20.47.)
 Muistelee työtään ja eläkkeelle jäämistään, kun tuli ATK ja fuusioita (17.86., 17.88.)
 Työtoverit olivat ihania ja auttavaisia; viihtyi työssään (17.87., 17.89.)
 Hyvät muistot sisaren lasten käynneistä, pidettiin rajat, järjestettiin tekemistä (17.71.)
 Muistelee asunnon saantia, oli onnea matkassa, vaikka oli tiukkaa asunnoista (19.31.)
 Rintamamiehet sai ostaa tontteja; alettiin rakentaa taloa (20.44.)
 Tuolla yläkerrassa lapset aloitti elämänsä (20.48.)

32.2. Hyvät muistot yhdessä olosta

Oli paljon sisaruksia, muistelee (7.43.)
 Muistelee, että tahtoivat monta lasta (8.35.)
 Muistelee kaupungilla käyntejä ystävien kanssa (8.73.)
 Muistelee aikaisempaa yhdessä oloa ystävien kanssa ja harrastuksia (8.75., 8.77.)
 Muistelee perhettään, lapsia pienenä (9.31.)
 Muistelee hauskoja tapahtumia sota-ajalta; poikien tapaamisia (14.59., 14.60.)
 Työelämässä keksittiin aina jotain hauskaa, tärkeää oli pysyä mukana (14.53.)
 Muistelee työtään keskuksena sota-aikana, oli tavannut vanhoja tuttuja (14.3.)
 On ollut hauska elämä, pojat käyvät katsomassa (16.7.)
 Seurakunnan piiri ollut harrastuksen pitkään, käsityötä ym. (11.56.)
 Muistelee, että oli kivaa toimintaa ja saatiin jotain aikaan (11.59., 11.60., 11.63.)
 Muistelee haikeana kerhotoiminnan loppumista (11.62.)
 Muistelee kerhon toimintaa; keittivät laulajille kahvia ym. (11.58., 11.61.)

32.3. Hyviä muistoja toiminnasta ja tekemisestä

Sukulaisissa taiteilijoita, kuvanveistäjä (7.35., 7.37.)

On maalaustarvikkeet, ei tule enää maalattua (7.37.,

Hyviä muistoja eletystä elämästä (6.44., 6.48., 6.49., 6.50., 6.51., 6.52., 6.53.)

Harrastuksena on ollut piirtäminen ja maalaaminen, myös voimistelu (7.35.)

Muistelee rikasta elämäänsä (1.5., 1.8.)

Muistelee vanhoja, hienoja käsityötaitoja, nyöripunoja (10.75.)

Viettänyt "seikkailuelämää", pitää muistiaan hyvänä (10.14.)

Arvostaa esivanhempiansa käsityöläisammattuja (10.25.)

Muistelee evakkomatkaa ja nuoruuttaan; nytkään ei ole mitään valittamista (13.20.)

Muistelee, että kutoi paljon silloin (11.64.)

Nuoruudessa on myös harrastanut voimistelua (14.54.)

Muistelee sota-aikaa puhelinkeskuksessa, kun osasi saksaa (14.57., 14.58.)

Muistelee, että nuorena oli hyvä uimaan; ei pärjännyt juoksussa, hengästyí (17.35.)

Pyöräillyt nuorena, loukannut polvensa (18.35.)

Muistelee pyöräretkiä ja elämää nuorena (18.37., 18.39.)

Vaimo myös muistelee pyöräilyä lapsena (18.38.)

32.4. Muistot matkoista rikastuttavat

Muistelee hauskoja ulkomaan matkojaan (16.8.)

Hyviä muistoja useista ulkomaan matkoista, kortteja (13.54., 13.55.)

Ollut risteilyllä myös, oli mukavaa (13.56.)

Muistelee uimistaan ja lämmintä vettä Mustalla merellä (16.9.)

Hyviä muistoja aikaisempien vuosien matkustelusta omaisten kanssa (5.66.)

Muistelee Espanjaa, oli niin mukavaa (16.18.)

Pääsi käymään Amerikassa, ei enää jaksaisikaan (16.19.)

Muistelee Lappia ja hiihtämisiä, oli niin ihanaa, ruoka oli hyvää (16.20., 16.21.)

Muistelee hauskaa matkaansa Pariisiin, tunnelmaa ym. (16.16.)

Muistelee uimistaan Välimeressä, ja että poika osti veneen (16.17.)

On matkustellut paljon ystävien kanssa (19.70.)

ESIMERKKI TEORIALÄHTÖISESTÄ LUOKITTELUSTA**Kuvausta kognitiivisten tekijöiden yhteydestä IADL –suoriutumiseen**

- Sisar auttaa, tuo kirjoja (2.22)
- On paras, jos pärjää kotona, sairaala on ikävä (2.23)
- Suoraveloitus pankissa (2.27)
- Ei halua rollaattoria, pelkää kaatuvansa sen kanssa (2.31)
- Vanhuksia paljon, tilanne muuttunut (2.43)
- Ei halua kärryä...jos on pakko (2.85)
- Ensimm. Kerros hyvä asua (2.86)
- Yrittää tehdä aina itse, siivota (2.91)
- Hyvä, että pääsee ulos liikkumaan (3.14)
- Rollaattori ei hyvä (3.15)
- Sisällä pärjää (3.16)
- Kiitollinen, että on voimissa pysynyt (3.42)
- Yleiskunto hyvä (3.51)
- Menee taksilla kaupunkiin (4.3)
- Haluaa itse valita vaatteet (4.18)
- Itse petaan (4.30)
- Hoitaa pankkiasiat (4.49)
- Rupeat tekemään jotain. (5.9)
- Kävelee kotona, että pysyy vähän kunnossa (5.16)
- Ei voi mennä ulos, portaita ei voi kävellä (5.17)
- Hoidan kotini niin kauan kuin pystyn (5.31)
- Pitää välillä jarruttaa itseään (5.39)
- Luopunut paksuista matoista (5.80)
- Itse pesee pyykkiä (5.81)
- Lähden kävelemään (6.8)
- Sitten jotain askartelua (6.9)
- Yölläkin käytän rollaattoria, pitää olla varovainen (6.16)
- Tekee huushollia aamulla (7.5)
- On hyväkuntoinen, hoitaa huushollia (7.7)
- Ruoka saan – puolivalmisteita, hyviä (7.12)
- Itse laittelen ruokaa, pysyy paremmassa kunnossa (7.14)
- Haluaa tuulettaa (8.62)
- Kaupat hävinneet (8.66)
- Itse kuntoututan (9.6)
- On jumpannut itse (9.14)
- Harjoittelee kävelyä (9.37)
- On itse hoitanut pankkiasiat (9.40)
- Jumppaa itsekseen (9.59)
- Voimistelu ehkä auttaa (9.60)
- Rollaattoria voi käyttää apuna (9.61)
- Ihminen selviää, kun ei voivottele (10.38)
- Suvussa sisukkaita ihmisiä (10.74)
- Hoitaa kuntoaan porraskävelyllä (11.3)

Itse laittaa jotain ruokaa (11.32)
Laitan aamulla puuron (11.42)
Käy tuolijumpassa (12.3)
Kun tekee vaan, saa voimia (12.7)
Tuolijumppa viikoittain (12.25)
Liikutaan taksilla (12.28)
Ympäristö on tuttu (13.6)
Hoitaa itse pankkiasiat (13.12)
Tullut omillaan tähän asti (13.14)
Hoitaa raha-asiat itse (13.16)
Sängyn pohjalta on noustava (13.29)
Käyttää rollaattoria yöllä (13.50)
Kun on unenpöpperössä, niin rollaattori on hyvä(13.51)
Kuntosalilla voi käydä (13.70)
Käy kaupassa, tulee oltu ulkona (14.28)
Käy veteraanivoimistelussa (14.31)
Kulkea voi bussikortilla (14.39)
Voi liikkua taksilla (14.48)
Parempi itse liikkua (14.49)
Käy itse apteekissa (14.50)
Itse laittaa ruuan (16.22)
Hitaasti tehtävä, että onnistuu (17.50)
Pyörätuolilla ja taksilla sairaalaan (17.56)
Tukijalkineet ja jumppa tulee samalla (17.57)
Ei voi käyttää kuin pitkiä housuja (17.85)
Täytyy ottaa asiat, niin kuin ne tulee (18.51)
Varovasti pitää siirtyä pyörätuoliin (19.2)
Liikkuu hitaasti j varovasti (19.3)
Tarkoituksella toimin hitaasti ja varovasti (19.4)
Ruuan laitan, en siivoa (19.5)
Pyykin pesen itse (19.6)
Pyörätuoli apuna kotitöissä (19.25)
Ei ole ollut kovin liikunnallinen (19.62)
Ei ole tykännyt voimistelusta (19.63)
Pyörätuolilla on hankala liikkua, vaikka autetaan (19.74)
Ihan normaalia elämää (20.1)
Aamulla keitetään kahvit ja puuron (20.2)
Lehti haetaan ulkoa aamuisin (20.20)
Kun liukasta. Pitää varoa (20.21)
Kodinhoitajat käy (20.52)
Hyvä, kun on tässäkin kunnossa (20.54)
Ei voi ajaa autoa enää (20.59)

Anja Valta

1.9.2001

Ylihoitaja/terveydenhoitaja
.....terveyskeskus
.....peruspiiri

Iäkkäiden tutkimushaastattelut peruspiirin alueella

Teen väitöskirjatutkimusta, jonka aihe on: **Iäkkäiden toimintakyky ja suoriutuminen päivittäisestä elämästään** - toimintakyvyn ja suoriutumisen arviointi teoreettisesti tarkasteltuna, kotisairaanhoidajien tekemänä ja suoriutuminen iäkkäiden kokemana.

Minulle on myönnetty tutkimuslupa 21.8.2001 väitöskirjatutkimustani varten iäkkäiden kotisairaanhoidon asiakkaiden parissa peruspiirissä. Tämän tutkimusosuuden tarkoituksena on selvittää iäkkäiden omaa kokemusta suoriutumisestaan haastattelujen avulla.

Pyydän, että peruspiirin alueelta voin haastatella 5 - 8 yli 75-vuotiasta kotisairaanhoidon asiakasta. Haastateltaviksi sopivat henkilöt, jotka ovat halukkaita kertomaan suoriutumisestaan kotona ja jotka ovat orientoituneita sekä jaksavat noin yhden tunnin mittaisen haastattelun. Haastateltavat voivat olla yksin tai perheessä asuvia ja heidän suoriutumisensa päivittäisistä toiminnoistaan voi olla hyvä tai huono. Lisäksi heidän pitää suostua haastatteluun ja nauhurin käyttöön haastattelun aikana. Menetelmä on avoin aiheeseen keskitetty haastattelu, jossa ei ole valmista kyselylomaketta. Oheinen tiedote jaetaan sopiville henkilöille ja he voivat harkita suostumistaan haastatteluun.

Pyydän, että kotisairaanhoidajat valitsevat mahdollisia haastateltavia, ja antavat heille tutkimusta koskevan tiedotteen sekä kertovat haastattelun merkityksestä. Tämän jälkeen voin ottaa yhteyttä haastateltaviin puhelimitse ja sopia haastatteluajan tai saapua haastateltavan luokse kotisairaanhoidajan kanssa, mikäli näin sovitaan.

Otan yhteyttä lähipäivinä puhelimitse ja toivon saavani kotisairaanhoidajien yhteystiedot, jotta saan heidän välityksellään haastateltavat.

Yhteistyön merkeissä

Anja Valta

Anja Valta

1.9.2001

Anja Valta

Liite 17-2
1.9.2001

Haastatteluluppyyntö

Haastattelun avulla haluan selvittää, kuinka iäkkäät henkilöt kokevat suoriutumisensa päivittäisestä elämästään ja mikä siinä on tärkeää.

Haastattelussa käytän nauhuria, koska vapaata keskustelun kulkua häiritsee muistimppanujen tekeminen. Haastattelu tapahtuu ilman lomaketta keskustelun avulla.

Haastatteluun suostuminen on täysin vapaaehtoista, voitte halutessanne myös keskeyttää haastattelun. Antamanne tiedot ovat täysin luottamuksellisia. Ääninauhat puretaan tekstiaineistoksi, joka analysoidaan. Tutkimuksen valmistuttua sekä nauhat että kirjoitetut tekstit hävitetään. Julkaistavassa tutkimuksessa tutkittavien henkilöilisyys pysyy täysin salassa.

Tutkimuksella tuotetaan tärkeää tietoa, jonka avulla autetaan iäkkäitä suoriutumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Toivon, että suostutte haastatteluluppyyntööni.

Yhteistyötä toivoen

Anja Valta

sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja

sairaanhoidonopettaja

terveydenhuollon maisteri

SUOSTUMUS HAASTATTELUUN

**Tutkimuksen nimi on:
Iäkkäiden toimintakyky ja suoriutuminen päivittäisestä elämästään**

Suostun pyydettyyn tutkimushaastatteluun, jossa apuna käytetään nauhuria. Tiedän tutkimuksen tarkoituksen ja tiedän myös voivani keskeyttää haastattelun niin halutessani.

Allekirjoitus