

**”Päivä kerrallaan” - punkalaitumelaisten ikäihmisten kokemuksia
elämänlaadustaan vanhustentaloilla**

AUNE LINNAINMAA

Tampereen yliopisto

Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

Sosiaalityön pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2008

Tampereen yliopisto
Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos

LINNAINMAA, AUNE: ”Päivä kerrallaan” - punkalaitumelaisten ikäihmisten kokemuksia elämänlaadustaan vanhustentaloilla

Pro gradu -tutkielma, 111 s., 22 liites.

Sosiaalityö

Huhtikuu 2008

Punkalaitumen kunnan asukkaista lähes joka kolmas on 65-vuotias tai sitä vanhempi. Ikääntyneemmän väestönosan asumisen ja palveluiden järjestäminen asettaa tulevaisuudessa suuria haasteita. Tutkielman tarkoituksena on kuvailla Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen vuokrataloissa (vanhustentaloilla) asuvien ikäihmisten kokemuksia elämänlaadustaan. Tutkimus perustuu 43 vanhustentaloilla asuvan yli 65-vuotiaan henkilön haastatteluihin. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella keväällä 2005.

Tutkimuksen viitekehyksenä on elämänlaadun käsite; "hyvää elämää" pidetään itseisarvona ja tavoitteena sinänsä. Yhtenäistä määritelmää elämänlaadusta ei ole ja sen mittaaminen on haasteellista. Jokaisen yksilön elämänlaatu on erilainen ja ei voida todeta toisen henkilön elämänlaadun olevan parempi kuin toisen. Elämänlaatu on sekä objektiivisten elinolojen että subjektiivisen hyvinvoinnin vuorovaikutuksen tulos. Tutkimuksessa elämänlaatua lähestyttiin asukkaiden kokemusten kautta. Elämänlaadun ulottuvuuksiksi määriteltiin asukkaiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista, asuin- ja lähiympäristön merkitys, asukkaiden sosiaalinen verkosto ja osallistuminen sekä heidän saamansa apu ja tuki.

Asukkaiden kannalta merkittäväksi elämänlaatua ylläpitäväksi tekijäksi näyttäisi muodostuvan asukkaiden sosiaalinen verkosto ja sen tarjoama apu ja tuki. Enemmistö asukkaista sai omaisilta tai naapureilta säännöllistä apua ja tukea selviytymiseensä. Tulosten mukaan elämänlaatua heikentäviksi tekijöiksi osoittautuivat vanhustentalojen sijainti selvästi korkeammalla lähiympäristöstä, asunnoissa ilmenneet lukuisat korjaus- ja muutostarpeet sekä asukkaiden toimintakyvyn rajoitukset. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä vain joka seitsemäs selviytyi täysin itsenäisesti, ilman ulkopuolista apua. Kunnallisia kotihoitopalveluita käytti lähes joka toinen asukkaista.

Ikäihmiset haluavat yleensä asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan. Tutkimus osoitti, että vanhustentalojen asukkaista vain noin puolet haluaa asua vanhustentaloilla niin pitkään kuin se vain on mahdollista, tosin neljännes haastateltavista ei osannut vastata kysymykseen. Toisaalta he toivovat selviytyvänsä nykyisessä asunnossaan mahdollisimman pitkään, toisaalta he tiedostavat sen tosiasian, että toimintakyvyn huomattavasti heikentyessä nykyisestä edessä saattaa olla muutto palveluasuntoon tai vanhainkotiin. Tulevaisuuden asumis- ja palveluratkaisuja mietittäessä eräänä vaihtoehtona saattaisi olla muuttaa osa asunnoista pienkotityyppiseksi tilaksi. Tämä ratkaisu helpottaisi palvelujen järjestämistä ja tarjoaisi asukkaille mahdollisuuden kanssakäymiseen toistensa kanssa.

Avainsanat: ikääntyneet ihmiset, elämänlaatu, toimintakyky, päivittäiset toiminnot

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	ELÄMÄNLAATU	
	2.1 Elämänlaadun käsite	4
	2.2 Elämänlaadun aikaisempi tutkimus	6
3	PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN	
	3.1 Päivittäiset toiminnot	8
	3.2 Toimintakyvyn osa-alueet.....	10
	3.2.1 Fyysinen toimintakyky.....	11
	3.2.2 Psyykkinen toimintakyky	11
	3.2.3 Sosiaalinen toimintakyky.....	13
	3.3 Toimintakyvyn tutkiminen ja arviointi	14
	3.4 Toimintakyvyn heikkeneminen	17
	3.4.1 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen.....	17
	3.4.2 Koettu terveydentila.....	20
	3.4.3 Muistiongelmät ja masentuneisuus.....	20
	3.4.4 Elämäntapahtumat	23
	3.4.5 Toimintakyvyn heikkenemiseen sopeutuminen.....	24
4	SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN	
	4.1 Sosiaalinen verkosto	25
	4.2 Sosiaalinen tuki.....	26
	4.3 Iäkkäiden henkilöiden yksinäisyys	28
5	ASUMINEN	
	5.1 Asuin- ja lähiympäristön merkitys.....	30
	5.2 Vanhustentalo kotina	33

6	KOTIHOITOPALVELUT KOTONA ASUMISEN TUKIJANA	
6.1	Kotihoitopalvelujen käyttö.....	35
6.2	Tyytyväisyys palveluihin.....	37
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	
7.1	Punkalaitumen kunnan väestörakenne.....	39
7.2	Vanhustentalot.....	40
7.3	Kohderyhmä.....	41
7.4	Haastattelulomake ja aineiston keruu	43
7.5	Haastattelujen toteuttaminen.....	46
7.6	Aineiston analyysi.....	48
7.7	Tutkimuksen luotettavuus.....	49
7.8	Tutkimuskysymykset	52
8	TUTKIMUKSEN TULOKSET	
8.1	Havaintoja vanhustentaloilta.....	54
8.2	Asukkaiden ikä- ja sukupuolijakauma.....	56
8.3	Asumismuoto ja asumisen kesto.....	57
8.4	Vanhustentaloille muuttamisen syyt.....	58
8.5	Vanhustentaloille sopeutuminen.....	60
8.6	Asuntoon liittyvät tekijät.....	62
8.7	Asuin- ja lähiympäristön viihtyvyys ja turvallisuus	63
8.8	Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen	66
8.9	Päivittäisistä perustoiminnoista selviytyminen ja apuvälineiden käyttö	74
8.10	Asioiden hoitamisesta selviytyminen	77
8.11	Arviot toimintakyvystä	81
8.12	Psyykinen toimintakyky.....	82
8.13	Palveluiden käyttö ja tyytyväisyys palveluihin.....	86
9	TULOSTEN YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	88
	LÄHTEET	94
	LIITTEET	112

KUVIOT

KUVIO 1 Allardtin hyvinvointiteoria.....	4
KUVIO 2 Päivittäiset toiminnot	9
KUVIO 3 Toimintakyvyn osa-alueet.....	10
KUVIO 4 Pia Laukkasen (1998, 19) Eino Heikkisen mallin pohjalta luoma teoreettinen malli päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä	15
KUVIO 5 Punkalaitumen kunnan yli 65-vuotiaiden väestöennuste 2004–2040	40
KUVIO 6 Asukkaiden asumisaika vanhustentaloilla.....	58
KUVIO 7 Asukkaiden kokema yksinäisyys	72

TAULUKOT

TAULUKKO 1 Asukkaiden ikä- ja sukupuolijakauma.....	56
TAULUKKO 2 Asukkaiden sosiaalinen kanssakäyminen henkilökohtaisten tapaamisten muodossa sukupuolen ja iän mukaan.....	68
TAULUKKO 3 Asukkaiden halukkuus osallistua vanhustentaloilla mahdollisesti järjestettävään toimintaan	71
TAULUKKO 4 Asukkaiden kokema yksinäisyys sukupuolen ja iän mukaan.....	74
TAULUKKO 5 Vanhustentaloilla asuvien RAVA-pistemäärät ja Kuntaliiton viitteellinen suositus hoitopaikasta	76
TAULUKKO 6 Asukkaiden selviytyminen IADL-toiminnoista.....	78
TAULUKKO 7 Asukkaiden arviot omasta toimintakyvystään / kunnostaan sukupuolen ja iän mukaan	81
TAULUKKO 8 Asukkaiden muistamisvaikeudet	83
TAULUKKO 9 Myöhäisiän depressioseulan (GDS-15) tulokset.....	84
TAULUKKO 10 Asukkaille tapahtuneet elämäntapahtumat	85

1 JOHDANTO

Suomen väestö ikääntyy voimakkaasti. Kehitys on samansuuntaista koko Euroopassa, mutta Suomessa väestön ikärakenteen muutos on Euroopan nopeimpia. Tilastokeskuksen (2007) väestöennusteen mukaan 65 vuotta täyttäneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa nykyisestä 15 prosentista runsaaseen 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Ennusteen mukaan eniten kasvavat vanhimmat, yli 85-vuotiaiden ja 75–84-vuotiaiden, ikäluokat. Yli 85-vuotiaiden määrä kasvaa yli kaksinkertaiseksi vuoteen 2030 mennessä ja 75–84-vuotiaidenkin määrä lähes kaksinkertaistuu. (Tilastokeskuksen väestöennusteet 2007; myös Myrskylä 2005, 18). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 (STM 2003a, 20) ikäihmisten palvelujen kehittämisen tärkeimpänä tavoitteena on mahdollistaa ikäihmisten asuminen omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja lähiympäristössään (myös STM & Suomen Kuntaliitto 2001, 10; STM 2003b, 26). Ikääntyneen väestön toimintakyvyn ongelmien ehkäisy ja toimintakyvyn parantaminen on keskeinen suomalaisen vanhuspolitiikan tavoite (STM 2001, 15; STM 2003b, 26). Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa (STM 2001, 15) yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paranemisen jatkuminen samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan on asetettu yhdeksi keskeiseksi tavoitteeksi. Ikääntyneiden henkilöiden on todettu haluavan asua omassa kodissaan tutussa ympäristössä palvelujen turvin mahdollisimman pitkään (Vaarama & Hakkarainen & Laaksonen 1999, 60; Anttonen & Sipilä 2000, 119; Vaarama & Luoma & Ylönen, 2006, 121). Asumisympäristön merkitys resurssitekijänä tai puutetekijänä tulee yhä keskeisemmäksi, kun tavoitteena on ikäihmisten kotona asumisen tukeminen (Sarola 1996, 18). Suomalaisen vanhuspolitiikan eräänä keskeisenä tavoitteena on ottaa huomioon ikääntyvän väestönosan yksilölliset palvelutarpeet kehitettäessä ikäihmisten palveluja (STM 2003a, 21). Hoidon ja palveluiden suunnittelun lähtökohtana on tieto ihmisten selviytymiseen liittyvistä ongelmista (Helin 2002, 56). Eräänä toimenpiteenä ikäihmisten kotona asumisen tukemiseksi pidetään ennaltaehkäisevien kotikäyntien tekemistä kunnan osoittamalle ikäryhmälle (STM 2003a, 20).

Ikäihmisten hyvinvoinnin edistämistä (Vaarama & Voutilainen & Kauppinen 2004, 36) ja hyvän elämänlaadun asettamista hoidon ja palvelun tavoitteeksi (Vaarama 2002, 17) pidetään suomalaisen vanhuspolitiikan keskeisinä linjauksina. Aiemmat tutkimukset (Hinkka ym. 2004, 13; Vaarama 2002, 11; Vaarama & Kaitsaari 2002, 138–139; Vaarama ym. 2006, 128; Heikkinen E. 2007) ovat osoittaneet, että ikääntyneiden henkilöiden elämänlaadulle ja hyvinvoinnille ovat tärkeitä samat tekijät kuin muillekin ikäryhmille kuten esimerkiksi hyvä terveys ja toimintakyky, toimivat

sosiaaliset verkostot, psyykkinen hyvinvointi, riittävä toimeentulo, elämän mielekkyys ja tyytyväisyys, asuminen hyvässä kodissa ja viihtyisässä ympäristössä ja näihin liittyen ikääntyneen henkilön suhtautuminen omiin sairauksiinsa, toimintakykynsä laskuun sekä saamiinsa hoitoihin ja palveluihin sekä hengelliset kysymykset.

Tämä tutkimus liittyy Punkalaitumen kunnan toteuttamaan Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys Ry:n omistamien vanhusten vuokra-asuntojen (tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä vanhustentalot) kehittämishankkeeseen. Tutkimuksen kohteena ovat Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen omistamissa vuokra-asunnoissa asuvat yli 65-vuotiaat henkilöt (vanhustentalon asukkaat). Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia vanhustentalojen asukkaiden kokemuksia elämänlaadustaan. Tässä tutkimuksessa elämänlaadun käsitteeseen sisällytetään vanhustentaloilla asuvien ikäihmisten kokemukset ja käsitykset toimintakyvystään ja selviytymisestään, sosiaalisesta verkostostaan ja osallistumisestaan, asuin- ja lähiympäristön merkityksestä sekä heidän saamistaan palveluista. Tutkimus toteutettiin kotikäynteinä, joiden aikana täytettiin haastattelulomake. Vanhustentalojen asukkaista ei ole systemaattisesti aiemmin kerätty tietoa eikä tehty tutkimusta. Jonkin verran tietoa asukkaista on saatu kotihoitohenkilöstön kautta sekä omaisten yhteydenottojen kautta. Punkalaitumella ei toistaiseksi ole toteutettu ennaltaehkäiseviä kotikäyntejä tietyille ikäryhmälle, mutta nämä vanhustentalojen kehittämishankkeeseen liittyvät kotikäynnit voidaan nähdä vanhustentaloilla asuville yli 65-vuotiaille suunnatuiksi ennaltaehkäiseviksi kotikäynneiksi.

Tutkimuksen aihe on ajankohtainen. Keskustelu vanhustenhuollosta; hoidon ja hoivan laadusta sekä resurssien riittävydestä käy vilkkaana. Vanhustenhuollolla riittää haasteita; erityisen tärkeää on tukea ikäihmisten asumista omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Keskeinen huolenaihe on, kuinka pystytään tarjoamaan ikääntyville kuntalaisille riittävästi palveluja heidän kotona asumisensa turvaamiseksi ja laitoshoidon aloittamisen siirtämiseksi tai jopa ehkäisemiseksi kokonaan. Palvelujen määrän lisäämisen lisäksi tarvitaan myös palvelujen sisällön kehittämistä.

Tutkimuksen alussa kuvataan elämänlaadun käsitettä sekä luodaan katsaus aikaisempiin tutkimuksiin. Luvuissa 3–6 tarkastellaan keskeisiä ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä; toimintakykyä, sosiaalista kanssakäymistä, asuin - ja lähiympäristön merkitystä sekä kotiin annettavia palveluita. Tutkimuksen käytännön toteutusta; aineiston analysointia sekä tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä tekijöitä selvitetään luvussa seitsemän.

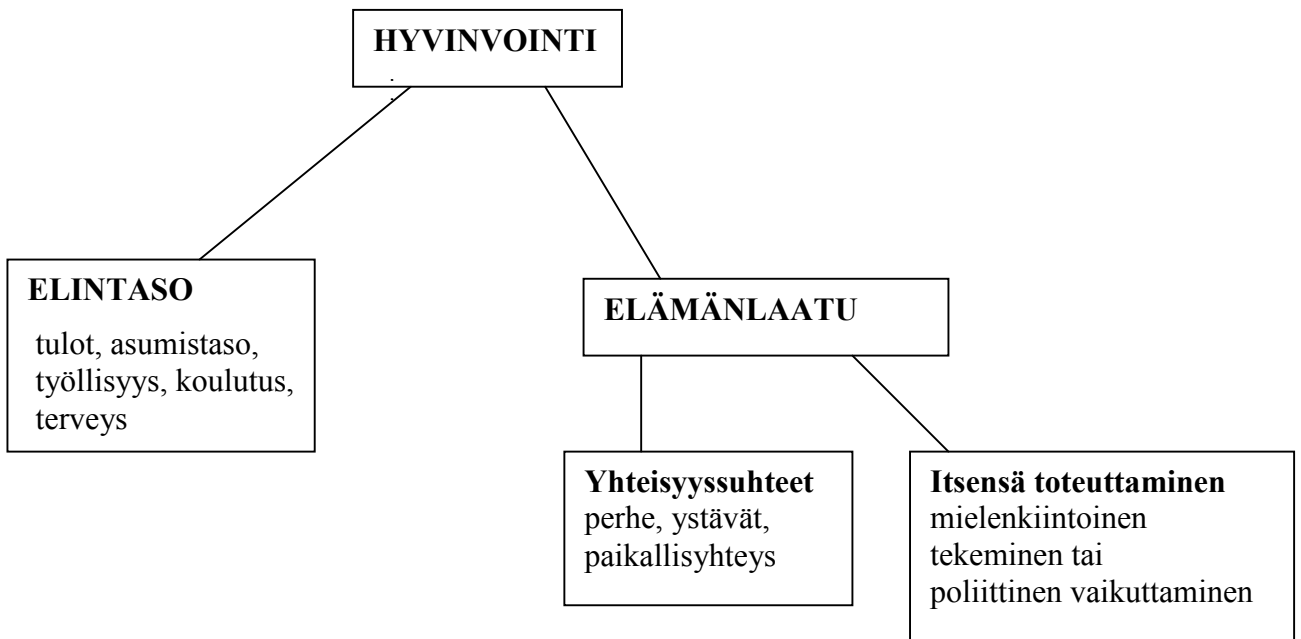
Tutkimuksen tulokset esitellään luvussa kahdeksan. Yhdeksännessä luvussa kootaan yhteen tutkimuksen keskeiset tulokset ja tehdä aiheeseen liittyvät päätelmät.

Mitä käsitettä olisi sopivinta käyttää yli 60-vuotiaista henkilöistä? Vanhusbarometri- tutkimuksessa (Vaarama ym. 1999, 4) parhaina termeinä kuvaamaan yli 60-vuotiaita ihmisiä pidettiin ilmaisuja ikääntyneet ihmiset, ikäihmiset ja iäkkäät ihmiset. Yli 60-vuotiaita ei haluta kutsuttavan vanhoiksi ihmisiksi. Käytän tässä tutkimuksessa käsitteitä ikäihmiset, iäkkäät ihmiset, ikääntyneet ihmiset, ikääntyvät ihmiset rinnakkain ja samanaikaisesti. Tässä tutkimuksessa näillä käsitteillä tarkoitetaan 65-vuotta täyttäneitä tai sitä vanhempia henkilöitä.

2 ELÄMÄNLAATU

2.1 Elämänlaadun käsite

Erik Allardt (1976, 2, kuvio 1) määrittelee hyvinvoinnin yleiseksi tilaksi, jossa ihmisellä on mahdollisuus saada keskeiset tarpeensa tyydytetyiksi. Hänen mukaansa hyvinvointi voidaan jakaa kahteen osa-alueeseen, elintasaan ja elämänlaatuun (quality of life, Qol).



KUVIO 1 Allardtin hyvinvointiteoria (1976, 32–33)

Allardtin (1976, 37–38) mukaan elintaso liittyy tarpeisiin, joiden tyydytys määrittellään aineellisten tai persoonattomien resurssien avulla. Näiden resurssien avulla yksilö voi ohjailla elinolosuhteitaan. Elämänlaatu puolestaan liittyy inhimillisten suhteiden laatuun. Elämänlaatu merkitsee ihmisten välisiin ja ihmisen ja yhteiskunnan sekä ihmisen ja luonnon suhteisiin perustuvaa tarpeentyydytystä.

Hyvinvoinnin kuvaaminen elintasonäkökulmasta on ollut vanhustutkimuksessa vallitsevana suuntauksena, mutta viimeisen 20 vuoden aikana hyvinvoinnin kokeminen eli elämänlaatu on noussut tutkimuksen tärkeäksi ulottuvuudeksi (Christiansson 1994, 102; Gilhooly M. & Gilhooly, K. & Bowling 2005, 16). Elämänlaatukäsitteelle ei ole olemassa yhtä selkeää, yhteisesti hyväksyttyä

määritelmää. Elämänlaatu on moniulotteinen, dynaaminen ilmiö, joka vaihtelee eri yksilöiden välillä ja ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa (Hughes 1990, 47; Felce & Perry 1995, 51; Carr & Gibson & Robinson 2001, 1240; Bowling & Banister & Sutton & Evans & Windsor 2002, 355; Vaarama 2002, 11; Vaarama & Kaitsaari 2002, 121; Brown & Bowling & Flynn 2004).

Yhteisenä piirteenä elämänlaatua koskeville tutkimuksille on Christianssonin (1994, 106) mukaan se, että "hyvää elämää" pidetään itseisarvona ja tavoitteena sinänsä. Elämänlaadun mittaaminen on vaihdellut tutkimuksesta toiseen ja on vaikeaa. Jokaisen yksilön elämänlaatu on erilainen ja omaisten ja / tai ammattilaisten näkemys ikääntyneiden henkilöiden elämänlaadusta on usein melko kaukana ikäihmisten omista käsityksistä. Ikääntyneet ihmiset kokevat yleensä elämänlaatunsa parempana kuin ulkopuoliset arvioitsijat uskovat. (Felce & Perry 1995, 54; Yip & Wilber & Myrtle & Grazman 2001, 142.) Elämänlaadun mittaamiseksi on kehitetty erilaisia kokonaismittareita (vrt. RAND-36 terveyteen liittyvä elämänlaatumittari; Aalto & Aro & Teperi 1999 sekä WHOQOL-elämänlaadun mittari; WHO 1998, myös Rapley 2003).

Hyvinvointia tarkasteltaessa eri alueita voidaan arvioida sekä subjektiivisesti että objektiivisesti (Noll 2000; Vaarama 2002, 12; Vaarama & Kaitsaari 2002, 121; Gilhooly ym. 2005, 26). Useat tutkijat ovat sitä mieltä, että elämänlaatu on sekä objektiivisten elinolojen ja subjektiivisen hyvinvoinnin vuorovaikutuksen tulos (esim. Cummins 1997, 118; Diener 2000, 40; Veenhoven 2000, 4; Vaarama 2002, 12.) Objektiivisissa määritelmässä yksilön elämänlaadun arvioinnin suorittaa muu kuin henkilö itse. Tällöin keskitytään toisen henkilön tekemiin arvioihin esimerkiksi iäkkään henkilön terveydentilasta tai taloudellisesta tilanteesta. Subjektiivisen hyvinvoinnin tutkimuksessa keskeisiä ovat yksilön omat arviot hyvinvoinnistaan. Yksilö itse arvioi kokemuksiaan ja hän myös määrittelee elämänlaadulleen tärkeät ulottuvuudet ja sen aikaperspektiivin (Cummins 1997, 118; Savikko & Huusko & Pitkälä 2006, 24). Felce ja Perry (1995, 51) ovat määritelleet elämänlaadun yleiseksi hyvinvoinniksi, joka sisältää objektiivisia kuvaajia elämän olosuhteista ja subjektiivisia arvioita fyysisestä, materiaalisesta, sosiaalisesta ja emotionaalista hyvinvoinnista ja joita painotetaan eri ulottuvuuksille annetuilla henkilökohtaisilla arvoilla. Ikääntyneiden henkilöiden hyvinvointia on usein lähestytty fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn käsitteiden kautta (Vaarama & Kaitsaari 2002, 121).

Joidenkin tutkijoiden mukaan (esim. Christiansson 1994, 106; Carr & Higginson 2001, 1357; Bowling ym. 2002, 356; Bowling & Gabriel 2004, 677) usein ei riittävästi huomioida sitä, miten iäkkäät ihmiset itse määrittelevät omaa elämänlaatuaan ja keinoja sen parantamiseksi. Tutkittaessa

iäkkäiden ihmisten elämänlaatua on tärkeää antaa tilaa heidän omille elämäkokemuksilleen osana yhteiskunnallista kontekstia. Elämänlaatu on aina sidoksissa ajalliseen ja paikalliseen kontekstiin. Iäkkäämmällä sukupolvella saattaa olla elettyä rankkojakin kokemuksia muun muassa sodasta, leskeytymisestä ja sairauksista. Näiden kokemusten ja koko aikaisemman elämäkulun vaikutusta iäkkään ihmisen myöhemmän elämän laatuun ei ole syytä vähätellä. (Gabriel & Bowling 2004, 689.)

2.2 Elämänlaadun aikaisempi tutkimus

Elämänlaadun määrittelyn ja mittaamisen vaikeuksista huolimatta voidaan löytää ulottuvuuksista, jotka ovat yhteisiä eri tutkijoilla (Felce & Perry 1995, 51; Cummins 1997; 119; Bowling ym. 2002, 355; Vaarama ym. 2006, 107–108). Lawtonin (1983, 355) mallissa elämänlaadun ulottuvuuksia ovat käyttäytymisen kompetenssi, psyykkinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu ja objektiivisen ympäristön laatu. Hughes (1990, 48, 55) puolestaan sisällyttää ikäihmisten elämänlaatuun seuraavat osatekijät: asuinympäristön laatu (kuten lämpö, mukavuus, turvallisuus), sosio-ekonominen status (kuten tulot, asuminen), henkilökohtainen autonomia (esimerkiksi valinnan mahdollisuus), fyysinen ja psyykkinen terveys (toimintakyky), elämään tyytyväisyys ja psyykkinen hyvinvointi, sosiaalinen integraatio (kuten sosiaaliset suhteet, perhesuhteet, sosiaaliset roolit) sekä mielekäs toiminta (esimerkiksi päivittäiset toiminnot, virkistys, harrastukset).

Cummins (1997, 119) käy katsauksessaan läpi eri tutkijoiden (N=27) määritelmiä elämänlaadusta. Katsauksen mukaan 80 prosenttia tutkijoista sisällyttää emotionaalisen hyvinvoinnin elämänlaadun käsitteeseen, 70 prosenttia terveyden, 70 prosenttia sosiaalisen ulottuvuuden ja perheen, 59 prosenttia materiaalisen hyvinvoinnin ja 56 prosenttia työn tai tuottavan hyvinvoinnin. Cumminsin mukaan ainakin nämä ulottuvuudet tulisi sisällyttää elämänlaadun käsitteen alle (mt., 119). WHO:n elämänlaatua ja sen mittaamista tutkivan ryhmän (ref. Rapley 2003, 50) mukaan elämänlaatu on yksilön subjektiivinen arvio, joka nousee omasta kulttuurisesta, sosiaalisesta ja ympäristön kontekstista. Elämänlaadussa yhdistyy yksilön terveys, psyykkinen tila, autonomia, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset uskomukset ja niiden suhde olemassa olevaan ympäristöön (mt., 50).

Iäkkäiden ihmisten elämänlaatua on tutkittu muun muassa Growing Older- tutkimusohjelmassa Englannissa vuosina 1999–2004 (Walker 2004). Tähän tutkimusohjelmaan liittyen Gabriel ja Bowling (2004, 32) tutkivat Isossa-Britanniassa yli 65-vuotiaiden kotona asuvien ikääntyvien henkilöiden elämänlaatua haastattelujen kautta (n=999). Tutkimuksen tulosten mukaan vastaajien

elämänlaadun kannalta merkityksellisiä olivat muun muassa hyvät sosiaaliset suhteet perheen, ystävien ja naapureiden kanssa, hyvä, turvallinen koti ja lähiympäristö, positiivinen elämänasenne ja psyykkinen hyvinvointi, harrastukset, hyvä terveys ja toimintakyky, sosiaaliset roolit ja sosiaalisiin aktiviteetteihin sekä vapaaehtoistyöhön osallistuminen, riittävä taloudellinen toimeentulo sekä itsenäisyys ja oman elämän hallinta (mt., 32). Caroline Holland tutkijaryhmineen (2005, 49) tutki tutkimusohjelman yhtenä osana asuin- ja elinympäristön vaikutusta elämänlaatuun. Yhteenvedona he toteavat, että ympäristöön liittyvät materiaaliset, sosiaaliset ja psyykkiset merkitykset painottuvat ulos pääsemisen ja asioilla liikkumisen mahdollisuuksiin ("getting out and about") tai niiden puutteeseen (mt., 63).

Higginsin ym. (2005, 31) tutkimustulosten mukaan tulot eivät suoranaisesti vaikuttaneet koettuun elämänlaatuun, vaikka alimpiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla henkilöillä on yleisesti ottaen enemmän arjessa selviytymisen vaikeuksia kuin ylimpiin sosiaaliryhmiin kuuluvilla henkilöillä. Euroopan Unionin rahoittamaan European Forum on Population Ageing Research -hankkeeseen liittyen Brown tutkijakollegoineen (2004, 87) teki systemoidun kirjallisuuskatsauksen (42 tutkimusta), jonka mukaan tärkeinä elämänlaadunmäärittäjinä iäkkäillä henkilöillä pidettiin perhesuhteita ja ylipäättään sosiaalisia suhteita, psyykkistä hyvinvointia, uskontoa / hengellisyyttä sekä terveydentilaa. Lisäksi elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä mainittiin autonomia ja mahdollisuus liikkua ulkona, sosiaaliset aktiviteetit, elintaso, koti ja sen ympäristö, turvallisuus sekä läheisten terveys.

Kotimaisesta tutkimuksesta voidaan mainita erityisesti Marja Vaaraman tutkijakollegoineen tekemät tutkimukset ikäihmisten elämänlaadusta. Vaaraman ym. (2006, 127–128) tutkimuksessa elämänlaadun keskeisiä elementtejä olivat hyvä terveys, riittävä toimeentulo, psyykkinen hyvinvointi ja hyvät sosiaaliset verkostot. Iästä riippumatta kyky nauttia elämästä oli tärkeää kaikille, mutta muuten elämänlaadulle merkittävät tekijät vaihtelivat jonkin verran eri-ikäisillä. Hyvinvoinnin riskitekijöitä ja elämänlaadun uhkia näyttivät olevan korkea ikä, naissukupuoli, pienet tulot, heikoksi koettu terveys, yksinäisyys ja masentuneisuus, puutteelliset asumisolot sekä lähipalvelujen ja julkisen liikenteen heikko saatavuus (myös Vaarama & Kaitsaari 2002, 133). Vaaraman ja Kaitsaaren tutkimuksessa (2002, 138) ikääntyneiden henkilöiden koettua hyvinvointia lisäsivät erityisesti hyväksi koettu terveys, turvallinen taloudellinen tilanne ja hyvä elämänhallinnan tunne.

3 PÄIVITTÄISISTÄ TOIMINNOISTA SELVIYTYMINEN

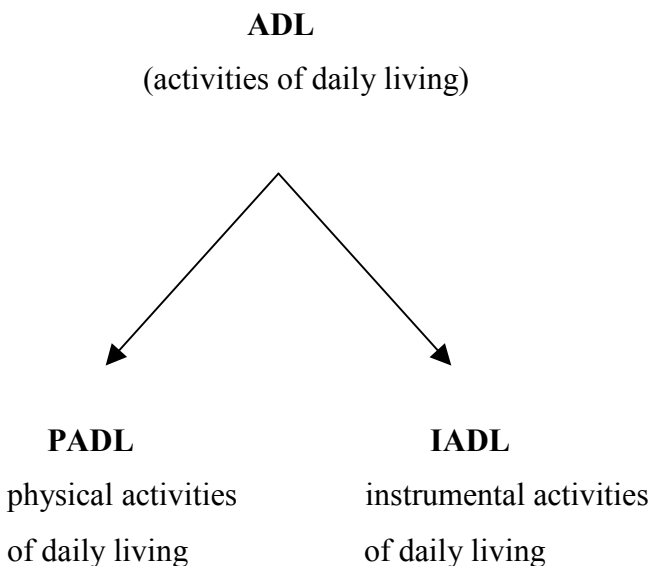
lääkäiden ihmisten arvioidessa omaa terveyttään, elämänlaatuaan ja elämän tarkoituksellisuuden tunnetta nousee toimintakyky (functional ability) tärkeäksi kriteeriksi (Heikkinen E. 2002, 24).

Toimintakyvylle ei ole olemassa yhtä eri tutkimusaloille pätevää ja hyväksyttyä määritelmää. Eri tutkimuksissa toimintakyky on määritelty eri tavoin. Toimintakyvyn käsite on hyvin monikerroksinen ja moniulotteinen ja siinä voidaan korostaa lähtökohdista riippuen eri puolia (Heikkinen E. 1990, 2). Laukkasen (2003b, 255) mukaan toimintakyvyssä on kyse laajasta hyvinvointiin liittyvästä käsitteestä. Vanhustyössä toimintakyvyllä tarkoitetaan iäkkään ihmisen selviytymistä arkielämän päivittäisistä toiminnoista ja sitä, missä määrin hän pystyy elämään täysipainoista elämää ja toteuttamaan omia tavoitteitaan (Koskinen & Aalto & Hakonen & Päivärinta 1998, 101; Rissanen 1999, 30). Simo Koskisen ym. (mt., 101) mukaan toimintakyky tulee parhaiten punnituksi siinä, kuinka iäkäs ihminen kykenee vastaamaan ympäristön asettamiin vaatimuksiin. Toimintakykyä määrittävät kykyjen ohella myös ympäristön olot ja ihmisen ominaisuuksien kokonaisuus (Rissanen 1999, 31). Hyväkään älykkyys ei ole hyvän toimintakyvyn tae, jos tunne-elämän alueella on vaikeita ongelmia tai jos ympäristön olosuhteet eivät ole kunnossa. Toimintaympäristö voi olla elämisen este tai mahdollistaja. Toimintakykyä tuleekin aina tarkastella suhteessa yksilön omiin ja ympäristön vaatimuksiin. (Ruoppila 2002, 121.)

3.1 Päivittäiset toiminnot

Vanhenemistutkimuksen alueella toimintakyvyn käsitettä on tavallisesti lähestytty kahdesta eri näkökulmasta. Toisaalta yksilön toimintakyvyn tutkimuksessa voidaan keskittyä sen eri osa-alueilla, fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella osa-alueella, tapahtuviin muutoksiin yksilön vanhetessa sekä tutkia näiden muutosten ennustearvoa elinajan, terveydentilan kehityksen ja autonomisen elämän kannalta. Toisaalta toimintakykyä on mahdollista tutkia päivittäisistä toiminnoista (ADL -toiminnot, activities of daily living, Katz & Ford & Moskowitz & Jackson & Jaffe 1963, ref. Laukkanen 1998, 16) selviytymisen kautta. Tällöin iäkkäiden henkilöiden toimintakykyä kuvataan päivittäisistä perustoiminnoista (PADL -toiminnot, physical activities of daily living) selviytymisen kannalta sekä selviytymisenä asioiden hoitamisesta kodin ulkopuolella (IADL-toiminnot, instrumental activities of daily living) (Laukkanen 1998, 22, kuvio 2). Ikivihreät-projektissa (Laukkanen & Heikkinen 1990, 70) PADL -toimintoihin sisällytettiin henkilön

selviytyminen liikkumisesta sisällä ja ulkona sekä portaissa, vuoteesta noususta, pukeutumisesta ja peseytymisestä sekä syömisestä, varpaankynsien leikkaamisesta ja WC-toiminnoista selviytyminen. IADL -toiminnoilla tarkoitettiin selviytymistä ruoan valmistamisesta, pyykin pesemisestä, kevyistä (esimerkiksi tiskaaminen) ja raskaista taloustöistä (esimerkiksi siivoaminen, ikkunoiden peseminen) selviytymistä. Kaupassa ja asioilla käynti, julkisten kulkuvälineiden käyttö, lääkkeiden otto ja annostelu, raha-asoiden hoito sekä puhelimen käyttö sisältyivät myös IADL-toimintoihin. (Mt., 70.) IADL-toiminnoissa on kyse selviytymisestä monimutkaisimmista toiminnoista, jotka edellyttävät sosiaalisia taitoja ja psyykkisiä voimavaroja (Laukkanen 2003a, 287). Kyky selviytyä arjen askareista riippuu suurelta osin toimintakyvyn tasosta (Heikkinen E. 2002, 24). Mitattaessa toimintakykyä PADL- ja IADL-toimintojen näkökulmasta tulokset perustuvat yleensä tutkittavien omaan arvioon toimintakyvystään.



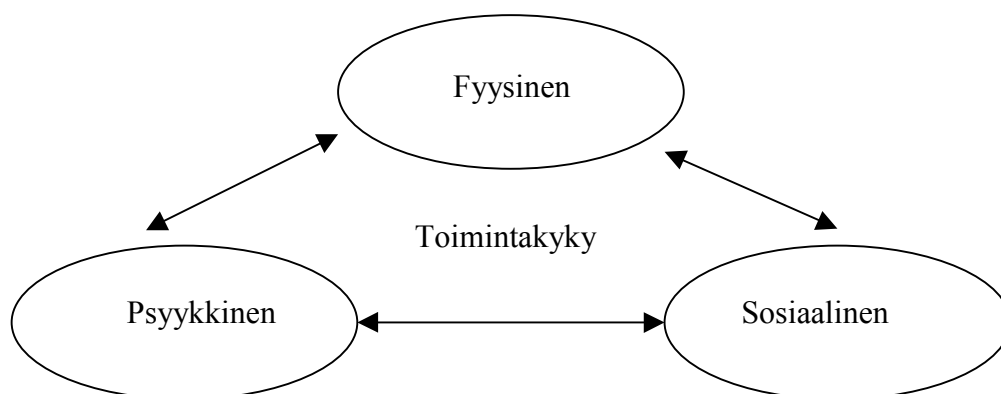
KUVIO 2 Päivittäiset toiminnot (Laukkanen 1998, 22)

Rissasen (1999, 32) mukaan ADL-käsite on sekä suhteellinen että dynaaminen. Käsite on suhteellinen siinä mielessä, että kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista ei riipu ainoastaan yksilön toimintakyvystä vaan myös ympäristön toimintaedellytyksistä ja vaatimuksista. Ympäristön toimintakyvylle asettamat vaatimukset ovat erilaisia riippuen pitkälti siitä asuuko henkilö omakotitalossa, kerrostalossa, vanhustentalolla, palveluasunnossa vai vanhainkodissa sekä asuuko hän maalla vai kaupungissa (Laukkanen 2003b, 258). Näkökulmassa korostuu yksilön hoidon ja

avun tarve, mutta myös yhteiskunnalta edellytettävien palvelujen tarve ja niistä aiheutuvat kustannukset. Dynaaminen käsite on siksi, että ympäristö ja yksilön toimintakyky muuttuvat ajan mukana. Toimintakyvyn taso voi iäkkäillä vaihdella päivästä toiseen ja vaikutusta on myös sillä, miten toimintakyvyn eri osa-alueita kehitetään ja ylläpidetään. (Rissanen 1999, 33.) Erot eri toimintojen vanhenemisessa ovat suuria samoin erot yksilöiden välillä. Eroista merkittävä osa voidaan selittää yksilön historiaan, elämäntapaan ja elinoloihin liittyvien tekijöiden avulla. Erityisesti psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn muutokset selittyvät suurelta osin muiden kuin biologisesti määräytyneiden tekijöiden kautta. (Heikkinen E. 2002, 30.)

3.2 Toimintakyvyn osa-alueet

Sosiaalilääketieteessä ja psykologiassa toimintakyky jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen osa-alueeseen (esim. Suutama & Salminen & Ruoppila 1988, 3; Heikkinen 1990, 2, kuvio 3). Toimintakyvyn eri osa-alueet ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa, muutos yhdellä alueella vaikuttaa aina myös muihin osa-alueisiin (Ruoppila & Suutama 1990, 14; Karppi & Ollila 1997, 54). Isto Ruoppilan (2002, 121) mukaan on perusteltua tarkastella toimintakyvyn eri puolia erikseen, koska ns. normaalit vanhenemismuutokset samoin kuin patologiset (sairauksien aiheuttamat) vanhenemismuutokset näkyvät niissä eri tavoin ja ilmeisesti eri nopeudella.



KUVIO 3 Toimintakyvyn osa-alueet (Heikkinen, E. 1990, 2; Suutama ym. 1988, 3)

3.2.1 Fyysinen toimintakyky

Toimintakyvyn eri osa-alueista fyysinen toimintakyky on pisimpään ja eniten tutkittu osa-alue. Fyysiseen toimintakykyyn voidaan sisällyttää jonkin yksittäisen elimen tai elinjärjestelmän toiminta esimerkiksi jonkin lihaksen lihasvoima (Pohjolainen 1987, 25) sekä elimistön toiminnallinen kyky selviytyä fyysistä ponnistelua edellyttävistä tehtävistä ja sille asetetuista tavoitteista (Suutama ym.1988, 3; Laukkanen & Heikkinen & Ruoppila 1992, 151). Fyysisen toimintakyvyn voidaan katsoa muodostuvan lähinnä hengitys- ja verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvystä (Pohjolainen 1987, 25). Iän myötä heikentymistä tapahtuu kaikilla fyysisen ja psykomotorisen toimintakyvyn eri osa-alueilla: lihasvoimassa, kestävyudessa, tasapainossa, reaktiokyvyssä, hengitysfunktioissa ja nopeudessa (Heikkinen E. 2002, 30). Biologisten toimintojen heikentyminen johtaa osaltaan käytettävissä olevien voimavarojen vähenemiseen ja toimintojen heikentymiseen (Valvanne 2003, 345). Fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida erilaisilla osoittimilla esimerkiksi mittaamalla lihasvoimaa, liikkumiskykyä tai maksimaalista hapenottoa (Rissanen 1999, 32). Arvioinnin apuvälineiksi on kehitetty erilaisia toimintakykymittareita. Normaalia fyysisestä vanhenemisesta johtuva toimintakyvyn heikkeneminen alkaa haitata arkielämää vasta 75 ikävuoden jälkeen ja samalla myös avun tarve kasvaa (Hämäläinen 1997, 133; Aromaa & Koskinen 2002, 143; Vaarama & Kaitsaari 2002, 129).

3.2.2 Psykkinen toimintakyky

Psyykkisestä toimintakyvystä on vaikea esittää yhtenäistä määritelmää. Eri tutkimuksissa käsitteen alle on sisällytetty vaihtelevasti eri ilmiöitä. Monesti ei ole esitettykään varsinaista määritelmää, vaan asiaa on lähestytty sen sisältöjen ja arviointimenetelmien kautta. Ruoppilan ja Suutaman (1994, 58) mukaan psyykkisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä suoriutua erilaisista älyllistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Psykkisen toimintakyvyn käsitteeseen on sisällytetty (Ruoppila & Suutama 1990, 14; 1994, 59; 2003, 159) kognitiivisten eli tiedonkäsittelytoimintojen kuten havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu sekä kielelliset toiminnot lisäksi myös elämän mielekkyys, itsensä arvostaminen ja elämänmuutosten käsittely (Salminen & Suutama & Ruoppila 1990, 109) sekä elämänhallinta eli koherenssin tunne (sense of coherence) (Elovainio & Kivimäki 2000, 129). Koherenssin tunne liittyy siihen, missä määrin henkilö kokee omat voimavaransa riittäviksi, elinympäristönsä ja elämänsä mielekkäiksi (Hämäläinen 1997, 137; Elovainio & Kivimäki 2000, 129–130). Se on ilmaus yksilön yleisestä, pysyvistä ja dynaamisesta kokemuksesta, siitä että hänen sisäinen ja ulkoinen maailmansa on ennustettavissa ja että elämä

tulee järjestymään parhaalla mahdollisella tavalla (Sarola 1996, 94). Psykkisen toimintakyvyn alueelle voidaan sisällyttää myös mielenterveys yhtenä psyykkisen toimintakyvyn edellytyksenä (Ruoppila 2002, 121).

Ihmisen kehittymisen ja ikääntymisen myötä myös psyykinen toimintakyky muuttuu. Kyseessä ei ole ainoastaan yksilöllinen ominaisuus, vaan kyseessä on vuorovaikutussuhde ihmisen ja hänen elin- ja toimintaympäristönsä välillä. Psykinen toimintakyky on aina suhteessa ympäristön sille asettamiin vaatimuksiin ja odotuksiin. Parhaiten psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida, kun tunnetaan ihmisen elämän tärkeimmät puitteet, kuten hänen asuin- ja elinympäristönsä sekä hänen sosiaalinen verkostonsa, jolta yksilö voi tarvittaessa saada tukea elämän muutos- ja kriisitilanteissa. (Ruoppila 2002, 121; Ruoppila & Suutama 1990, 15; 2003, 159.) Arvioitaessa psyykkistä toimintakykyä keskeisiksi tekijöiksi nousevat yksilön voimavarat; miten ne riittävät päivittäisen elämän asettamiin vaatimuksiin ja tehtäviin ja siihen, että hän voi tyydyttävästi selviytyä elämän muutos- ja kriisitilanteista (Ruoppila ja Suutama 1994, 58). Mieliala ja muisti vaikuttavat toimintakykyyn ja hoivan tarpeeseen. Dementia ja masennus ovat tärkeimpiä palvelutarvetta lisääviä tekijöitä ikäihmisillä. Vaikea masennus liittyy usein raihaantumiseen, voimistaa toiminnanvajavuuden kokemusta ja lisää laitoshoitoon siirtymisen todennäköisyyttä (Valvanne 2003, 346–347.)

Menetykset ihmissuhteissa esimerkiksi puolison kuolema ja niihin usein liittyvät muutokset elinoloissa luovat iäkkäille henkilöille varsin vaikeita sopeutumishaasteita ja vaikuttavat heidän psyykkiseen hyvinvointiinsa. Terveiden ja toimintakyvyn heikkeneminen sekä muistin ja aistien huononeminen aiheuttavat helposti kielteisiä vanhenemisen kokemuksia ja herättävät turvattomuutta ja pelkoa joutumisesta riippuvaiseksi toisten avusta. Toimivat ihmissuhteet, yhteisyyden tunne sekä "riittävä" yhteisöllinen osallistuminen tuottavat mielihyvää ja luovat psyykkistä hyvinvointia. Yksilön psyykinen hyvin- tai pahoinvointi on kiinteästi yhteydessä hänen sosiaaliseen ympäristöönsä ja sen dynamiikkaan. (Heikkinen R-L. 1992, 111–112.) Iäkkäiden henkilöiden kohdalla on erityisen tärkeää arvioida arkipäivään liittyvää käytännöllistä ja emotionaalista tukea. Henkilökohtaisesti tyydyttävä yhteydenpito toisten ihmisten kanssa erilaisilla elämän ja toiminnan alueilla on havaittu merkittäväksi tekijäksi psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. (Mt., 114.)

Psyykkistä toimintakykyä voidaan arvioida ja mitata erilaisin menetelmin. Masennuksen tunnistamisen helpottamiseksi voidaan käyttää erilaisia testejä esimerkiksi Myöhäisiä

depressioseulaa (GDS-15). Muistihäiriöitä epäiltäessä on Suomessa laajasti käytetty Mini-Mental State Examination (MMSE) -arviointiasteikkoa. Se antaa karkean yleiskäsityksen kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä. MMSE-asteikkoa täydentävänä ja tarkentavana arviointimenetelmänä voidaan käyttää CERAD-tehtäväsarjaa. Lisäksi RAVA-mittariin sisältyy sekä muistia että mielialaa kartoittavia osia. (Valtonen & Lahtinen & Paunio 2001, 9 ; Tilvis 2003, 35.)

Psyykkisen toimintakyvyn tutkimusmenetelmät kohdistuvat Ruoppilan ja Suutaman (1994, 59) mukaan lähinnä todetun toimintakyvyn arviointiin. Ongelmaksi kuitenkin nousee se, miten hyvin nämä menetelmät ennustavat tai kuvaavat yksilön kykyä selviytyä erilaisista psyykkistä toimintakykyä vaativista tehtävistä ja ongelmista hänen "todellisessa" elämässään. Kognitiivisen tason selvittäminen puoltaa kuitenkin paikkaansa toimintakykytutkimuksissa muun muassa siksi, että sen on havaittu olevan eräs parhaista jäljellä olevaa elinaikaa ennustavista tekijöistä (Suutama & Ruoppila & Kuikka 1992, 83; Ruoppila 2002, 123).

3.2.3 Sosiaalinen toimintakyky

Sosiaalinen toimintakyky on muita toimintakyvyn osa-alueita kiinteämmin sidoksissa ympäristöön ja historialliseen aikaan (Laukkanen 1998, 16). Sosiaalinen toimintakyvyssä voidaan Riitta-Liisa Heikkisen (1990, 47; 1994, 95) mukaan erottaa kaksi ulottuvuutta; ihmisen kyky toimia vuorovaikutussuhteissa toisten ihmisten kanssa sekä ihminen aktiivisena sosiaalisena toimijana, osallistujana erilaisissa yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Kyse on ihmisen kyvyistä, mahdollisuuksista ja vastuusta. Sosiaaliseen toimintakykyyn on sisällytetty yksilön suhteet lähiomaisiin ja sosiaalisten suhteiden sujuvuus, harrastaminen ja osallistuminen sekä koettu yksinäisyys (Suutama ym. 1988, 3; Heikkinen R-L. 1990, 66), mutta myös elämän voimavarat ja elämän mielekkyys (Hämäläinen 1997, 137–139). Verrattaessa eri yksilöitä keskenään ilmenee sosiaalisessa toimintakyvyssä suurtakin vaihtelua (Heikkinen R-L. 1990, 65).

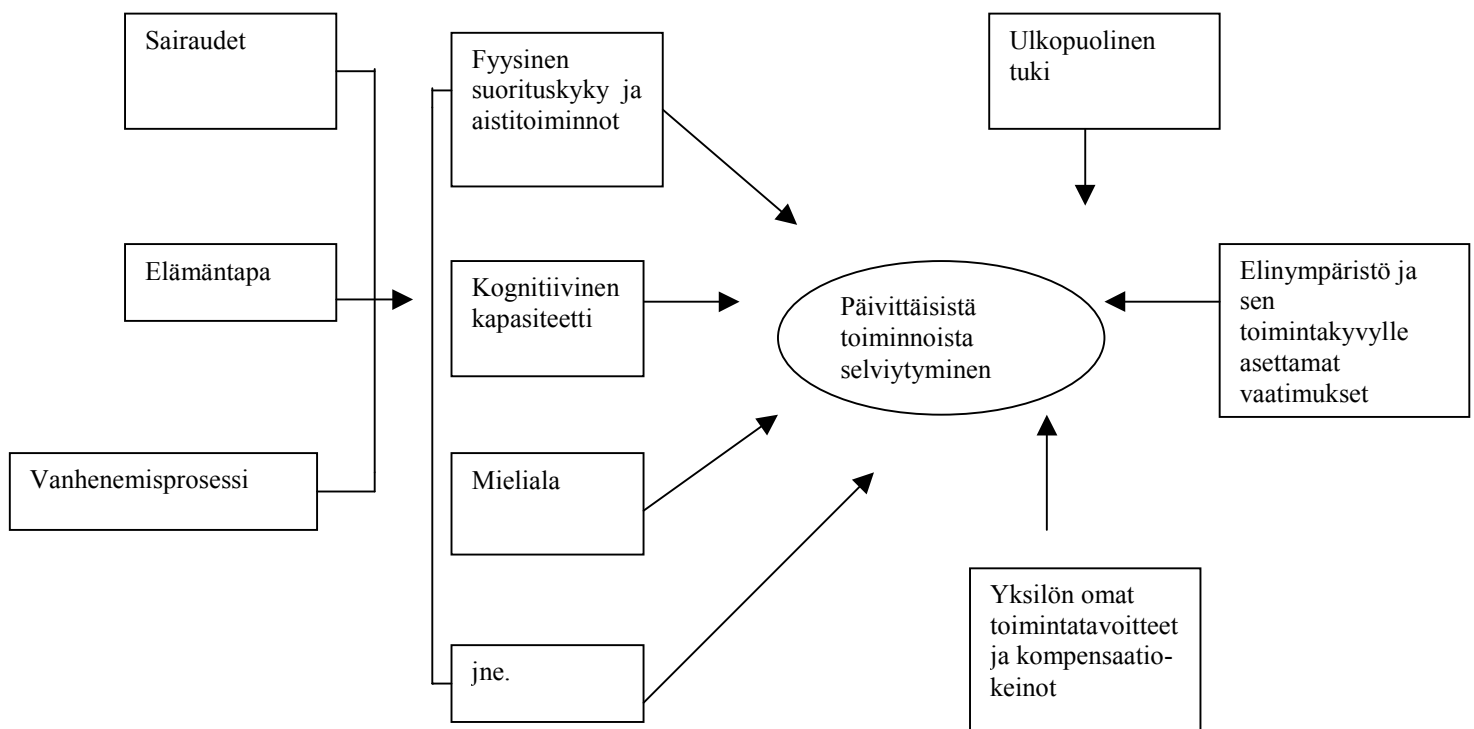
Sosiaalisen toimintakyvyn mittaamiseen on vaikeampi löytää arviointimenetelmiä. Sosiaalista toimintakykyä tarkasteltaessa huomiota on kiinnitetty läheisten ihmissuhteiden määrään, kontaktien useuteen sukulaisten, ystävien ja naapureiden kanssa, mutta ei niinkään vuorovaikutussuhteiden toimivuuteen (Heikkinen R-L. 1990, 49). Mittaamalla esimerkiksi sosiaalisen osallistumisen tai sosiaalisten kontaktien määrää on hankala luokitella henkilön sosiaalista toimintakykyä hyväksi tai huonoksi. Eri henkilöillä on erilainen sosiaalisten kontaktien ja toiminnan tarve, joka tulee ottaa

arvioinneissa huomioon. (Laukkanen 2003b, 255.) Sosiaalista toimintakykyä voidaan tarkastella resurssiajatteluna. Tällöin sosiaalista toimintakykyä voidaan mitata sosiaalisten resurssien esimerkiksi ystävyys- ja perhesuhteiden, tulojen ja koulutuksen avulla (Noppari & Leinonen 2005, 47). Harrastustoimintaa ja sosiaalista osallistumista on tutkittu informaalisten (vapaamuotoisten) ja formaalisten (muodollisten) suhteiden näkökulmasta (Pohjolainen 1987, 117–119). Rissasen (1999, 41) mukaan informaalisten suhteiden tunnusmerkkinä on primaarinen kiintymys, joka liittyy perheeseen, sukulaisiin ja ystäviin. Formaaliset suhteet (esimerkiksi kirkon ja erilaisten järjestöjen jäsenyydet) perustuvat sekundaariseen kiintymykseen (mt., 41). Sarola (1996, 72) toteaa että optimaaliset ehdot ystävyysuhteiden syntymiselle ovat ympäristössä, jossa tilalliset ratkaisut sekä fyysinen läheisyys tukevat vuorovaikutusta ja jossa on homogeeninen naapurusto.

3.3 Toimintakyvyn tutkiminen ja arviointi

Toimintakyvyn ja toiminnanvajavuuksien tutkimisen viitekehys on perustunut 1900-luvun alkupuoliskolla pitkälti patogeneettisen, sairauskeskeisen mallin pohjalle. Toiminnanvajavuus (disability) voidaan määritellä vaikeuksiksi päivittäisissä toiminnoissa, aktiivisessa osallistumisessa ja sosiaalisessa kanssakäymisessä (Laukkanen 2003b, 258) tai kyvyttömyytenä suorittaa tai saada aikaan tiettyjä toimintoja, joita aiemmin on pystynyt tekemään ilman vaikeuksia tai toisen henkilön apua (Verbrugge & Jette 1994, 1). Toiminnanvajavuus voidaan nähdä erona tai kuiluna iäkkään henkilön suorituskyvyn ja ympäristön asettaman vaatimustason välillä (Verbrugge & Jette 1994, 1; Rantanen & Sakari-Rantala 2003, 280). Patogeneettisessä tarkastelutavassa toimintakykyä tutkitaan ensisijaisesti toiminnanvajaussuhteena (Heikkinen E. 2002, 23). Sairaudet ja vammat aiheuttavat vaurioita elimistön eri osissa. Vauriot (impairment) puolestaan voivat johtaa suorituskyvyn rajoitukseen (functional limitation) ja edelleen toiminnanvajavuuksiin (Nagi 1976, ref. Laukkanen, 2003b, 256) tai kuten WHO:n mallissa (ICIDH, WHO 1980) vaurioista toiminnanvajavuuksiin ja edelleen haittoihin sosiaalisten roolien toteuttamisessa (handicap). Verbruggen ja Jetten (1994, 4) esittämässä sosiaalilääketieteellisessä toiminnanvajavuuden mallissa krooniset ja äkilliset sairaudet aiheuttavat vaurioita eri elinjärjestelmiin. Nämä rajoitukset sekä mahdolliset psyykkiset rajoitukset vaikuttavat päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Yksilö- ja ympäristötekijöillä kuten elintavoilla, hoidoilla, ulkopuolelta saadulla avulla ja tuella, on toiminnanvajavuuksia nopeuttava tai hidastava vaikutus. (Laukkanen 1998, 17.)

Eino Heikkinen (1995, 107, kuvio 4) on laajentanut toimintakyvyn tarkastelua ottamalla mukaan myös vanhenemisprosessin. Päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen vaikuttavat vanhenemisprosessi, elintavat ja sairaudet, jotka heikentävät fyysistä suorituskyykyä, aisteja ja kognitiivista kyvykkyyttä sekä toisaalta elinympäristö, kunkin yksilön toiminnalleen asettamat tavoitteet ja hänen käyttämänsä keinot suoriutua päivittäisistä toiminnoista sekä ulkoisen avun määrä.



KUVIO 4 Pia Laukkasen (1998, 19) Eino Heikkisen mallin pohjalta luoma teorettinen malli päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä

Pelkät sairausdiagnoosit ja sairauskeskeinen tarkastelutapa eivät kuitenkaan riitä iäkkäiden toimintakyvyn tutkimuksessa. Viime vuosikymmeninä on vahvana suuntauksena ollut näkökulman kääntäminen sairauksista terveyteen, toiminnanvajavuuksista toimintakykyyn ja riskitekijöistä salutogeneettisiin, terveyttä ja toimintakykyä ylläpitäviin tekijöihin (Heikkinen E. & Kauppinen &

Laukkanen 2003, 56). Salutogeneettinen tarkastelutapa perustuu konstruktionistiseen ihmiskäsitykseen, jonka mukaan toimintakyky ja terveys ovat prosesseja, joita voidaan kehittää missä elämänvaiheessa tahansa (mt., 58). Vanhuus nähdään elämänvaiheena, johon tulisi sisältyä uusia haasteita ja mahdollisuuksia toteuttaa itseään terveyttä ja toimintakykyä edistävällä tavalla. Terveys ja toimintakyky nähdään resurssina ja keskeistä onkin pohtia miten terveyttä ja toimintakykyä voidaan parhaiten edistää. (Heikkinen E. 2002, 23.) Uudessa WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisessä luokituksessa (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF, WHO, 2001) toimintakyky määritellään varsin laajasti. Yksilön toimintakykyyn vaikuttavat muun muassa terveydentila, muut yksilötekijät sekä hänen fyysinen ja psyykinen ympäristönsä.

Yksilön toimintakykyä voidaan arvioida joko kuvaamalla jäljellä olevaa toimintakyvyn tasoa tai todettuja toiminnanvajavuuksia (Laukkanen 1998, 16; 2003b, 255). Toimintakyvyn mittaaminen ja arvioiminen on monesti vaikeaa; fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat sisällöltään laaja-alaisia. ADL -mittarit eivät sellaisenaan tuo ilmi sitä, millaisten tekijöiden (esimerkiksi heikko fyysinen kunto, näkö- ja kuulo-ongelmat, kognitiivisen kyvykkyyden heikkeneminen, masentuneisuus) vuoksi yksilöllä on selviytymisvaikeuksia (Heikkinen E. 2002, 22; Helin 2003, 346). Ruoppilan ja Heikkisen (1992, 1) mukaan iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn eri puolten arviointi on välttämätöntä, koska toimintakyvyllä on olennaisia vaikutuksia iäkkään ihmisen selviytymiseen elin- ja asuinympäristössään. Arvioinnin tulisi olla kokonaisvaltaista; sekä yksilön että ympäristön huomioivaa.

Eino Heikkisen (2002, 24) mukaan hyvä fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä sosiaalinen aktiivisuus ennustavat parempaa elossa säilymistä. Kyky selvitä arjen askareista tarvitsematta turvautua laitoshoitoon riippuu suurelta osin toimintakyvyn tasosta. Vähäisimmilläänkin toiminnanvajavuuksilla on osoitettu olevan ennustettua merkitystä vaikeampien häiriöiden suhteen ja vähäiset vaikeudet päivittäisissä toiminnoissa ennakoivat myöhempää avuntarvetta. Tämän vuoksi on perusteltua suositella varsinkin kotona asuvien henkilöiden päivittäisistä toiminnoista selviytymisen kartoitukseen PADL -toimintojen lisäksi myös IADL -toimintojen arviointia. IADL -toimintoja kartoittamalla voidaan tavoittaa henkilöt, joiden toimintakyky on vaarassa heikentyä ennen varsinaista avun tarpeen muodostumista. Arvioinnin tulee kuitenkin olla tiiviisti kiinni iäkkään ihmisen arkitodellisuudessa. (Laukkanen 2001, 102; 2003a, 287.)

Mikä on toimintakyky erilaisissa ympäristöissä? Jyrkämä (2003b, 270) toteaa, että mittaamalla toimintakykyä ADL -mittareilla, arkielämän toimien mittaaminen sitä kautta, miten tutkittavat arvioivat niistä itse selviytyvänsä, mittaustapa kohdistuu ikään kuin ihmiseen ominaisuutena, enemmän tai vähemmän kiinteänä ja mitattavissa olevana ominaisuutena. Tällöin sivuutetaan helposti kysymys siitä, miten ja missä, millaisissa tilanteissa ja millaisessa ympäristössä toimintakyky on käytössä. Toimintakyky tulee tarkastelluksi epädynaamisesti ainoastaan ikään kuin potentiaalisena, mahdollisena toimintakykynä. Jyrkämän (mt., 270; myös Ruoppila & Suutama 1994, 59) mukaan on tärkeää erottaa toisistaan toimintakyky yhtäältä potentiaalisena mahdollisena, resurssien muodossa olevana toimintakykynä ja toisaalta toimintakyky aktuaalisena, käytössä olevana toimintakykynä. Tärkeämpää kuin esimerkiksi käden puristusvoiman taso on se mihin, miten ja milloin tätä tietyn puristusvoiman omaavaa kättä käytetään. Kun toimintakyky nähdään toimintana, tapahtumisena, konkreettisissa toimintatilanteissa olennaista on myös niiden ympäristölliset, niin fyysiset kuin sosiaalisetkin puitteet. Erottelu siirtää toimintakykytutkimuksen painopistettä aiempaa enemmän juuri tilanteisiin ja ympäristöihin, joissa kulloinenkin potentiaalinen toimintakyky on käytössä. Olennaista ei enää olekaan kysymys yleisestä ja abstraktista toimintakyvystä vaan esimerkiksi yksilön toimintakyvystä laitoksessa tai palvelutaloissa. (Jyrkämä 2003b, 270.)

Simo Koskisen (1997, 47) muistuttaa, että iäkkään henkilön kokonaisvaltaisessa elämäntilanteen arvioinnissa tulee ottaa huomioon hänen fyysinen, emotionaalinen ja kognitiivinen tilansa, sekä hänen kompetenssinsa selviytyä jokapäiväisistä askareista. Tärkeää on kartoittaa iäkkään henkilön ympäristön voimavarat, sosiaalisten verkostot ja sosiaalinen tuki sekä hänen saamansa julkiset ja informaaliset palvelut. Arvioinnissa tulee olla keskeisesti esillä ikääntyneen omat arvostukset, subjektiiviset tuntemukset sekä merkitykset, joita iäkäs henkilö itse antaa elämäntilanteelleen.

3.4 Toimintakyvyn heikkeneminen

3.4.1 Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen

Väestöennusteet antavat tietoa väestön määrällisistä muutoksista, mutta merkitseekö jatkuva eliniän piteneminen myös toimintakykyisten vuosien lisääntymistä? Asia ei ole yksiselitteinen. Esitetyt arviot antavat viitteitä siihen, että mitä korkeamman iän yksilö saavuttaa sitä todennäköisempää on myös, että hänen toimintakykynsä laskee ja avuntarve kasvaa (Laukkanen 1998, 21; Vaarama & Voutilainen & Kauppinen 2002, 79; Vaarama 2004, 137; Jyrkämä 2003a, 15). Korkea ikä tuo

tullessaan arjessa selviytymisen ongelmia (Vaarama ym. 2006, 119). Tällainen kehitystrendi johtaa toimintakyvyn heikkenemisestä tai vajavuuksista kärsivien kokonaismäärän kasvuun (Laukkanen 1998, 21).

Vanhempien ikäryhmien päivittäinen toimintakyky on parantunut yleisen elintason ja hyvinvoinnin kohoamisen myötä viimeisten vuosikymmenten aikana ja suotuisan kehityksen arvellaan jatkuvan edelleen. Ikäihmiset pystyvät selviytymään itsenäisesti entistä pitempään ja hoidon tarve siirtyy myöhemmäksi. (STM 2002, 158.) Yhdysvalloissa vanhusten toimintakyvyn arvioidaan parantuneen viime vuosikymmenellä yhden prosenttiyksikön vuosivauhdilla (Freedman & Martin & Schoeni 2002, 3144). Toimintakyvyn paranemisesta huolimatta toimintakykyvaikeudet ovat hyvin yleisiä monella ikääntyneellä henkilöllä (Aromaa & Koskinen 2002, 143; STM 2001, 25; Vaarama ym. 2006, 104). Naisilla esiintyy enemmän ongelmia toimintakyvyssä kuin miehillä. Tämä johtuu osittain siitä, että naiset elävät miehiä pitempään ja heillä on usein jokin pitkäaikaissairaus (Rissanen 1999, 33–34.)

Toimintakykyvaikeudet ja avun tarve ilmenevät yleensä ensin välinetoiminnoissa (IADL -toiminnot) ja myöhemmin toimintakyvyn heikkeneminen ulottuu päivittäisiin perustoimintoihin (PADL -toiminnot) (Vaarama ym. 2006, 107). Aluksi henkilöllä on vaikeuksia hallita ulkopuolista ympäristöä, myöhemmin elämä kotiympäristössään hankaloituu. Laukkanen (1998, 76, n=2321 henkilöä) tutkimustulosten mukaan itsenäinen suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista ennusti merkitsevästi pitempää kotona selviytymistä ilman laitoshoidoa. Samansuuntainen tutkimustulos oli myös Vaaraman ym. (2006, 120) tutkimuksessa, jossa ongelmat arkiaskareissa vähensivät itsenäistä selviytymistä eniten (34 prosenttiyksikköä) verrattuna niihin, joilla ongelmia ei ollut. Saarenheimon ja Suutaman (1995, 459) mukaan ongelmat päivittäisessä elämässä voivat olla yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen jopa voimakkaammin kuin suuret elämänmuutokset.

Pia Laukkanen (1998, 91–92) tutkimuksessa huomattavalla osalla tutkituista oli vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissa: 65–69-vuotiaista joka toisella ja 80–84-vuotiaista miehistä neljällä viidestä ja naisilla yhdeksällä kymmenestä oli vaikeuksia selviytyä arkipäivän toiminnoista ja avun tarve lisääntyi iän myötä. Vaikeudet painottuivat asioiden hoitamisesta selviytymiseen (IADL -toiminnot), vaikka myös päivittäiset perustoiminnot (PADL -toiminnot) esimerkiksi ulkona liikkuminen oli hankaloitunut monilla tutkituista. 80–84-vuotiaista miehistä kolmella neljästä oli vaikeuksia liikkua ulkona ja 80–84-vuotiaista naisista apua PADL -toiminnoissa tarvitsi joka

kolmas ja IADL -toiminnoissa jo joka toinen. Tulokset ovat olleet hyvin samansuuntaisia myös muissa tutkimuksissa, tosin tuloksia tulkittaessa tulee huomioida, että eri tutkimuksissa päivittäisiin toimintoihin on sisällytetty eri toimintoja, joten tutkimusten vertailtavuus ei aina ole mahdollista. Dunlop ja Hughes (1997, 382) ovat tutkineet pitkittäistutkimuksella päivittäisten toimintojen heikkenemistä (n=5151). Heikkenemisen on todettu tapahtuvan seuraavassa järjestyksessä: kävely, peseytyminen, sängystä ja tuolista siirtyminen, pukeutuminen, WC:ssä käyminen ja syöminen. Vaarama ja Kaitsaaren (2002, 129–130, myös Vaarama ym. 2006, 118) tutkimuksessa jonkinlaisia vaikeuksia suoriutua päivittäisistä toiminnoista oli 54 prosentilla tutkituista. Miehillä oli vaikeuksia ruoanlaitossa, siivouksessa ja pyykinpesussa ja / tai asioinnissa kodin ulkopuolella, jo 60–64-vuotiailla miehillä joka kolmannella oli vaikeuksia suoriutua näistä arkipäivän toimista. 75 vuotta täyttäneistä miehistä miltei puolet tarvitsi niissä apua. Vanhemmilla naisilla eniten vaikeuksia ilmeni siivouksessa ja asioinnissa kodin ulkopuolella, mutta myös vuoteeseen meno ja vuoteesta nousu, pidätyskyky, peseytyminen ja pukeutuminen tuottivat heille ongelmia. 70 prosentilla yli 80 vuotta täyttäneistä naisista oli jonkinasteisia vaikeuksia ulkona liikkumisessa (Vaarama & Kaitsaari 2002, 133).

Terveys 2000-tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002, 133, n=7 977) tulosten mukaan 65–74-vuotiaista yli 90 prosenttia selviytyi vaikeuksista pukeutumisesta ja riisuutumisesta, mutta 85 vuotta täyttäneistä vain puolet. Kaupassa asioimisessa oli vaikeuksia yli 40 prosentilla 75-vuotta täyttäneistä ja suurin osa tämänikäisistä koki vaikeuksia raskaassa siivoustyössä (mt., 133). Vaarama ym. (2004, 40) arvioi, että vuonna 2005 noin joka viides 65–74-vuotias ja noin joka toinen 75 vuotta täyttänyt henkilö oli avun tarpeessa. Joka kolmas 75–84 -vuotias ja joka toinen 85 vuotta täyttänyt henkilö tarvitsi apua päivittäisissä toiminnoissa.

Kaikki toiminnot eivät kuitenkaan ole samanarvoisia kokonais selviytymisen kannalta ja varsinkin IADL -toiminnoista eri asioilla on erilainen merkitys eri ihmisille. Onko suuri avun tarve jossakin yksittäisessä toiminnossa merkityksellisempi kuin pieni monessa? (Laukkanen 2003a, 290.) Andreas Stuckin tutkijakollegoineen (1999, 445) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan tärkeiksi toiminnanvajavuutta ennustaviksi tekijöiksi osoittautuivat alaraajojen heikkous, huono itsearvioitu terveys, kognitiivisen kyvykkyyden heikentyminen, liikunnan vähäisyys, lisääntynyt tai vähentynyt kehon massaindeksi, masentuneisuus, näön heikentyminen, sosiaalisten kontaktien vähäisyys, tautien aiheuttama kuormitus ja tupakointi. Tutkimusmenetelmien ja tutkittujen väestöjen väliset erot olivat niin suuria, että tekijöiden asettaminen tärkeysjärjestykseen ei ollut mahdollista.

3.4.2 Koettu terveydentila

Yksilötasolla toimintakyvyn heikkeneminen johtuu ensisijaisesti sairauksista. Tilviksen (2003, 36) mukaan suurimmalla osalla 75–85-vuotiaista henkilöistä on kaksi tai kolme samanaikaista, toimintakykyä haittaavaa sairautta ja hyvin harva 85-vuotias on säästynyt toiminnanvajavuutta aiheuttavalta pitkäaikaissairaudelta. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet ovat tavallisimmat toimintarajoitusta aiheuttavat sairaudet alle 85-vuotiailla ikäihmisillä. Yli 85-vuotiailla henkilöillä korostuu dementian osuus. (Mt., 36.) Viimeaikaisten tutkimusten (Aromaa & Koskinen 2002, 136; Vaarama ym. 2006, 112) mukaan väestön koettu terveydentila on parantunut viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana, mutta 85 vuotta täyttäneiden osalta tällaista paranemista ei ole havaittavissa. Sairauksista huolimatta suuri osa iäkkäistä pitää terveyttään hyvänä tai melko hyvänä (Noro & Häkkinen & Arinen, 2000, 38; Vaarama & Kaitsaari 2002, 128; Vaarama ym. 2006, 112).

Erilaiset koti- ja vapaa-ajantapaturmat ovat valittavan yleisiä Suomessa. Suurin osa tapaturmista ei johda vakaviin seurauksiin, mutta iäkkäämmälle väestölle tapaturmat saattavat olla seurauksiltaan vakavia ja aiheuttaa huomattavaa inhimillistä kärsimystä sekä merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Yleisimpiä tapaturmia ovat kaatumiset. Kaatumistapaturmien määrä kasvaa väestön ikääntyessä. Kotona asuvista yli 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä noin kolmannes kaatuu vähintään kerran vuoden aikana, laitoksissa asuvista jopa yli puolet. Kaatumisen ja liukastumisen pelot voivat rajoittaa iäkkäiden liikkumista ulkona. (Pajala & Sihvonen & Era 2003, 138.)

Aistien heikentyminen rajoittaa selviytymistä päivittäisistä toiminnoista. Terveys 2000-tutkimustulosten (Aromaa & Koskinen, 2002, 76–78) mukaan lähinäkö oli normaalia heikompi vain muutamalla prosentilla alle 75-vuotiaista ikäihmisistä, mutta 85 vuotta täyttäneistä jo noin 30 prosenttia oli heikkonäköisiä tai sokeita. Kaukonäkö oli normaali lähes 90 prosentilla 65–74-vuotiaista, mutta enää vajaalla 30 prosentilla 85 vuotta täyttäneistä. Kuulo oli vähintään kohtalaisesti heikentynyt vajaalla kymmenesosalla 65–74-vuotiaista, mutta jo yli puolella 85 vuotta täyttäneistä.

3.4.3 Muistiongelmien ja masentuneisuus

Muistiongelmien ovat yleisiä iäkkäämmän väestönosan keskuudessa. Muistia on jaoteltu ja muistin rakennetta kuvattu eri tavoin. Yleinen tapa on jakaa muisti sensoriseen eli aistimuistiin,

lyhytkestoiseen ja pitkäkestoiseen muistiin (esim. Suutama 2003, 175). Muistin heikkenemismuutokset ovat hyvin yksilöllisiä. Kognitiivisella kyvykkyydellä on yhteys päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Heikentynyt muisti on eräs keskeinen pitkäaikaiseen laitoshoitoon joutumisen syy. (Laukkanen 1998, 93.) Iän myötä heikkenemistä tapahtuu toisaalta muistiin tallentamisessa (mieleen painamisessa) ja toisaalta mieleen palautuksessa (Suutama 2003, 175–176). Muistia voidaan arvioida käyttämällä apuna erilaisia muistitestejä. Testit arvioivat lähinnä tutkittavien maksimaalista kapasiteettia ja suoritusten heikkeneminen ei välttämättä kuitenkaan näy heidän päivittäisessä elämässään. Normaaliin vanhenemiseen liittyvät muistin muutokset myöhäisimmissä ikävaiheissa eivät estä selviytymistä arkielämässä, koska muistin joustonvara on suuri. Vakavammassa muistin heikkenemisessä ei ole kyse vanhenemisen vaan patologisten tilojen vaikutuksista. (Suutama 2003, 177; Hinkka ym. 2004, 15.)

Masentuneisuus on vanhuusiän yleisimpiä psyykkisiä ongelmia (Saarenheimo 2003, 61). Sirkka-Liisa Kivelä (2003a, 111) määrittelee depression eli masennustilan oireyhtymäksi, jonka keskeisinä oireina ovat mielialan lasku eli voimakas alakuloisuus sekä tarmon ja toimeliaisuuden puute. Henkilön kyky tuntee mielenkiintoa ja nauttia asioista on heikentynyt. Masentunut henkilö saattaa vetäytyä sosiaalisesta kanssakäymisestä ja eristäytyä. Masentuneeseen mielialaan liittyy myös laajempialainen muutos yksilön toimintakyvyssä (Pajunen 2004a, 218). Masennukseen liittyy usein yksinäisyyden tunnetta, mutta konkreettinen yksin oleminen ei välttämättä ole masennuksen syy eikä toisaalta muiden kanssa oleminen suojaa automaattisesti masennukselta (Saarenheimo 2003, 67).

Masennus on normaali ja ohimenevä reaktio esimerkiksi menetyksissä tai muissa elämän vaikeuksissa. Mikäli masennus pitkittyy ja muuttuu pysyväksi olotilaksi siihen on syytä suhtautua vakavasti. Masennus voi muuttua pysyväksi ja lamaannuttaa ihmisen. (Saarenheimo 2003, 62.) Tunnistamatta ja hoidotta jäänyt masennus altistaa ikääntyneen ihmisen ennenaikaiselle toimintakyvyn romahtamiselle (Saarela 2002, 161; Kivelä 2003b, 4923). Masennuksen arvioidaan jäävän tunnistamatta noin puolessa kaikista tapauksista (Charney & Reynolds & Lewis & Lebowitz & Sunderland 2003, 666). Laukkanen (1998, 92) tutkimuksen tulos osoitti, että masennusoireiden esiintyminen oli yhteydessä vaikeuksiin selviytyä sekä päivittäisistä perustoiminnoista että asioiden hoitamisesta 80-vuotiailla naisilla.

Iäkkäiden henkilöiden masennustilojen yleisyyden selville saaminen on hankalaa. Se on kiinteästi yhteydessä siihen, miten masennustila määritellään ja mitataan. Eri tutkimustuloksia vertailtaessa

tulee kiinnittää huomiota siihen, miten masennus / masentuneisuus luokitellaan. Yleisesti voidaan todeta, että masennusoireet ovat tavallisia iäkkäillä. Ikääntyneillä on enemmän lieviä masennusoireita kuin muissa ikäryhmissä, mutta vakavaa depressiota ei heillä ilmene enempää kuin muissakaan ikäryhmissä. (Saarenheimo 2003, 59.) Naisilla masennustilat ovat yleisempiä kuin miehillä (Heikkinen R-L. 2003, 90). Vakavien masennustilojen esiintyvyydeksi 65-vuotta täyttäneiden keskuudessa on arvioitu naisilla 2,2 prosenttia ja miehillä 2,0 prosenttia ja peräti 15,6 prosenttia tämän ikäryhmän naisista ja 12,4 prosenttia miehistä sairastaa keskivaikeaa tai lievää masennusta (Kivelä 2003b, 4923). Sirkka-Liisa Kivelän (2003a, 111–112) mukaan masennustilat ovat yleisempiä 75 vuotta täyttäneillä kuin 64–75-vuotiaassa väestössä, mutta toisenlaisiakin tutkimustuloksia on saatu. Fassinon ym. (2002, 17) tutkimuksessa masennus ja ikä eivät korreloineet keskenään. Lievän ja vaikean masennuksen erottaminen toisistaan voi olla vaikeaa. Ikäihmisen masennus voi ilmetä ainoastaan ruumiillisina oireina kuten erilaisina kiputiloina, väsymyksen tunteena tai esimerkiksi muistiongelmoina. (Saarenheimo 2003, 59; Noppari & Leinonen 2005, 61.) Ajankohtainen menetys, esimerkiksi aviopuolison kuolema, pitkäkestoinen psykososiaalinen stressi, oman fyysisen sairauden puhkeaminen ja tutun asuin ympäristön menettäminen voivat ennustaa depression puhkeamista (Kivelä 2003a, 114). Yksinäiset ja vakavasti somaattisesti sairastavat ikäihmiset kuuluvat depressiosairauden riskiryhmään (Saarenheimo 2003, 60). Masennuksen tunnistamisen apuvälineiksi on kehitetty erilaisia strukturoituja tutkimusmenetelmiä; kyselyjä ja testejä. Käytetyimpiä näistä ovat Beckin masennuskysely ja Geriatrinen masennusasteikko (Myöhäisiän depressioseula, The Geriatric Depression Scale, GDS, Yesavage ym.1983, ref. Bowling 2005, 96), joka on kansainvälisesti käytetty menetelmä vanhuspotilaiden masennusoireiden kartoittamisessa. GDS:stä on alkuperäisen 30 kysymyksen version ohella myös supistettu 15 kysymyksen versio, GDS-15 (Sheikh & Yesavage 1986, ref. Bowling 2005, 96), jota käytettiin tässä tutkimuksessa.

Kansaneläkelaitoksen (Kela, 2005) tilastojen mukaan vakioitu sairastavuusindeksi on Punkalaitumella ollut hienoisessa nousussa viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana. Sairastavuusindeksi kertoo, miten tervettä tai sairasta väestö on suhteessa koko maan keskiarvoon (=100). Vuonna 1990 ikävakioitu sairastavuusindeksi oli Punkalaitumella 104,7, vuonna 2002 104,3 ja vuonna 2005 106,5. Kuntien erot tasoittuvat, kun indeksiluvut vakioidaan iän mukaan. Indeksiluku perustuu kolmeen rekisterimuuttuun, jotka ovat kuolleiden osuus väestöstä, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus 16–64-vuotiaista sekä erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen osuus väestöstä. (Kela, 2005.)

3.4.4 Elämäntapahtumat

Elämäntapahtumilla tarkoitetaan yksilön elämänkulun kohtia, joilla on merkitystä hänen kehitykseensä. Ne ovat elämän merkkipaaluja tai käännekohtia, jotka vaativat sopeutumista, muutoksia käyttäytymiseen. Elämäntapahtumat voivat olla perustaltaan biologisia (esimerkiksi oma tai läheisen ihmisen vakava sairastuminen), sosiaalisia (esimerkiksi eläkkeelle jääminen, ero, läheisen ihmisen kuolema) tai fyysisiä (esimerkiksi asuinpaikan muutos). Psykologiset muutokset ovat seurausta näistä erilaisista tapahtumista. (Saarenheimo & Suutama 1995, 457.) Suuret menetykset koettelevat aina ihmisen syvintä käsitystä omasta itsestä ja siten koko hänen identiteettinsä perustaa (Saarenheimo 2003, 107). Traumaattiset elämäntapahtumat voivat johtaa toimintakyvyn alenemiseen (Hämäläinen 1997, 121; Vaarama 2004, 142).

Kartoitettaessa elämäntapahtumien merkitystä olennaista on pyytää henkilöä itseään arvioimaan näiden tapahtumien merkitystä (Pajunen 2004b, 293). Hämäläisen (1997, 122) mukaan vaikeina koettujen elämäntapahtumien varhainen tunnistaminen ja niissä tukeminen voivat estää ongelmien kasautumista ja ehkäistä toimintakyvyn alenemista. Tavallisimpia ikääntyvien ihmisten elämässä tapahtuvia muutoksia ovat asunnon vaihdos, leskeytyminen, kroonisten sairauksien syntyminen ja toimintakyvyn aleneminen sekä sosiaalisten roolien muutokset. Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 131, myös Vaarama ym. 2006, 115) tutkimustulosten mukaan miehistä 37 prosenttia ja naisista 46 prosenttia oli kokenut edeltäneen kahden vuoden aikana jonkin suuren elämänmuutoksen. Yleisin koettu elämänmuutos oli oma vakava sairastuminen tai läheisen ihmisen kuolema. Jan-Erik Ruthin (1998, 326) mukaan vanhuuden elämäntapahtumat eivät välttämättä ole sen stressaavampia kuin aiemmin elämänkulun aikana tapahtuneet. Ikääntyvät ihmiset voivat valmistautua ikääntymisen tuomiin muutoksiin etukäteen, mikä helpottaa niiden hallitsemista. Elämänhallinta voi pysyä vakaana vanhoillakin päivillä ja hyvä elämänlaatu voidaan säilyttää menetyksistä huolimatta. Samaan suuntaisiin päätelmiin on tullut myös Saarenheimo ja Suutama (1995, 458) tutkimuksissaan, joiden mukaan iäkkäiden ihmisten elämäntapahtumien tarkastelussa kielteisiä tapahtumia ja niiden merkitystä fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavina tekijöinä on korostettu liikaa. Elämän muutostilanteissa on pysyvän yhteisön ja siihen liittyvien sosiaalisten siteiden säilyminen ihmisen hyvinvoinnin kannalta erityisen tärkeää (Sarola 1996, 58).

3.4.5 Toimintakyvyn heikkenemiseen sopeutuminen

Iäkkäiden ihmisten omien arviointien mukaan toimintakyvyn heikkeneminen on keskeinen elämänlaatua heikentävä tekijä (Heikkinen E. 2003b, 332, Vaarama ym. 2006, 127). Se vaikuttaa muun muassa oman terveyden kokemiseen, elämän tarkoituksellisuuden kokemiseen ja elämään tyytyväisyyteen. Liikkumisvaikeudet kaventavat sosiaalisen osallistumisen mahdollisuuksia ja asioiden hoitoa kodin ulkopuolella sekä aiheuttavat yksinäisyyttä. (Mt. 2003b, 332.) Mahdollisuus liikkua omatoimisesti kodin ulkopuolella sekä osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan tukee olennaisesti iäkkään ihmisen niin psyykkistä kuin sosiaalistakin hyvinvointia ja vaikuttaa positiivisesti myös kognitiivisen toimintakapasiteetin säilymiseen mahdollisimman pitkään (Raitanen & Kuikka 2004, 468–469).

Nopparin ja Leinosen (2005, 46) mukaan iäkkään henkilön kokemukseen omasta toimintakyvystään vaikuttaa paljolti se, miten hän on psyykkisesti sopeutunut vanhenemiseensa ja sen tuomiin muutoksiin. Iäkkäille henkilöille on tyypillistä, että he suhteuttavat oman vointinsa omaan ikäänsä ja monesti itseä heikkokuntoisempien ikätovereiden toimintakykyyn (Helin 2002, 64). Vanhenemisen tuomiin muutoksiin on monia keinoja sopeutua. Ihmisen elinikäistä muutoksiin sopeutumiskäyttäytymistä on kuvattu valikoivan optimoinnin ja kompensaation mallilla (Baltes & Baltes 1990, 21–22). Vanhenevan yksilön elimistö pyrkii adaptaation, muutoksiin sopeutumisen, avulla säilyttämään tasapainoa ja ylläpitämään päivittäisissä elämässä tarvittavaa toimintakykyä suhteessa elinympäristön toimintakyvylle asettamiin vaatimuksiin (Heikkinen E. 2002, 25). Valikointi merkitsee keskittymistä ikäihmisen mielestä kaikkein tärkeimpiin ja välttämättömiin toimintoihin. Iäkäs ihminen luopuu vähemmän välttämättömistä toiminnoista ja näin optimoi voimavaransa vain valittujen toimintojen toteuttamiseen. Kun tämä ei tuota riittäviä tuloksia, turvautuu iäkäs ihminen korvaaviin eli kompensoiviin toimiin. (Helin 2003, 340.) Kompensaatiolla tarkoitetaan prosessinomaisesti etenevää yksilön ja ympäristön sopeutumista heikentyneen toimintakyvyn muutoksiin (Laukkanen 2003b, 257). Teknologian hyväksikäyttö, apuvälineet, muistamista helpottavat keinot, uusien kykyjen kehittäminen (opiskelu, liikunta), kuntoutus, läheisten henkilöiden tarjoama apu ja tuki sekä julkisten tai yksityisten palvelujen käyttö ovat esimerkkejä kompensoinnista (mt., 257). Varaamalla enemmän aikaa uusien asioiden opettelemiseen ikääntyneet voivat kompensoida iän myötä tapahtuvaa kognitiivisten taitojen hidastumista (Suutama 2003, 179). Adaptaatio, valikointi, optimointi ja kompensaatio ovat prosesseja ja keinoja, joiden avulla ja joita tukemalla voidaan ylläpitää ja parantaa ikääntyneiden ihmisten toimintakykyä ja elämänlaatua (Heikkinen E. 2002, 26).

4 SOSIAALINEN KANSSAKÄYMINEN

4.1 Sosiaalinen verkosto

Sosiaalisella verkostolla (social networks) tarkoitetaan (Koskinen ym. 1998, 189; myös Gothoni 1990, 9) inhimillisiä vuorovaikutussuhteita ja henkilökohtaisten kontaktien joukkoa, jotka muodostavat iäkkään ihmisen arkielämän perustan. Sosiaalinen verkosto rakentaa iäkkään henkilön sosiaalista identiteettiä ja itsearvostusta sekä mahdollistaa voimavarojen esille tulon. Sosiaalinen verkosto liittyy iäkkään ihmisen osaksi yhteisöä ja toimii ikään kuin puskurina erilaisia elämäntapahtumien ja kriisien haittavaikutuksia vastaan. (Mt., 1998, 123.) Sosiaalisten verkostojen koostumus vaihtelee; ne voivat koostua sekä yksilöistä että erilaisista ryhmistä ja instituutioista tai olla näiden keskinäisiä ja laaja-alaisia verkottumisia (Marin 2002, 90). Sosiaalisen verkoston osia voivat olla esimerkiksi perheellisillä perheenjäsenet ja perheen poismuuttaneet lapset sekä heidän perheensä, sisarukset ja muut sukulaiset, asuinympäristön naapurit, jos heidät tunnetaan ja heidän kanssaan ollaan tekemisissä sekä yhteisiin harrastuspiireihin osallistuvat, mikäli ovat tekemisissä keskenään (Melkas 1994, 124). Ajateltaessa laajasti sosiaalista verkostoa verkostoon voivat kuulua myös ammattiauttajat, menneet sukupolvet, lemmikkieläimet ja jopa television suosikkisarjojen henkilöt (Koskinen 2004, 73).

Sosiaalisen verkoston rakenne ja yksilön asema siinä muuttuvat iän myötä. 75-vuoden ikä on nähty sosiaalisten resurssien kannalta merkityksellisenä, koska terveysongelmien ja yksin asumisen lisääntymisen myötä ihmissuhteiden ylläpito heikkenee ja riippuvaisuus toisista lisääntyy (Vaarama 2004, 133). Iän myötä itse luotujen sosiaalisten suhteiden määrä usein vähenee; puoliso on saattanut kuolla samoin monet ikätovereista eikä uusia suhteita työelämästä enää synny. Jäljelle jäävät aivan lähisuhteet ja toisaalta syntyy yhä useampia suhteita viranomaisiin tai muihin institutionaalisiin tahoihin. Monesti tällaiset institutionaaliset verkostosuhteet luodaan henkilön itsensä ulkopuolelta. (Marin 2002, 105.) Ikääntyneet henkilöt voivat myös luoda itselleen uutta sosiaalista verkostoa. Uusia sosiaalisia suhteita voi syntyä esimerkiksi lastenlasten, naapureiden, järjestöyhteyksien ja erilaisen harrastustoiminnan sekä mahdollisesti vaikka internetystävien kautta.

Sosiaalisten suhteiden laatua on usein mitattu muun muassa puolison olemassaololla, lasten, sukulaisten ja ystävien määrällä, erilaisiin järjestöihin ja yhdistyksiin kuulumisella sekä läheisten ihmisten tapaamistaajuudella. Käyntejä laskemalla ei päästä selville sosiaalisten suhteiden laadusta.

Avun ja tuen antamisessa, kuten vuorovaikutuksessa yleensäkin, on kysymys myös suhteen laadun määrittämisestä. (Saarenheimo & Suutama 1995, 468.) Mitattaessa sosiaalista toimintakykyä sosiaalisen osallistumisen tai sosiaalisten kontaktien määrällä on huomioitavaa, että eri ihmisillä sosiaalisten kontaktien ja toiminnan tarve vaihtelevat, joten arvioinneissa pitäisi ottaa huomioon myös asian subjektiivinen puoli (Laukkanen 2003b, 255; Hyyppä 2002, 61).

4.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalista verkostoa suppeampi käsite on iäkkään ihmisen sosiaalinen tukiverkosto (social support network) (Gothoni 1990, 9; Koskinen 2004, 73). Tukiverkoston muodostavat ne iäkkään ihmisen sosiaalisen verkoston osat, jotka ovat käytettävissä silloin, kun ikääntynyt henkilö tarvitsee apua (Gothoni 1990, 11). Sosiaalisella tuella (social support) tarkoitetaan sosiaaliin suhteisiin liittyvää terveyttä edistävää tai stressiä ehkäisevää tekijää (Qureshi 1990, 32). Sosiaalisessa tuessa on kyse yksilön vuorovaikutuksesta toisten henkilöiden kanssa, siitä tuesta, jota yksilö saa tai antaa toisille (Elovainio & Kivimäki 2000, 129). Se on määriteltävissä sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (Cohen & Syme 1985, 4). Kinnusen (1998, 3) mukaan sosiaalinen tuki on toiminnallinen käsite, joka viittaa niihin toimintakäytäntöihin, joiden kautta yksilö itse, hänen lähiyhteisönsä sekä yksityiset ja julkiset toimijat pyrkivät turvaamaan yksilön hyvinvointia. Sosiaalinen tuki riippuu sosiaalisten suhteiden olemassaolosta ja niiden rakenteesta. Sosiaalinen tuki voi olla sekä virallista, esimerkiksi ammattiauttajilta saatua apua, neuvoja ja ohjeita että epävirallista; sukulaisilta, ystäviltä, naapureilta ja muilta läheisiltä ihmisiltä saatua tukea. (Heikkinen E. 2000, 228.) Sosiaalinen tuki jaetaan ilmiönä usein kahteen pääluokkaan: emotionaalinen (kuunteleminen, rohkaiseminen, kannustaminen, johon ei välttämättä liity neuvon pyytämistä tai antamista) ja instrumentaalinen tuki (käytännöllinen, konkreettinen tuki (apua arjen askareissa, rahan antamista sekä tiedollista tukea; ohjausta ja neuvontaa) (Qureshi 1990, 33). Sosiaalisessa tuessa on tärkeintä ihmisen luottamus tuen saatavuuteen tilanteen sitä vaatiessa (Saarenheimo & Suutama 1995, 465–466).

Sosiaaliset suhteet voivat muodostua myös negatiivisiksi tekijöiksi suhteessa terveyteen ja toimintakykyyn. Sosiaaliset vuorovaikutussuhteet voivat olla vaatimusten, ristiriitojen, pettymysten, kateuden ja aliarvioinnin lähteitä ja toimia epäterveellisen ja riskiä sisältävän käyttäytymisen mallina johtaen esimerkiksi oireiluun ja sairastumiseen. Arvioitaessa iäkkäiden henkilöiden toisilleen antamaa sosiaalista tukea pitää huomioida, että tuen antaminen muille voi stressata iäkästä ihmistä. Henkilö voi antaa enemmän sosiaalista tukea kuin saada sitä itse. (Heikkinen E. 2003a,

321.) Aiemmin tasavertainen ihmissuhde voi muuttua toisen osapuolen toimintakyvyn heikentyessä tuen antajan ja saajan suhteeksi (Pitkälä & Routasalo 2005, 27). Sosiaalisella eristäytymisellä ja vähäisellä sosiaalisella tuella on todettu olevan yhteys terveyden ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä eliniän lyhenemiseen (Heikkinen E. 2000, 228). Toimiva sosiaalinen verkosto ja saatavilla oleva sosiaalinen tuki puolestaan vahvistavat toimintakyvyn säilymistä ja parantavat elämänlaatua (Roine & Tarkka & Kaunonen 2000, 314; Heikkinen E. 2002, 29; Bowling ym. 2002, 361; Bowling & Gabriel 2004, 689; Vaarama 2004, 142).

Vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999, 24–25) mukaan yli 60-vuotiaista 85 prosenttia oli yhteydessä perheeseen tai lähisukulaisiin ainakin viikoittain, lähes puolet jopa päivittäin tai lähes päivittäin. Yhteydet ystäviin olivat myös tiiviit; 74 prosenttia yli 60-vuotiaista oli yhteydessä ystäviinsä vähintään kerran viikossa ja runsas kolmannes päivittäin tai lähes päivittäin (mt., 25). Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 130) tutkimustulosten mukaan miehistä 91 prosenttia ja naisista 96 prosenttia oli vähintään viikoittain yhteydessä lähisukulaisiinsa ja päivittäin runsas puolet miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista. Samansuuntainen tulos oli myös Vaaraman ym. (2006, 115), tutkimuksessa, jonka mukaan valtaosa tutkittavista oli melko tai hyvin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja läheisiin henkilöihin oltiin yhteydessä päivittäin tai viikoittain. Tutkimuksen mukaan lähes 80 prosenttia tutkittavista tapasi mielestään riittävästi ystäviään ja sukulaisiaan (mt., 116).

Sosiaalisella ympäristöllä on todettu (esim. Noppari & Leinonen 2005, 48) olevan tärkeä merkitys iäkkään henkilön toimintakyvylle, hyvinvoinnille ja psyykkiselle terveydelle. Sosiaaliset suhteet ovat vaikuttamassa moniin terveyden osa-alueisiin elämäntavan riskitekijöistä sairastumisriskien kautta kuolleisuusriskeihin. Sairastavuuden ja sosiaalisten suhteiden välillä on havaittu yhteyksiä varsinkin sydän- ja verisuonitautien suhteen. Hyvällä sosiaalisella integraatiolla on puolestaan osoitettu olevan merkitystä matalaan kuolleisuuteen myös vanhoissa ikäryhmissä. He, joilla on enemmän sosiaalisia suhteita, kärsivät vähemmän muun muassa sydäninfarkteista ja aivohalvauksista. (Heikkinen E. 2003a, 321.) Asuinympäristön mahdollistama ihmisten välinen yhteisyys, ihmissuhteiden sujuvuus ja yhteisöllinen osallistuminen lisäävät iäkkäiden henkilöiden psyykkistä hyvinvointia (Koskinen ym. 1998, 214).

4.3 Iäkkäiden henkilöiden yksinäisyys

Yksinäisyyden kokemisen on todettu olevan iäkkäiden henkilöiden keskuudessa tavallista ja näin ollen sitä on pidettävä yhtenä iäkkäiden ihmisten ongelmista (Saarenheimo 2003, 103). Yksinäisyyden määrittelyminen on hankalaa; käsite on moniulotteinen ja epämääräinen. Yksinäisyyden kokemus ja yksin olo eivät ole sama asia. Havaittava, objektiivisesti mitattavissa oleva yksinäisyys on eri asia kuin henkilön kokema yksinäisyys (Routasalo & Pitkälä & Savikko & Tilvis 2003, 11). Yksinäisyydellä tarkoitetaan yleensä ihmisen omaa sisäistä kokemusta, yksilön subjektiivista kokemusta siitä, ettei hänellä ole riittävästi tyydyttäviä ihmissuhteita (Pitkälä & Routasalo 2005, 19). Yksinäisyys on suhteellinen käsite; omaa tilannetta tarkastellaan suhteessa joko omaan aikaisempaan tilanteeseen tai toivottuun tilanteeseen (Saarenheimo 2003, 104). Yksinäisyys voidaan käsittää myös yksinkertaisesti kontaktien puutteena, sosiaalisena eristymisenä (Sarola 1996, 92). Pitkälän ja Routasalon (2005, 27) mukaan ikääntyneen henkilön kokema tai kärsimä yksinäisyys voidaan nähdä terveyden ja toimintakyvyn riskitekijänä, joka hoitamattomana saattaa johtaa eristäytyneisyyteen ja lisääntyneeseen avun tarpeeseen. Yksinäisyyden kokemuksen on todettu olevan yhteydessä ennemminkin sosiaalisten suhteiden tyydyttävyyteen, niiden laatuun kuin niiden määrään (Routasalo ym. 2003, 11; Saarenheimo 2003, 105). Vaaraman (2004, 160) tutkimuksessa koettu yksinäisyys osoittautui yksinään tilastollisesti merkittävämmäksi ikääntyneiden hyvinvointia alentavaksi tekijäksi. Samansuuntaisiin tuloksiin on päästy myös muissa tutkimuksissa (esim. Bowling ym. 2002, 361; Hellström & Persson & Hallberg 2004, 584; Vaarama ym. 2006, 115).

Yksinäisyyden kokeminen on yksilöllistä; sosiaalisten kontaktien tiiviydestä huolimatta monet ikääntyneet henkilöt kokevat itsensä aika ajoin yksinäiseksi ja toisaalta yksin ja eristyksissä asuvat eivät välttämättä koe yksinäisyyttä (Pitkälä & Routasalo 2005, 20). Lasten olemassaolo tai määrä ei Routasalon ym. (2003, 11) mukaan näyttäisi vaikuttavan yksinäisyyden kokemukseen. Yksinäisyys voi merkitä myönteistä kokemusta, vapaaehtoisuutta ja toivottua tilaa tai sitten se voi merkitä ei-toivottua tilaa, pakonomaisuutta ja kärsimystä. Kielteinen yksinäisyys voi ilmetä pelottavana, jos henkilö joutuu kohtaamaan yksin suuret elämänmuutokset kuten läheisen ihmisen kuoleman, oman toimintakyvyn heikkenemisen ja vieraaseen asuinympäristöön muuttamisen. (Pitkälä & Routasalo 2005, 20.) Marja Saarenheimon (2003, 104) mukaan on tärkeää pyrkiä ymmärtämään ero terveen yksinolon ja ongelmaksi muodostuneen yksinäisyyden välillä.

Iäkkäiden henkilöiden yksinäisyyden yleisyydestä annetut luvut vaihtelevat eri tutkimuksissa. Aiemmissä tutkimuksissa (esim. Vaarama ym. 1999, 26–27; Vaarama & Kaitsaari 2002, 133; Routasalo ym. 2003, 28) koettu yksinäisyys on vaihdellut 30:n ja 50:n prosentin välillä ja yksinäisyys ei välttämättä lisäännä suoraviivaisesti ikääntymisen myötä. Pitkälän ja Routasalon (2005, 22) mukaan eri tutkimuksissa saatuja lukuja on selitetty sillä, että vastaajien on helpompi puhua aiemmin koetusta yksinäisyydestä kuin vastaamishetken yksinäisyydestä. Kysymysten asettelu samoin kuin kulttuuriset erot voivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Yksinäisyys voidaan kokea hävettävänä asiana, josta ei mielellään puhuta ulkopuolisille henkilöille (mt., 22). Sarolan (1996, 92–93) mukaan suora kysymys mittaa ainoastaan vaikeimman, kroonisen yksinäisyyden. Tutkimuksissa on tarkasteltu sukupuolen ja yksinäisyyden suhdetta, mutta tulokset ovat olleet ristiriitaisia (Pitkälä & Routasalo 2005, 23). Leskeksi jääminen ja tärkeän ihmissuhteen katkeaminen on selkeästi osoitettu olevan yksinäisyyttä aiheuttavia tekijöitä. Subjektiiivisen ja objektiivisen terveydentilan on todettu olevan yhteydessä yksinäisyyden kokemukseen. Toimintakyvyn heikentyessä avun tarve lisääntyy ja henkilö pysyttelee entistä enemmän kotona, mikä lisää yksinäisyyden kokemusta. (Mt., 24.)

5 ASUMINEN

5.1 Asuin- ja lähiympäristön merkitys

Asuin- ja lähiympäristön merkitystä iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnille on tutkittu melko vähän. Kiinnostus aiheeseen on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana johtuen osittain ikääntyneiden määrän kasvusta sekä paineesta tukea ikääntyneemmän väestönsosan kotona selviytymistä. Keskeisiksi kysymyksiksi ovat nousseet muun muassa millaiset ympäristön ominaisuudet tukevat iäkkään ihmisen itsenäistä selviytymistä ja miten ympäristön eri tekijät vaikuttavat heidän hyvinvointiinsa ja tyytyväisyyteensä. (Sarola 1996, 15.) Asuinympäristö vaikuttaa monin tavoin ikääntyvän henkilön elämään. Tuttu asuinympäristö lisää turvallisuutta. (Koskinen ym. 1998, 214.) Fyysisen ympäristön merkitys korostuu vanhenemisen myötä tuomien terveys- ja toimintakykyongelmien vuoksi. Iäkkään ihmisen itsenäisen selviytymisen kannalta on asuin- ja lähiympäristön esteettömyyden parantaminen hyvin keskeinen tekijä. Esteetön asuin- ja lähiympäristö luo paremmat mahdollisuudet asua ja elää itsenäisesti vaikka toimintakyky olisikin jo alentunut (STM 2003a, 27.) Kotona selviytymisen parantamiseen tähtäävät toimet voivat kohdistua joko toimintakyvyn palauttamiseen tai elinolojen parantamiseen esimerkiksi asuntoa muuttamalla. Ulkopuolisilla toimilla, esimerkiksi kotiin annettavalla avulla ja tuella voidaan vaikuttaa kotona selviytymiseen. Asuminen tutussa ympäristössä luo edellytykset pidentää itsenäistä elinaikaa. (Valvanne 2003, 343–345.)

Suurin osa iäkkäistä ihmisistä asuu omissa kodeissaan ja he myös haluavat asua kotona mahdollisimman pitkään. Vanhuspoliittinen tavoite- ja strategiatoimikunta (STM 1996, 106) asetti jo 1990-luvun puolivälissä tavoitteeksi, että 90 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä selviytyy kotona joko itsenäisesti tai sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämien palvelujen tai lähiomaisten ja lähiympäristön tukemana. Vuoden 1998 vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999, 60, n= 1036 yli 60-vuotiasta kotona ja palvelutaloissa asuvaa suomalaista) mukaan tutkimukseen osallistuneista 76 prosenttia piti hoitoa tarvitsevan ikääntyneen parhaana asumismuotona kotia, jossa voi elää palvelujen turvin. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Noron ym. (2000, 42, n= 1522) tutkimuksessa, jossa miehistä 94 prosenttia ja naisista 88 prosenttia piti nykyistä asuntoaan halutuimpana asumismuotona. Valtakunnallisesti tarkasteltuna vuoden 2005 lopussa kotona asuvien osuus 75 vuotta täyttäneistä oli koko maassa 89,6 prosenttia (SVT 2007, 38). Punkalaitumella

vuonna 2005 kotona asuvia 75 vuotta täyttäneitä oli noin 89 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä ja 85 vuotta täyttäneitä noin 73 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (Stakes / SOTKANet 2007).

Pitkäaikainen laitoshoido on vähentynyt ja palveluasumisen kattavuus on lähes kolminkertaistunut viimeisten kymmenen vuoden aikana (Vaarama ym. 2004, 37). Palveluasumisen piirissä oli vuoden 2005 lopussa 65 vuotta täyttäneistä kolme prosenttia ja runsaat viisi prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (SVT 2007, 34). Palveluasumisesta ei ole olemassa virallista määritelmää, joten käytännössä se voidaan ymmärtää monella tavalla ja sisältö voi vaihdella kunnasta toiseen. Palveluasuminen sisältää aina sekä asumisen että siihen kiinteästi liittyvät säännölliset päivittäiset kotipalvelut; esimerkiksi kodinhoitopalvelut ja hygieniapalvelut (SVT 2007, 22; Sjöholm 2007, 3). Punkalaitumella ikääntyneiden palveluasumisen 65 vuotta täyttäneitä asiakkaita oli vuonna 2005 noin kolme prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä ja 75 vuotta täyttäneitä asiakkaita noin viisi prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (Stakes / SOTKANet 2007).

Keskimäärin suomalaiset asuvat hyvin varustelluissa asunnoissa, mutta edelleen osa ikääntyneistä henkilöistä asuu vaatimattomasti. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus (SVT 2003, 52) tilastojen mukaan suomalaisista 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä noin 17 prosenttia asui puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti vuonna 2001. Samansuuntainen tulos saatiin myös Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 125) tutkimuksessa, jonka tulosten mukaan perustasoltaan puutteellisissa asunnoissa asui 15 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä miehistä ja 12 prosenttia samanikäisistä naisista. Puutteellisesti varustetusta asunnosta puuttuvat peseytymistilat ja / tai keskus- tai sähkölämmitys ja asunto on erittäin puutteellisesti varustettu, jos siitä puuttuu vesijohto, viemäri, lämmin vesi tai sisä-WC (SVT 2003, 50). Eniten puutteellisesti varustettuja asuntoja on maaseutumaisissa kunnissa (Myrskylä 2005, 178). Asumista ja liikkumista hankaloittavat esteet ovat kuitenkin edelleen valitettavan yleisiä ikäihmisten asunnoissa; muun muassa Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 126) tutkimuksessa asunnon liikuntaesteitä (esimerkiksi pesutilat / keittiöt ahtaita ja puutteellisesti varustettuja, liikkumista hankaloittavia portaita) ilmeni joka kolmannella naisella ja joka neljännellä miehellä. Terveys 2000-tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002, 24) liikkumisen esteitä asunnossa oli yli 20 prosentilla 75 vuotta täyttäneistä naisista ja kolmanneksella 85 vuotta täyttäneistä miehistä (myös Vaarama 2004, 144). Vaaraman ym. (2006, 110, n=1 393 yli 60-vuotiasta suomalaista) vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa valtaosa tutkittavista asui esteettömissä asunnoissa ja asuinympäristöissä, mutta edelleenkin noin joka viides tutkittavista raportoi asunnon puutteista tai liikkumista haittaavista esteistä, joista yleisimpiä olivat hankalat portaat, korkeat kynnykset ja puuttuva hissi.

EU-maissa tehdyn vertailun (Ministry of the Environment 1999, 35) mukaan suurimpia ikääntyneiden asumiseen liittyviä ongelmia Suomen kaupunkialueilla olivat yksinäisyys, avuttomuus, rikollisuuden ja väkivallan pelko sekä kerrostaloasunnoissa hissien puute. Maaseutumaisimmilla alueilla ikääntyneiden suurimpia ongelmia olivat samoin yksinäisyys, avuttomuus, mutta myös palvelujen esimerkiksi kaupan puuttuminen, heikot liikenneyhteydet sekä näihin liittyen liian pitkät välimatkat. Vaaraman ym. (2006, 112) tutkimuksessa noin joka viidennelle yli 60-vuotiaalle ja kahdelle viidestä 80 vuotta täyttäneistä matkat lähipalveluihin; kauppaan, apteekkiin, pankkiin, postiin ja terveyskeskukseen olivat liian pitkiä. Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 26) tutkimustulosten mukaan kahdella viidestä tutkittavista oli lähiympäristössään liikkumista hankaloittavia tekijöitä.

Yksinasuvien määrä on kasvanut voimakkaasti viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana. Vuonna 1980 yhden hengen asutokuntia oli noin 27 prosenttia asutokunnista, mutta vuonna 2005 jo noin 40 prosenttia asutokunnista (Tilastokeskus 2007). Punkalaitumella yhden hengen asutokuntia oli noin 42 prosenttia asutokunnista (Stakes / SOTKANet 2007). Ikääntymisen myötä yksin asuminen lisääntyy. Vuonna 2000 joka toinen 65 vuotta täyttäneiden asutokunnista ja lähes 60 prosenttia 75 vuotta täyttäneiden asutokunnista oli yhden hengen asutokuntia (SVT 2003, 49). Yleisintä yksin asuminen on yli 75-vuotiaiden naisten keskuudessa, mutta ikääntyneet miehet ovat valtaosin naimisissa tai avoliitossa (Melkas 1994, 127; Vaarama & Kaitsaari 2002, 126; Myrskylä 2005, 174; Vaarama ym. 2006, 110). Yksinasuvien 75 vuotta täyttäneiden prosenttiosuus vastaavanikäisesti väestöstä oli vuonna 2005 Punkalaitumella noin 48 prosenttia (Stakes / SOTKANet 2007). Ikäihmisten asumisesta EU-maissa tehdyn vertailun (Ministry of the Environment 1999, 34) mukaan Suomessa iäkkäät asuvat sukulaisten tai jonkun muun, useimmiten aikuisen, naimattoman lapsensa, (16 prosenttia yli 65-vuotiaista) kanssa useimmin kuin esimerkiksi Ruotsissa (2 prosenttia), mutta vähemmän kuin esimerkiksi Portugalissa, jossa saman vertailun mukaan sukulaisten luona asui 80 prosenttia yli 65-vuotiaista. Yksin asumisen on todettu olevan eräs riskitekijä yksinäisyyden ja turvattomuuden lisääntymiselle (Pitkälä & Routasalo 2005, 48) sekä vähentävän tyytyväisyyttä elämänlaatuun (Vaarama ym. 2006, 125).

Ikääntyneille oma koti ja tutuksi tullut asuinympäristö ovat erityisen merkityksellisiä. Asuin- ja lähiympäristön viihtyvyydellä on suuri merkitys, sillä monet ikääntyneistä henkilöistä viettävät suurimman osan ajastaan kotona tai hyvin lähellä kotia. Toimintakyvyn heikentyessä liikkuminen kodin ulkopuolelle vähenee ja aikaa vietetään yhä enemmän kotona. Asunnosta tulee merkittävä ympäristö. (Päivärinta 1998, 218.) Pitkäaikainen asuminen luo positiivista tunnetta kuulumisesta

johonkin ja tunnetta ympäristön hallitsemisesta (Sarola 1994, 128). Sarolan (1996, 57, myös Koskinen ym. 1998, 214) mukaan asumisen keston on otaksuttu lisäävän henkilön todennäköisyyttä kytkeytyä yhteisön sosiaaliseen rakenteeseen. Pitkäaikainen asuminen mahdollistaa todennäköisesti enemmän ystävyys- ja tuttavuussuhteiden syntymistä (Sarola 1996, 59). Pietikäinen (1997, 76–77) toteaa, että hyvän elinympäristön luomisessa myös iäkkäällä väestöosalla tulee olla täysivaltaiset mahdollisuudet ja keinot osallistua yhteisen ympäristön ja käytettävien palvelujen suunnitteluun. Riittävät varjo- ja levähdyspaikat, matalat jalkakäytävän korokkeet ja kulkureittien ympäristön siisteys ovat osa iäkkään kulkijan elämänlaatua. Jalankulkureittien kuljettavuuteen vaikuttavat esteettömyyden lisäksi korkeuserot, turvallisuus ja selkeys. (Ruonakoski 2004, 21.) Iäkkäänä lähiympäristön laadun merkitys kasvaa ja erilaisten palveluiden saatavuus ja kodikkuus tulevat entistä tärkeimmiksi. Asuin- ja palvelutalojen tulisi sijaita niin, että yhteys luontoon mahdollistuisi; joillekin tämä yhteys voi olla vain ikkunasta näkyvä puu. Mitä rajoittuneempaa on iäkkäiden liikkuminen sitä tärkeämpää on pienikin läheinen luontokokemus. (Pietikäinen 1997, 81.) Simo Koskisen (1997, 45) mukaan kotona tapahtuvan hoidon korostuminen on yhä useammin tehnyt iäkkään ihmisen lähipiiristä tärkeän kontekstin. Ikääntyneen väestön asuin- ja elinympäristöjen kartoituksessa on keskitytty lähinnä fyysisten rakenteiden, asunnon kunnon ja varustetason sekä palvelujen määrän ja laadun tarkasteluun. Tärkeämpää on kuitenkin se, miten asukkaat itse kokevat ympäristönsä. (Sarola 1996, 84.) Vaaraman ym. (2006, 125; myös Vaarama & Kaitsaari 2002, 140) mukaan hyvä ja esteetön asuinympäristö jopa kaksinkertaistaa todennäköisyyden hyvään elämänlaatuun verrattuna puutteellisissa asunnoissa asuviin.

5.2 Vanhustentalo kotina

Vanhustentalot keskittävät iäkkäät ihmiset yhteen ja irrottavat heidät omista vanhoista asuin- ja elinympäristöistään. Kokevatko asukkaat vanhustentalot kotinaan? Koti on ikääntyneiden itsetunnon ja elämänlaadun kannalta tärkeä paikka (Vaarama 2004, 183–184). Kotiin liittyy usein vahvoja mielikuvia ja tunteita; koti on jotakin omaa, "osa minua". Kotona olemisen tunne on olennainen osa paikallisidentiteettiä (Marin 2003, 30). Anni Vilkon (1998, 28) mukaan koti on sekä konkreetti, fyysinen paikka; tietyssä paikassa, tietynä aikana sijaitseva asunto, josta olemme tehneet kotimme että henkinen tila "mielen koti", osa elettyä ja koettua elämää. Koti edustaa pysyvyyttä ja jatkuvuutta.

Anni Vilkko (1997, 173)...

koti ei koskaan ole vain asunto, joka sijaitsee jossakin ympäristössä ja jossa ihminen elää omien esineidensä ja tavaroidensa ympäröimänä. Se on myös näihin esineisiin ja useasti juuri tiettyyn asuntoon ja sen ympäristöön liittyvät elämänhistorialliset muistot ja kokemukset sekä niiden perustalle rakentuvat käytännöt.

Koti muokkautuu elämänkaaren eri vaiheissa erilaiseksi. Punkalaitumelainen vanhustentalo kotina on aivan erilainen kuin koti omakotitalossa keskellä pirkanmaalaista maaseutua. Tässä tutkimuksessa käsitettä koti vanhustentalon asukkaat saattoivat käyttää monessa eri merkityksissä; kodilla he saattoivat tarkoittaa lapsuudenkotiä, kenties syntymäkotiä, itse perustamaansa / rakentamaansa kotiä, nykyistä asuntoaan vanhustentalolla tai "taivaan kotiä".

Kodin tuntuun sisältyvät esineympäristö, turvallisuuden tunne (fyysiset puitteet, sosiaaliset suhteet) ja toiminnallinen vapaus tehdä kodissa itselle merkityksellisiä asioita. Turvallisuuden ja turvattomuuden käsitteillä voidaan tarkoittaa toisaalta objektiivista eli ulkoista tai toisaalta subjektiivista eli koettua tilaa tai näiden kahden välistä suhdetta. Turvattomuutta ja turvallisuutta voidaan lisäksi tarkastella ihmisten lähiyhteisön sosiaalisten suhteiden ja niiden laadun kannalta tai laajemmin makroyhteiskunnallisena, sosiologisena ilmiönä. (Niemelä 2000, 21.) Tässä tutkimuksessa turvattomuus ja turvallisuus nähdään saman ilmiön eri ulottuvuuksina. Turvattomuuden kokemus on suhteellista ja yksilöllistä; toisen pelottava ympäristö on toiselle jokapäiväistä (Kauppila, 2006). Turvattomuuden kokeminen voi ilmetä pelkoina, psykosomaattisena oirehdintana ja huolestuneisuutena (Niemelä 2000, 21). Turvattomuuden kokeminen on yhteydessä sosiaaliseen ympäristöön. Jos ikääntyneen henkilön käsitykset omasta selviytymisestään ovat ristiriidassa ympäristön näkemysten kanssa seurauksena on turvattomuuden kokemus. Vastaavasti huonokuntoinenkin henkilö voi kokea olonsa turvalliseksi, jos häntä ympäröivä yhteisö ottaa huonokuntoiset henkilöt huomioon. (Sarola 1996, 91.) Ikääntymiseen liittyviä yleisiä turvattomuuden aiheuttajia ovat pelko muistin heikkenemisestä, laitoshoitoon joutumisesta ja joutumisesta riippuvaiseksi toisten avusta sekä yksin asumisesta johtuva turvattomuus (Niemelä 2007, 173; Noppari & Leinonen 2005, 48). Erilaiset pelot sekä turvattomuuden ja uhan kokemukset ovat iäkkäämmällä väestönosalla kaikkein vähäisimmät rikollisuuden pelkoa lukuun ottamatta (Marin 2002, 99). Sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen merkitys ja saatavuus on osa asukkaiden turvallisuuskokemusta. Pelkästään tieto siitä, että saa tarvitessaan apua ja tukea, esimerkiksi turvapuhelimen välityksellä, voi lisätä iäkkään henkilön turvallisuuden kokemusta. (Hämäläinen 1997, 122.) Viljasen (2001, 152) tutkimuksessa henkeen ja terveyteen kohdistuvia rikoksia tapahtui Punkalaitumella vuonna 1990 1,0 promille ja vuonna 1998 0,8 promillea.

6 KOTIHOITOPALVELUT KOTONA ASUMISEN TUKIJANA

6.1 Kotihoitopalvelujen käyttö

Suomalaisen vanhuspolitiikan keskeiset tavoitteet painottavat avopalvelujen ensisijaisuutta ja ikääntyvän väestöosan omatoimisuuden tukemista niin, että he voisivat asua mahdollisimman pitkään omissa kodeissaan tutussa asuin- ja sosiaalisessa ympäristössään (STM & Suomen Kuntaliitto 2001; Vaarama ym. 2006, 104). Ikääntyneiden henkilöiden päivittäisistä toiminnoista selviytyminen kietoutuu kodin ylläpitoon ja asiointiin liittyviin ongelmiin (Vaarama & Kaitsaari 2002, 133). Palvelujen tarpeeseen vaikuttavat alentuneen toimintakyvyn ohella yksin ja puutteellisesti varustetussa asunnossa asuminen ja asuinympäristön ongelmat sekä ikääntyneiden henkilöiden sosiaaliset verkostot, erityisesti epävirallisen avun saatavuus (Vaarama ym. 2004, 38). Vaaraman ym. (2006, 126) tutkimuksessa avun hyvä intensiteetti, koettu riittävyys ja tyytyväisyys saatuun apuun miltei kaksinkertaistivat todennäköisyyden hyvään elämänlaatuun 80 vuotta täyttäneillä henkilöillä. Samanlaisia tuloksia on saatu myös eri aineistoilla. Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 139) tutkimustulosten mukaan selviytyminen ilman apua ei ikääntyneillä henkilöillä sinänsä lisännyt koettua elämänlaatua, mutta ilman apua jääminen vähensi sitä merkittävästi. Yhden kotipalvelumuodon saanti lisäsi elämään tyytyväisyyttä enemmän kuin epävirallisen avun saanti. Avun koettu riittämättömyys vähensi puolestaan koettua elämänlaatua. Marja Vaarama (2004, 160) toteaa, että yhteys koetun hyvinvoinnin ja riittävien palvelujen välillä on suora. Kotiin annettavilla julkisilla palveluilla (yksityisten palvelujen kohdalla tällaista yhteyttä ei saatu) voidaan parantaa heikentyneen toimintakyvyn omaavien ikääntyneiden henkilöiden elämänlaatua.

Ikääntyneiden henkilöiden hoivan palvelurakenne on viimeisten kymmenen vuoden aikana käynyt läpi suuren muutoksen. Vanhuskotitalouksien saaman kodinhoitoavun määrä on vähentynyt kolmanneksella vuoden 1990 tasosta; kodinhoitopalveluja sai vuonna 2005 noin 10 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä, kun määrä vuonna 1990 oli vajaa 19 prosenttia (SVT 2007, 39). Kodinhoitoavulla tarkoitetaan henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon ja muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien suorittamista ja niissä avustamista sekä arjen tukemista (mt., 22). Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksen (SVT 2007, 39) tilastojen mukaan eniten on vähentynyt 75-vuotta täyttäneiden kodinhoitoapu vuosina 1995–2005, jos kotitalouksien määrät eri ikäryhmissä suhteutetaan vastaavan ikäisiin. Kunnat tuottavat arviolta ikäihmisten kodinhoitoavusta (kunnallinen sekä yksityisiltä palveluntuottajilta ostettu kotipalvelu) noin kolme

neljäosaa ja yksityiset palveluntuottajat eli järjestöt ja yritykset yhteensä neljänneksen (mt., 40). Yksityinen palvelutuotanto on lisääntynyt 1990-luvulla erityisesti kotipalveluissa ja palveluasumisessa (Vaarama ym. 2004, 37).

Kotipalvelujen tarpeen ja tarjonnan välillä on kasvava kuilu, kotiin annettavat palvelut ovat jatkuvasti vähentyneet suhteessa ikääntyneiden kasvavaan määrään. Päivittäisessä avuntarpeessa oli Vaaraman ym. (2004, 40) arvioiden mukaan vuonna 2005 noin joka viides 65–74-vuotias ja noin joka kolmas 75–84-vuotias ja joka toinen 85 vuotta täyttänyt henkilö. Arviolta noin puolet 65–74-vuotiaista ja 7 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä ei kuitenkaan saa tarvitsemaansa apua kotiin (mt., 54). Tulos on hyvin samansuuntainen kuin Terveys 2000- tutkimuksen (Aromaa & Koskinen 2002, 88) tulos, jonka mukaan noin 10 prosenttia sai apua, mutta piti sitä riittämättömänä ja noin 15 prosenttia ei saanut lainkaan apua, vaikka omasta mielestään koki sitä tarvitsevansa. Samanlaisia tuloksia on saatu myös muissa tutkimuksissa (esim. Vaarama & Kaitsaari 2002, 134; Vaarama ym. 2006, 121; Noro ym. 2000, 42). Tyydyttämätön tarve saattaakin Vaaraman ym. (2004, 55) mukaan keskittyä juuri siihen asiakaskuntaan, joka ei tarvitse niinkään sairaanhoitoa vaan perinteistä kotipalvelua eli kodinhoitoapua ja tukipalveluja (esimerkiksi ateria-, kylvetys-, asiointipalveluja) päivittäiseen selviytymiseensä. Simo Koskinen (1997, 41) muistuttaa, että iäkkäät ihmiset ovat taitavia arvioimaan omia palvelutarpeitaan. Heidän arvionsa osuvat usein hyvin yhteen tutkijoiden ja kliinisten näkemysten kanssa ollen jopa kriittisempiä kuin omaisten ja työntekijöiden arviot.

Kotihoidon asiakasrakenteessa on tapahtunut muutoksia. Kotipalvelua on kohdennettu entistä iäkkäämmille ja huonokuntoisemmille henkilöille (Vaarama & Kaitsaari 2002, 133, Vaarama ym. 2004, 37; SVT 2007, 92). Säännöllisen kotihoidon (säännöllinen, vähintään kerran viikossa annettu kotipalvelu ja / tai kotisairaanhoito) piirissä oli vuoden 2005 lopussa joka kahdeksas 65 vuotta täyttänyt, joka neljäs 75 vuotta täyttänyt ja joka toinen 85 vuotta täyttänyt henkilö (SVT 2007, 92). Suurin kotihoidon asiakasryhmä oli 75–84-vuotiaat, joita on lähes puolet asiakkaista. Joka kolmas kotihoidon asiakas oli täyttänyt 85 vuotta ja joka kuudes oli 65–74-vuotias. (Mt., 40). Vaaraman ym. (2006, 119; myös SVT 2007, 57) vuonna 2004 tehdyssä tutkimuksessa avun saanti alle 75-vuotiaana oli harvinaista ja alkoi lisääntyä naisilla 75. ikävuoden jälkeen ja miehillä 80. ikävuoden jälkeen. 85 vuotta täyttäneistä henkilöistä jo yli puolet sai muiden apua, naiset useammin kuin miehet. Julkisen kotipalvelun piiriin päästään usein vasta silloin, kun toimintakyvyn lasku on jo pysyvää (Vaarama & Kaitsaari 2002, 133). Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosille 2004–2007 (STM 2003, 22) suositellaan, että kotipalvelujen kattavuus

olisi valtakunnallisella tasolla 25 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä (asiakkaat vuoden aikana).

Valtakunnallisesti tarkasteltuna säännöllisen kotihoidon piirissä olevien asiakkaiden luona käytiin vuonna 2005 yleisemmin 1–8 kertaa kuukaudessa. Tähän ryhmään kuuluvien asiakkaiden osuus on vähentynyt vuoden 1995 runsaasta 50 prosentista runsaaseen 40 prosenttiin vuoteen 2005. Niiden asiakkaiden osuus, joiden luona käytiin yli 40 käyntiä kuukaudessa eli noin 10 käyntiä viikossa sen sijaan kasvoi 15 prosentista lähes 27 prosenttiin vuosina 1995–2005. Lisäys kertoo asiakkaiden avun tarpeen kasvusta. (STV 2007, 41.)

Epävirallinen apu (omaisten, läheisten ja naapurien apu) näyttää olevan ikääntyneiden henkilöiden yleisin avun lähde (Vaarama 2004, 174). Tämä on osoitettu monissa tutkimuksissa (esim. Rönnemaa & Karppi 1997, 161; Roine ym. 2000, 318; Noro ym. 2000, 42; Vaarama ym. 2006, 120). Vanhusbarometrin (Vaarama ym. 1999, 49) tulosten mukaan kolmannes yli 60-vuotiaista ja kaksi kolmesta yli 75-vuotiaista tutkimukseen haastatelluista sai apua tai hoitoa arkipäivän toimissa. Useimmiten apua antoivat puoliso (49 %) ja oma lapsi (42 %). Vuonna 1998 puoliso toimi avun antajana kaksi kertaa yleisemmin kuin neljä vuotta aiemmin tehdyssä tutkimuksessa, vuonna 1994. (Mt., 49.) Vaaraman ja Kaitsaaren (2002, 134) tutkimuksessa epävirallinen apu oli naisten yleisin avun lähde 75. ikävuoteen saakka. Joka viides yli 60-vuotias nainen ja joka kymmenes mies selviytyi kotona pelkästään läheisten avun turvin (mt., 139). Vaaraman ym. tutkimuksessa (2006, 116) runsas joka kymmenes auttoi jotakuta läheistään säännöllisesti.

Punkalaitumella kodinhoitoapua (kunnan kustantamat palvelut) vuoden aikana saaneita 65 vuotta täyttäneiden asuntokuntia oli vuonna 2005 noin 18 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä ja 75 vuotta täyttäneiden kotitalouksia noin 21 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä. Kodinhoitoavun, tukipalvelujen ja omaishoidontuen tuen piirissä oli 65 vuotta täyttäneitä noin 40 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä vuonna 2005. (Stakes / SOTKANet 2007.)

6.2 Tyytyväisyys palveluihin

Ihmisen tyytyväisyyden asteen esille saaminen haastatteleamalla on vaikeaa. Kysyttäessä tutkimuksissa tyytyväisyyttä saadaan yleensä hyvin samantyyppisiä vastauksia, noin 80 prosenttia suomalaisista on tyytyväisiä saamiinsa palveluihin tai kun asiakkaita pyydetään antamaan arvionsa palveluista useampiluokkaisen (erittäin hyvä, hyvä, keskinkertainen, huono, erittäin huono) asteikon

avulla, vastausten keskiarvo näyttää useimmiten liikkuvan samalla suppealla alueella (Salmela 1997, 187–189; Helin 2002, 62). Olemalla tyytyväisiä asukkaat haluavat välttää sanomasta olevansa tyytymättömiä, koska se merkitsee poikkeavuutta ja / tai kielteisyyttä. He haluavat olla ns. "hyviä asukkaita" eivätkä siksi esitä kritiikkiä. (Elovainio 1997, 238–241.) Samansuuntainen tulos oli Vaaraman ym. (2006, 112) aineistossa, jossa 90 prosenttia tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä asuntoonsa riippumatta tutkittavien iästä ja sukupuolesta. Eeva Päivärinnan (1996, 53–54) tutkimuksessa palvelutalojen asukkaista tyytyväisyyskokemus näyttäytyi ristiriitaisena; toisaalta asukkaat olivat tyytyväisiä toisaalta tyytymättömiä, osin yhtä aikaa. Palveluasuminen oli parantanut asukkaiden kokemuksellista terveyttä ja vähentänyt sairaalahoidon tarvetta ja vaikuttanut sitä kautta positiivisesti heidän toimintakykyynsä. Palveluasuminen oli kuitenkin väliaikainen ratkaisu; toimintakyvyn heikentyessä ja avuntarpeen kasvaessa on edessä muutto vanhainkotiin tai terveyskeskuksen vuodeosastolle. Vanhustentaloilla asuvien tilanne voidaan nähdä hyvin samankaltaisena.

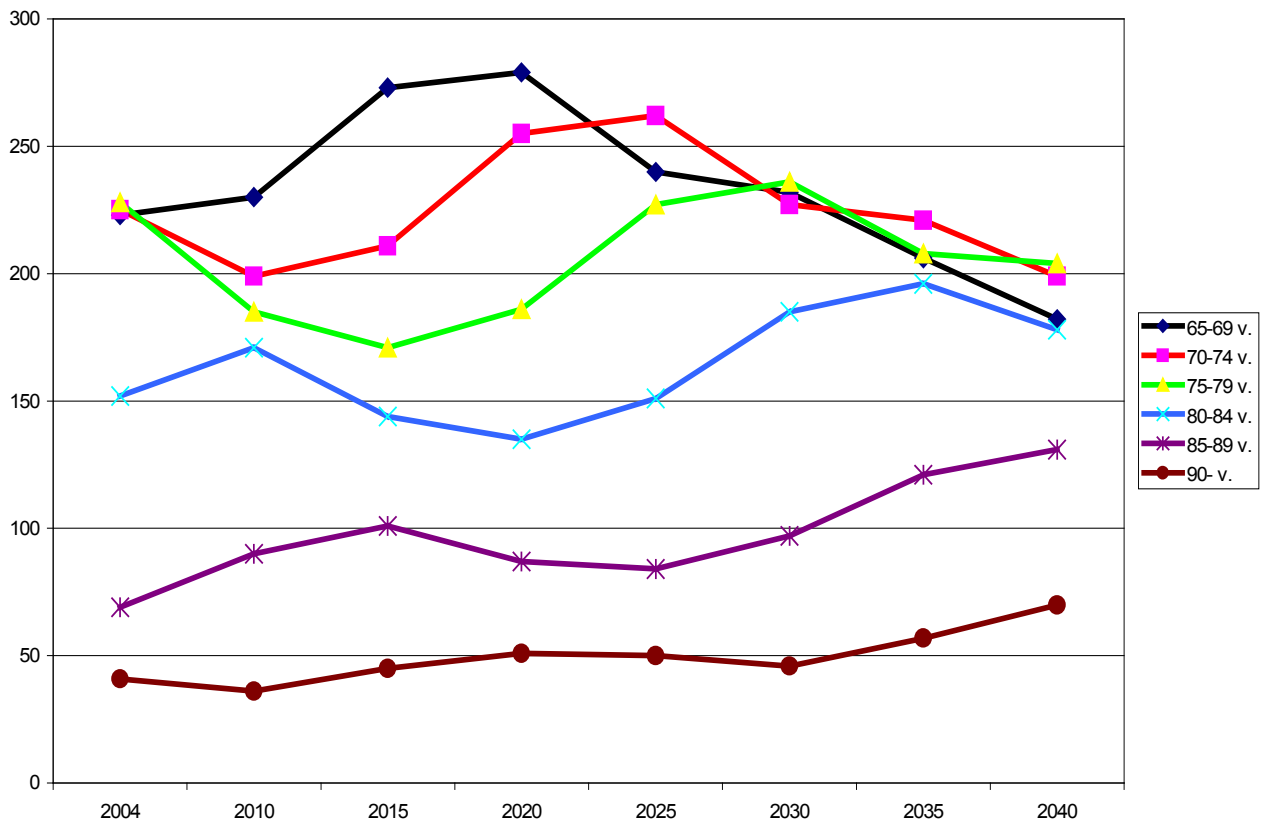
Stakesin julkaisemassa Suomalaisten hyvinvointi 2006-kirjassa (Kautto, 2006) tarkasteltiin sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkaiden palvelukokemuksia. Tulosten (mt., 354) mukaan palveluihin oltiin yleisellä tasolla varsin tyytyväisiä. Tyytyväisimpiä asiakkaat olivat työntekijöiden asiantuntemukseen ja kohteliaisuuteen sekä palvelujen joustavuuteen. Kriittisyyttä suuntautui palveluihin pääsyyn ja kokemuksiin asiakkaina. Naiset olivat miehiä useammin tyytymättömiä terveyspalveluiden saatavuuteen ja sosiaalipalveluiden toimivuuteen.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Punkalaitumen kunnan väestörakenne

Punkalaidun on noin 3450 asukkaan kunta Pirkanmaan lounaisosassa. Viljasen (2001, 152) kuntatyypittelyssä Punkalaidun sijoittuu ydinmaaseutuun ja Kuntaliiton (2007) kuntaryhmityksessä maaseutumaisiin kuntiin. Kuviosta 5 ilmenee, että kunta on ikärakenteeltaan vanhuspainotteinen. 0–14-vuotiaiden henkilöiden osuus oli 31.12.2005 noin 14 prosenttia (490 henkilöä), 15–64 -vuotiaiden osuus noin 59 prosenttia (2 019 henkilöä), 65–74 -vuotiaiden osuus noin 13 prosenttia (444 henkilöä), 75–84 -vuotiaiden osuus noin 11 prosenttia (383 henkilöä) ja 85 -vuotiaiden ja sitä vanhempien henkilöiden osuus oli runsaat 3 prosenttia (114 henkilöä) (Tilastokeskus 2007). Yli 65-vuotiaiden suhteellinen osuus Punkalaitumen väestöstä on yli 40 prosenttia. Ennusteiden mukaan yli 75-vuotiaiden osuus Punkalaitumen väestöstä tulee nousemaan vuoden 2005 14,1 prosentista vuoteen 2010 mennessä 14,4 prosenttiin väestöstä. Punkalaidun kuuluu ikärakenteen osalta maamme kahdenkymmenen vanhusvoittoisemman kunnan joukkoon. Vanhusväestön osuus on erittäin korkea suhteessa kunnan väestöön ja koko maan keskiarvoon. (Punkalaitumen kunnan vanhustenhuollon strategia 2002.)

Punkalaitumen kunnan yli 65-vuotiaiden väestöennuste 2004-2040



KUVIO 5 Punkalaitumen kunnan yli 65-vuotiaiden väestöennuste 2004–2040 (Tilastokeskus 2007)

7.2 Vanhustentalot

Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys on tuottanut asumispalveluja Punkalaitumen vanhusväestölle vuodesta 1972 lähtien. Yhdistystä oli aikoinaan perustamassa joukko paikallisia poliittisesti aktiivisia henkilöitä. Ryhtymistä rakentamaan vanhustentaloa kuntaan, jossa ikäihmiset ovat perinteisesti asuneet omissa asunnoissaan maaseudulla, pidettiin tuolloin ennakkoluulottomana ja rohkeana ratkaisuna. Vuosikymmenet ovat kuitenkin osoittaneet että kunnassa, jossa monet iäkkäät henkilöt siirtyvät haja-asutusalueilta puutteellisiin mukavuuksin varustetuista ja huonokuntoisista omakotitaloista kyläkeskustaan on Vanhustenkotiyhdistyksen tarjoamilla asumispalveluilla ollut merkittävä asema. Kunnassa ei ole yksityisiä ikäihmisille asumispalveluja tarjoavia yrityksiä. Vanhustentalojen rakentaminen on tapahtunut Raha-automaattiyhdistyksen rahoituksen turvin.

Vanhustenkotiyhdistyksen päättävä elin on hallitus, jossa kunnan edustajana on vanhustyönjohtaja. Vanhustentalot sijaitsevat lähellä Punkalaitumen keskustaa, matkaa lähimpään elintarvikeliikkeeseen on noin 600 metriä, terveyskeskukseen noin 300 metriä, pankkiin noin kilometri ja apteekkiin noin 1,4 kilometriä. Vanhusten palvelukeskus Pakarille matkaa on noin 300 metriä. Palvelukeskus Pakari on valmistunut vuonna 1994 ja siellä on mahdollisuus ruokailla sekä saada kylvetys- ja saunapalvelua. Pakarilla järjestetään myös päivätoimintaa ikäihmisille. Palvelukeskus Pakarin yhteydessä sijaitsee vuonna 2004 valmistunut vanhainkoti, Hilma ja Mattikoti, jossa on 35 hoitopaikkaa. Vuonna 2000 Pakarin läheisyyteen valmistui tehostetun palveluasumisen yksikkö. Tässä Kaisankodiksi nimetyssä yksikössä on yhteensä 19 palveluasuntoa. Palvelukeskus Pakarin, palveluasuntojen ja vanhainkodin viereen Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys on rakennuttanut dementiakodin. Tässä Saimikodissa on 12 paikkaa. Se otettiin käyttöön vuonna 2004. Samana vuonna myös kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistettiin yhdeksi toimintamuodoksi, kotihoidoksi ja henkilöstöstä käytetään nimitystä kotihoidon työntekijät.

Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen omistamat vanhustentalot muodostuvat yhdeksästä asuinrivitalosta, joiden tilavuus on yhteensä 7 844 kuutiometriä ja huoneistoala yhteensä 2 216 neliömetriä. Rivitalot on rakennettu vuosina 1973–1989 ja ne sijaitsevat Vanhustenkotiyhdistyksen omistamalla tontilla. Vuokrahuoneistoja on yhteensä 71 kappaletta. Suurin osa huoneistoista on yksiöitä. (Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen toimintakertomus 2003.) Vanhustentalojen asunnot ovat kohtuullisen tilavia ja asunnoissa ei ole juurikaan liikkumista haittaavia kynnyksiä. Kymmenen asuntoa sijaitsee toisessa kerroksessa talossa, jossa alakerrassa on yhteinen kerhohuone sekä sauna ja pesutilat. Kerhotilat on mitoitettu noin 30–40 henkilölle. Myöhemmin rakennetun rivitalon yhteydessä on lisäksi oma sauna. Vanhustentalot sijaitsevat rauhallisella paikalla, mutta korkeuserot tontilla ovat huomattavat. Rivitaloja kiertävät kulkuväylät on asfaltoitu, mutta pihapiiriin mahtuu myös nurmikenttää. Pihapiirissä on penkkejä, pari keinua, jätteiden lajittelupiste sekä grillikatos asukkaiden käyttöön. Pihapiirissä sijaitsee myös hakkeella toimiva lämpökeskus.

7.3 Kohderyhmä

Tutkimukseen kohderyhmänä oli yli 65-vuotiaat tai 65 vuotta vuoden 2005 aikana täyttävät vanhustentaloilla asuvat henkilöt. Käyttäessäni jatkossa käsitettä vanhustentalon asukas tarkoitan Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen omistamassa vuokra-asunnossa asuvaa 65 vuotta täyttänyttä tai 65 vuotta vuoden 2005 aikana täyttänyttä henkilöä. Tiedot vanhustentaloilla asuvista yli 65-vuotiaista henkilöistä sain Punkalaitumen kunnan vanhustyönjohtajalta. Kaikista

vanhustentaloilla tutkimushetkellä (kevät 2005) asuvista yhteensä 17 henkilöä oli alle 65-vuotiaita ja 65-vuotiaita tai 65 vuotta vuoden 2005 aikana täyttäviä oli yhteensä 55 henkilöä. Kaksi tutkimuksen kohderyhmään kuuluvaa vanhustentalojen asukasta oli tutkimushetkellä sairaalahoitossa. Toinen heistä oli ilmeisesti ollut jo pitempään, toinen joutui sairaalahoitoon kotikäyntiä edeltävänä päivänä. Tästä syystä hänen tyttärensä perui suunnitellun käynnin. Neljä asukasta ei halunnut kotikäyntiä (he peruivat ajan itse puhelimitse etukäteen); *”minulla on kaikki hyvin, tyttäret auttavat”*, *”en tarvitse palveluja”*, *”en halua sitä käyntiä”*, *”en tarvitse haastattelua, pärjään tyttärien ja talonmiehen avustuksella”*. Erään asukkaan kohdalla kävin sovitusti oven takana, mutta hän sanoi, ettei halunnut käyntiä, koska *”pärjään vielä”*. Neljää asukasta en tavoittanut, he eivät olleet kotona ehdotettuna aikana, mutta eivät myöskään ottaneet yhteyttä ja peruneet käyntiä. En myöskään tavannut heitä liikkeessani vanhustentaloilla. He eivät myöskään ole kunnallisen kotihoiton asiakkaita, joten heidän elämäntilanteestaan en saanut tarkempaa tietoa. Yksi asukkaista kieltäytyi kotikäynnistä, vaikka oli kotihoitohenkilöstön informoidessa asiasta suhtautunut asiaan myönteisesti ja antanut luvan kotikäynnin tekemiseen. *”Ei tämä tästä miksikään tule”* oli hänen kommenttinsa esittäessäni asiani. Kyseessä oli eräs vanhustentalojen iäkkäimmistä asukkaista. Yksi kohderyhmään kuuluvista totesi haastattelun sopivan, jos se *”ei maksa mitään”*.

Käytettävissä olevaksi tutkimusaineistoksi muodostui näin ollen niiden 43:n Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen vuokra-asunnoissa asuvien yli 65-vuotiaiden henkilöiden antamat vastaukset haastattelulomakkeeseen, jotka olivat antaneet suostumuksensa tutkimuksen tekemiseen. Tutkimus voidaan pitää kokonaistutkimuksena vanhustentaloilla asuvista yli 65-vuotiaista henkilöistä. Yksi asukkaista kuoli pari viikkoa tapaamisemme jälkeen.

Eräänä päivänä tullessani kotikäynnille eräs asukas odotteli saapumistani oven ulkopuolella. Hän ei suoranaisesti kieltäytynyt kotikäynnistä, mutta ei ollut kuitenkaan halukas päästämään minua sisälle asuntoonsa, kommentoi vain *”eipä se siitä miksikään tule”*. Näin ollen keskustelimme asunnon ulkopuolella noin 10 minuutin ajan. Hänen kohdaltaan haastattelulomakkeen tiedot jäivät puutteellisiksi. Toinen asukas, jonka vastaukset jäivät monessa suhteessa puutteellisiksi, oli 66-vuotias mies. Mies, jonka kanssa olin sopinut tulostani eräänä iltana ollessani havainnointikäynnilläni vanhustentaloilla. Asukas kertoi jo silloin olevansa varmasti krapulassa sovittuna ajankohtana, mutta toivotti kuitenkin minut tervetulleeksi kotiinsa. Mennessäni sovitusti kotikäynnille, tapasin hänet alasti nukkumassa. Asukas oli krapulaisen oloinen; koko haastattelun ajan hän teki "snapsia" ja veti tupakkaa. Tarjosi minullekin alkoholia, mutta kun kieltäydyin

kohteliaasti "Tallinnan tuliaisista" hän keitti sen sijaan minulle kahvia. Myönsi avoimesti käyttävänsä alkoholia. *"Eihän täällä viihdy, muutan ehkä Urjalaan, kun siellä on viinakauppakin"*, *"eihän täällä ihmeitä elämyksiä ole, käydä kahvilla Jessicassa (paikallinen kahvila), se on päivän kohokohta"*. Hän kertoi omasta elämästään, työstään merimiehenä ja asumisestaan useissa eri maissa. Kertoi olleensa kolme kertaa avioliitossa, mutta joka kerta avioliitto oli päätynyt eroon. Kuuntelin hänen tarinaansa ja keskustelimme muuten elämänmenosta, mutta haastattelulomakkeen kysymyksiin häneltä oli vaikea saada selviä vastauksia. Alkoholinkäyttöön törmäsin muutenkin tehdessäni kotikäyntejä. Eräs miesasukas nautiskeli alkoholia ollessani käymässä hänen luonaan. Hän tyhjensi muutaman olutpullon käyntini aikana, mutta pysyi kuitenkin kohtuullisesti asiassa, vaikka puhe rönsyilikin aina välillä melkoisesti. Kolmaskin miesasukas myönsi "harrastavansa" alkoholinkäyttöä, mutta hän ei haastattelua tehdessäni ollut päihtynyt eikä nauttinut alkoholia käyntini aikana.

7.4 Haastattelulomake ja aineiston keruu

Saadakseni tietoa vanhustentaloilla asuvien ikäihmisten elämänlaadusta katsoin parhaaksi menetelmäksi koota aineistoa tapaamalla henkilökohtaisesti jokainen yli 65-vuotias vanhustentaloilla asuva henkilö ja täyttää tapaamisen aikana haastattelulomake. Iäkkäillä henkilöillä saattaa olla vaikeuksia tuottaa kirjallisesti ajatuksiaan, joten en luottanut siihen, että esimerkiksi postilaatikoihin jätettävällä lomakkeella olisin saanut riittävän määrän vastauksia palautetuksi. Vähäisestä tutkimustiedosta huolimatta iäkkäiden henkilöiden kohdalla henkilökohtaista haastattelua voidaan pitää luotettavimpana ja osallistumisprosenttiltaan parhaana tiedonkeruumenetelmänä (Laukkanen 2003a, 288; Wenger 2003, 115; Rissanen 1999, 104). Haastattelun etuna voidaan pitää sitä, että vastaajat saadaan yleensä mukaan tutkimukseen ja henkilökohtaisin käynnein voidaan varmistua siitä, että kaikkein heikkokuntoisimmatkin henkilöt osallistuvat tutkimukseen (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 201). Ikääntyvillä ihmisillä on usein monia toisiinsa liittyviä ongelmia, jotka jäävät helposti havaitsematta, jos niitä ei osata etsiä tai keskitytään pelkästään kliinisiin diagnooseihin (Valvanne 2003, 347). Ikäihmisten hyvän hoidon ja palvelun suosituksen mukaan (Voutilainen & Vaarama & Peiponen 2002, 38) erityistä huomiota tulisi kiinnittää niihin tilanteisiin, joissa hoitoa ja palvelua saavan asiakkaan toimintakyky tai edellytykset ilmaista tarpeensa ja mielipiteensä ovat alentuneet. Erityisen tärkeää olisi tutkia kaikkein heikoimmassa asemassa olevien ikääntyneiden henkilöiden elämänlaadun käsityksiä (Savikko ym. 2006, 26).

Haastattelun rungoksi laadin strukturoidun haastattelulomakkeen (liite 1), jonka täytin käyntini aikana. Lomakkeen laadinnan lähtökohtana oli saada mahdollisimman kokonaisvaltainen näkemys henkilöiden elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Lomakkeen kysymysten laadinnassa käytin apuna aikaisempia tutkimuksia. Ikivihreät- projektissa vuosina 1988 (Heikkinen E. 1990) ja 1989 (Heikkinen R-L. & Suutama 1991) sekä Ikivihreät- projektin 8-vuotisessa seuruututkimuksessa vuonna 1996 (Suutama & Ruoppila & Laukkanen 1999) käytettyjä haastattelulomakkeita sekä Suomen Kuntaliiton (2005) ehkäisevien kotikäyntien haastattelulomaketta. Lomakkeen luotettavuutta ja toimivuutta testasin soveltuvien osin esitestaamalla kolmea ikäihmistä. He eivät asuneet vanhustentaloilla. Esitestauksen jälkeen tein haastattelulomakkeeseen joitakin tarkennuksia.

Haastattelulomake koostui 53 kysymyksestä, jotka suurimmaksi osaksi olivat strukturoituja monivalintakysymyksiä, mutta mukana oli myös muutama avoin kysymys. Lomake oli sisällöllisesti jaettu kahdeksaan osioon. Ensimmäiset yhdeksän kysymystä sisälsivät asukkaiden taustatietoja (taustamuuttajat). Toisen osion kysymykset (10 ja 11) sisälsivät asukkaiden omia arvioita terveydestään ja toimintakyvystään. Muistia tutkittiin kolmannen osion kysymyksillä (12 ja 13). Neljännen osion kysymykset (14–16) mittasivat asukkaiden selviytymistä arkipäivän toiminnoista ja heidän apuvälineiden käyttöönsä. Viidennen osion kymmenen kysymystä mittasivat asukkaiden sosiaalista verkostoa, heidän nykyistä osallistumistaan sekä halua osallistua vanhustentaloilla mahdollisesti tulevaisuudessa järjestettävään toimintaan. Kuudennessa osiossa, kysymykset 28–34, tutkittiin asukkaiden yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemuksia. Kysymys 35 oli Myöhäisiän depressioseula, GDS-15. Myöhäisiän depressioseulan kysymykset ovat yksiselitteisiä ja kyselylomakkeessa esitettyihin kysymyksiin vastataan valiten kahdesta vaihtoehdosta (kyllä / ei). Ahdistavia kysymyksiä, jotka liittyisivät esimerkiksi itsetuhoisuuteen ei mittarissa ole samoin somaattiset oireita kartoittavat kysymykset on rajattu pois (Bowling 2005, 96). Osiossa seitsemän, kysymykset 36–47, sisälsivät asukkaiden omia arvioita fyysisestä ympäristöstään. Viimeisessä osiossa, kysymykset 48–52, tutkittiin asukkaiden käyttämiä palveluita ja heidän tyytyväisyyttään käyttämiinsä palveluihin sekä asukkaiden taloudellista tilannetta. Kysymys 53 tarjosi mahdollisuuden esittää terveisiä Punkalaitumen kunnalle.

Asukkaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arvioinnissa käytin avuna RAVA-toimintakykymittaria (liite 2). RAVA-mittari muodostuu 12 eri toiminnoista. Nämä toiminnot ovat näkö, kuulo, puhe, liikkuminen, virtsa, uloste, syöminen, lääke, pukeutuminen, peseytyminen, muisti ja psyyke / käytös. RAVA-indeksin painoarvot kunkin kysymyksen eri vaihtoehdolle on saatu multiregressioanalyysin avulla. Summaindeksiin tarvittavia painokertoimia laskettaessa

muuttujia käsitellään kaksiluokkaisina ja esimerkiksi näkö, kuulo, pyörätuolin käyttö ja lääkehoidossa avustettavuus eivät sinänsä vaikuta pistemäärää nostavaksi. Yksittäisen henkilön indeksin arvo saadaan laskemalla yhteen kunkin osion arvo. Indeksien minimiarvo on 1,29 ja maksimiarvo on 4,02. Mitä suuremman arvon henkilö saa, sitä suurempi on hänen hoidon ja hoivan tarpeensa. Arvioinnin tuloksena syntyy käsitys siitä, missä toiminnoissa henkilö suoriutuu itsenäisesti ja missä tarvitsee apua. (Valtonen ym. 2001, 11, 44.)

RAVA-mittaria kohtaan on myös esitetty kritiikkiä. Analysoitaessa RAVA-mittauksen tuloksia on huomioitava, että RAVA-indeksi on lähinnä päivittäisen avun, erityisesti hoivan, tarpeen mittari, jonka avulla voidaan arvioida yksittäisen henkilön toimintakykyä. Hoivan tarpeen taustalla voivat olla ikääntyneen henkilön vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä sairaudet, mutta myös hänen sosiaalinen ja fyysinen ympäristönsä. Iäkkään ihmisen avun ja hoivan tarpeeseen vaikuttavat lisäksi hänen käyttämänsä sosiaali- ja terveystalvet sekä toimet, jotka edistävät tai mahdollisesti jopa heikentävät iäkkään henkilön omatoimisuutta ja aktiivisuutta. (Lahtinen & Rajala & Paunio & Liukko 1999, 9.) Laukkasen (2003a, 296; myös Vaarama 2004, 154) mukaan RAVA-indeksi on huomattavan karkea arvioitaessa muita kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevia henkilöitä eikä siitä ole olemassa kansainvälistä kirjallisuutta. RAVA-indeksissä painottuu henkilön fyysinen toimintakyky ja se ei kerro syitä toimintakyvyn huononemiselle, joten myös muut mittarit ovat tarpeen selvittäessä iäkkään henkilön kokonaisvaltaista arjessa selviytymistä. Keskeistä toimintakyvyn arvioinnissa on arvioida kokonaisvaltaisesti yksilön kaikkia toimintakyvyn osa-alueita. Laukkanen (2003a, 290) toteaa, että kuvattaessa toimintakyvyn tasoa ADL-mittareiden suorilla summapistemäärillä on vaarana merkityksellisen tiedon jääminen pimettiin. Pieni muutos aiheuttaa vain vähäisen muutoksen kokonaissummassa, mutta yksilölle itselleen muutos voi olla ratkaisevan tärkeä. Sarolan (1994, 126–127) mukaan objektiiviset mittarit voivat monella tavalla olla huonoja hyvinvoinnin mittareita. Selviytymisen ja hyvinvoinnin kannalta kliinisesti mitattu terveystaso voi olla merkityksellisempi kuin oma arvio terveydestä.

Täydentääkseni haastattelulomakkeen antamia tietoja käytin toisena aineistonkeruumenetelmänä havainnointia. Martti Grönforsin (2007, 151) mukaan havainnoinnilla tarkoitetaan menetelmää, jossa tutkija jonkin oman roolinsa avulla tekee havaintoja tutkimastaan ongelmasta tai ilmiöstä tehden muistiinpanoja ikään kuin ulkopuolisena osallistumatta itse toimintaan. Hirsjärvi ym. (2007, 207) toteavat, että haastatteluiden avulla on mahdollista saada selville, mitä henkilöt ajattelevat, tuntevat ja uskovat, mutta ne eivät kerro, mitä todella tapahtuu. Tämän tutkimiseksi tarvitaan havainnointia. Havainnoinnilla voidaan saada välitöntä tietoa yksilöiden toiminnasta ja

käyttäytymisestä (mt., 208). Haastattelutilanteissa tein havainnointia liittyen asunnon toimivuuteen sekä asukkaiden selviytymiseen päivittäisistä toiminnoistaan (liikkuminen ja mahdollinen apuvälineiden käyttö). Muutaman kerran ateriantuoja osui samanaikaisesti käyntini kanssa; näissä tilanteissa tarjoutui mahdollisuus havainnoida asukkaan selviytymistä ruokailutilanteista. Vanhustentaloille sopeutumisen havainnoinnissa kiinnitin erityistä huomiota asukkaan käyttämiin kielellisiin ilmaisuihin. Asuinalueeseen ja lähiyhteisöön liittyviä havaintoja (toimivuus, turvallisuus ja viihtyvyys), joita tein liikkeessani jalan useana päivänä eri puolilla vanhustentaloja, kirjasin ylös aina tarpeen mukaan. Havainnoimalla sain tietoja asukkaan tilanteesta sillä hetkellä, kun se tapahtui, tosin sain tietoja vain hyvin rajallisesta määrästä toimintoja. Kyseessä oli piilohavainnointi; tutkija oli häivytetty tutkimuksen kohteiden tietoisuudesta (Grönfors 2007, 156). Vanhustentalon asukkaat eivät tietäneet, että samanaikaisesti kun täytin haastattelulomakkeen tein myös havainnointia. Katson, että asukkaiden suostuttua kotikäynnin tekemiseen se on samalla ollut suostumus saada tehdä havaintoja heistä ja heidän kodistaan. Havaintoni ja suorat haastattelukatkelmat kirjoitin ylös joko haastattelun aikana tai välittömästi sen jälkeen.

7.5 Haastattelujen toteuttaminen

Haastattelut toteutin maaliskuis-, huhtikuun- ja toukokuun 2005 aikana. Täytin haastattelulomakkeet asukkaiden kotona. Tämä tarjosi luontevan mahdollisuuden havainnoida ympäristöä ja asukkaan selviytymistä. Eskolan ja Vastamäen (2007, 28) mukaan haastateltavien kotona tehtävillä haastatteluilla on suurempi mahdollisuus onnistua. Haastateltavat ovat tällöin omassa valtakunnassaan, tila on heille tuttu ja turvallinen. Ennen haastattelujen tekemistä informoin Vanhustenkotiyhdistyksen hallitusta tekeillä olevasta tutkimuksesta ja tulevista kotikäynneistä. Kotihoitohenkilöstö jakoi käynneillään informaatiokirjeen (liite 3) kaikille omille asiakkailleen ja kotihoidon ulkopuolella oleville pudotin kirjeen postilaatikkoon noin viikkoa ennen ehdotettua kotikäyntipäivää. Kirjeessä informoitiin tutkimuksesta ja pyydettiin suostumusta tutkimuksen tekemiseen. Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. Suostumukseksi osallistumisesta tutkimukseen katsoin sen, että henkilö ei kieltäytynyt kotikäynnistä. Haastattelulomakkeessa oli myös erityinen suostumussivu, johon pyysin asianomaisen nimikirjoituksen käyntini lopuksi. Tämä oli tarpeen, jotta voin viedä mahdollisia kotikäynnin kuluessa esiin tulleita epäkohtia tai avuntarpeita eteenpäin. Ihan jokaiselta asukkaalta en nimikirjoitusta saanut esimerkiksi sairauden, heikon näön tai muun syyn vuoksi, mutta ainakin niissä tapauksissa, joissa oli konkreettisia asioita eteenpäin vietäväksi pyrin nimikirjoituksen saamaan.

Käyntini aluksi kerroin asukkaille meneillään olevasta tutkimuksesta, sen tavoitteista ja tämän kotikäynnin tarkoituksesta sekä keskustelujen luottamuksellisuudesta. Tähdensin tutkittaville, että heidän antamansa tiedot olivat täysin luottamuksellisia ja vastaukset käsitellään nimettöminä. Maaliskuun 29. ja 30. päivä 2005 haastattelin yhteensä kuusi asukasta. Seuraavalla viikolla huhtikuun 4. ja 5. päivä tein yhteensä kahdeksan kotikäyntiä ja haastattelin yhteensä kymmenen vanhustentalojen asukasta. Heidän joukossaan oli kaksi avioparia. Kotihoitohenkilöstö oli etukäteen informoinut asukkaita meneillään olevasta tutkimuksesta, vienyt informaatiokirjeen ja sopinut kotikäyntiajan valmiiksi. Jatkoin haastattelukäyntien tekemistä 6.4.2005 ja 12.4.2005, jolloin tapasin yhteensä viisi asukasta. Tiistaina 19.4.2005 tapasin yhteensä neljä asukasta, joista kaksi oli avioliitossa keskenään. Seuraavaksi päiväksi olin sopinut käynnin viidelle vanhustentalojen asukkaalle. Joukossa oli yksi aviopari. Huhtikuun 25. ja 27. päivä haastattelin yhteensä kahdeksan asukasta. Loput viisi asukasta haastattelin toukokuun 12. ja 19. päivänä.

Ensimmäisillä kotikäynneillä pohdin useampaankin kertaan omaa rooliani; olenko pelkästään yliopiston lopputyötä tekevä opiskelija vai sen lisäksi jotakin muuta? Osa vanhustentalojen asukkaista piti minua osana palvelujärjestelmää; asukkaat saattoivat kokea minut "kunnan edustajaksi". Kotikäyntien edessä löysin itselleni sopivan tavan esitellä itseni ja kotikäyntieni tarkoituksen. Olin heille täysin outo työntekijä, sillä ollessani töissä Punkalaitumen kunnan sosiaalitoimistossa kukaan vanhustentalojen asukkaista ei ollut tullut minulle entuudestaan tutuksi. Yksi asukas totesikin, että en taida olla punkalaitumelaisia, kun ”*en löytänyt nimeä puhelinluettelosta*”. Omaa toimintaani tutkijana jälkikäteen analysoidessani koen olleeni liian ammatillinen tehdessäni haastatteluja johtuen ehkä omasta usean vuoden työkokemuksesta terveydenhuollon sosiaalityöntekijänä. Eskolan ja Suorannan (2001, 17) mukaan haastatteluista tehdessä on tärkeää tunnistaa oma subjektiivisuutensa: omat uskomuksensa, asenteensa, arvostuksensa. Mirja Satka (1993, 57) arvelee, että mikäli tutkimuksen tekijänä toimii palvelun tuottajan käsitteelliseen ja ideologiseen viitekehykseen samastunut työntekijä, vastaukset saavat palvelun tuottajan kannalta varsin positiivisia latauksia. Toisaalta yksikään vanhustentalojen asukas ei kyseenalaistanut kotikäyntiä tai kysellyt mitä hyötyä kotikäynnistä voisi hänelle itselleen olla. Päinvastoin suurin osa asukkaista oli mielissään siitä, että joku oli kiinnostunut juuri heidän elämästään ja jollakin oli hetki aikaa istua ja kysellä vointia ja kuulumisia. Asukkaiden läheisten tai muiden asukkaita paremmin tuntevien henkilöiden arviot esimerkiksi arkisten asioiden sujumisesta voisivat tosin olla osin erilaisia kuin omat arvioni.

Asukkaat arvioivat omaa elämäänsä vanhustentaloilla omien kokemustensa kautta. Tutkijan tehtävänä on välittää kuvaa haastateltavan ajatuksista, käsityksistä, kokemuksista ja tunteista (Hirsjärvi & Hurme 2001, 41). Voutilaisen ym. (2002, 40) mukaan tämän kokemusmaailman tavoittaminen on joskus vaikeaa, johtuen esimerkiksi iäkkäiden sairauksista. Iäkkäiden on todettu olevan varsin haluttomia arvioimaan esimerkiksi saamiaan kotihoidon palveluja. Osasyynä haluttomuuteen voi olla se, että ikääntyneet ihmiset näkevät henkilökunnan kiireen ja useimmat heistä kokevat, että työntekijät tekevät parhaansa. Toiseksi he eivät välttämättä ole halukkaita kertomaan kokemuksistaan täysin ulkopuoliselle ihmiselle. Kolmantena syynä voi olla iäkkäiden ihmisten kokema riippuvuus työntekijöiden antamasta avusta; he ovat taipuvaisia vain ilmaisemaan myönteiset kokemuksensa ja pelkäävät antaa negatiivista palautetta esimerkiksi avun loppumisen pelossa. (Mt., 40.) Salmelan (1997, 190, 199) mukaan standardoidut lomakkeet sopivat huonosti palautteen hankintaan. Tässä tutkimuksessa ei voi olla varmuutta siitä, että vanhustentalojen asukkaat uskalsivat antaa rehellistä palautetta esimerkiksi saamistaan palveluista, vaikka sitä toivoin saavani.

7.6 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysiin pohjana on 43 haastattelulomaketta sekä kotikäyntieni aikana tekemät havainnot. Aineiston läpikäymisen aloitin numeroimalla haastattelulomakkeet. Kävin haastattelulomakkeet kohta kohdalta läpi ja koodasin jokaisen muuttujan arvot SPSS -ohjelmaan. Kaikki aineistoa kuvailevat tunnusluvut ja jakaumat tuotin SPSS 14.0 Windows-ohjelmalla. Aineistoa analysoitiin muodostamalla aineistosta suoria jakaumia, taulukoita ja kuvioita. Analyysin pohjana on lisäksi tekemäni havainnot. Näitä havaintoja ja suoria haastatteluotteita esiintyy tutkimuksessa.

Verbrugge ja Jette (1994, 3–4) suosittelevat haastatteluissa käytettäväksi arviota siitä, aiheuttaako toiminnoista selviytyminen vaikeuksia vai ei. Henkilöiden omien arvontien lisäksi käytin tässä tutkimuksessa apunani RAVA-mittaria arvioidessani asukkaiden selviytymistä päivittäisistä perustoiminnoista (PADL-toiminnot). Toimiessani useita vuosia terveydenhuollon sosiaalityöntekijänä olen tutustunut erilaisiin toimintakyvyn mittareihin, muun muassa RAVA-mittariin. Hallitsin kyselylomakkeen täyttämisen aiemman työkokemukseni perusteella, joten erityistä perehdyttämistä mittarin käyttöön en kokenut tarvitseväni enkä sitä myöskään saanut. Kunnassa oli valmiina tarvittavat ohjelmat, mikä helpotti aineiston analysointia.

7.7 Tutkimuksen luotettavuus

Strukturoitu lomakehaastattelu perustuu ajatukseen, että kysymysten muotoilu ja järjestys on kaikille sama (Eskola & Vastamäki 2007, 27). Tässä tutkimuksessa en noudattanut tiukasti haastattelulomakkeen kysymysten järjestystä vaan annoin keskustelun edetä luontevasti. Tästä syystä kysymysten muoto ja esittämisjärjestys ei kaikissa haastatteluissa ollut täysin yhdenmukainen. En pakottanut henkilöä vastaamaan kysymykseen, mikäli asukas oli selvästi haluton vastaamaan kyseiseen kysymykseen vaan siirryin luontevasti eteenpäin, mutta saatoinkin kyllä myöhemmin toisessa yhteydessä palata ongelmalliseen kysymykseen. Pidin kuitenkin huolta siitä, että kukin aihealue tuli jokaisen tutkittavan luona käsitellyksi mahdollisimman hyvin. Olin kirjoittanut monimutkaisimpien kysymysten vastausvaihtoehdot erillisille korteille, joita tarvittaessa annoin haastateltavan luettavaksi ja pyysin häntä valitsemaan itselleen sopivimman vastausvaihtoehdon. Haastattelun etuna on, että siinä voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti haastateltavaa myötäillen tilanteen edellyttämällä tavalla (Hirsjärvi & Hurme 2001, 34).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on syytä kriittisesti pohtia sitä, miten kysymykseni ovat ohjanneet tai johdatelleet haastateltavan vastauksia. Hirsjärvi ja Hurme (2001, 37) pitävät lomakkeiden suurimpana heikkoutena sitä, että tutkijan mielestä hyvinkin kattaviksi laatimat valmiit vastausvaihtoehdot harvoin tavoittavat vastaajan ajatusmaailmaa tai hänen maailmankuvansa olennaisia puolia. Saman ongelman nostaa esiin myös Frytak (2000, 232), jonka mukaan standardoidun mittaamisen ongelmana on se, että tutkijan valitsemat ulottuvuudet ohjaavat vastauksia ja valitut ulottuvuudet ovat yleensä peräisin mittarin kehittäjän / tutkijan sosiaalisista normeista. Joiltakin osin haastattelulomakkeen kysymysten sanamuoto olisi voinut olla parempi, esimerkkinä kysymys 11; "Oletteko huolissanne terveydentilastanne ja jos olette niin kuinka paljon?" (Vastausvaihtoehtojen ollessa erittäin paljon - paljon - jonkin verran - vähän - en ollenkaan). Kriittikkinä kysymystä kohtaan voidaan kysyä kukapa meistä ei olisi joskus huolissaan jonkin verran terveydentilastaan? Joidenkin kysymysten (esimerkiksi kysymykset 31 ja 33 "Tunnetteko olonne turvalliseksi kotona / kodin ulkopuolella") kohdalla haastateltava saattoi ensin lyhyesti vastata ”kyllä”, mutta palata muissa yhteyksissä kysymykseen kertomalla turvattomuutta aiheuttavista tekijöistä. Kyse on tutkimuksen validiteetista; mittarin tai tutkimusmenetelmän kyvystä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Toisaalta tehdessäni tutkimusta minulla oli mahdollisuus esittää tarkentavia kysymyksiä ja osaa mittareista oli käytetty useissa aiemmissa tutkimuksissa. Eskolan ja Vastamäen (2001, 32) mukaan vaarana on, että haastateltava alkaa muokata vastauksiaan siihen suuntaan, mihin arvelee tutkijan toivovan. He

toteavat, että tutkija ja tutkittava saattavat puhua erilaista kieltä, minkä vuoksi he eivät aina ymmärrä toisiaan (mt., 42). Tämän huomasin myös omassa tutkimuksessani. Haastattelutilanteessa saatoinkin käyttää itselleni tuttuja käsitteitä (esimerkiksi sosiaalinen verkosto, sosiaalinen tuki, kotihoito), jotka ikääntyneille vastaajille eivät välttämättä olleet selviä.

Haastattelu on sosiaalinen vuorovaikutustilanne, molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Haastattelijan persoonalla ja toiminnalla voi olla vaikutusta vastaamiseen ja tuloksiin. Haastattelijalla voi tulkita haastateltavan puutteelliset ilmaukset omien odotustensa, arvostustensa ja ennakkoluulojensa suuntaan (Eskola & Suoranta 2001, 85). Havainnoinnin kohdalla tämä mielestäni korostui. Tulkitsin havainnoinnin tuloksia omien käsitysteni ja kokemusteni kautta ja varmasti monia merkityksellisiä seikkoja jäi huomaamatta. Minun ja asukkaiden ikäero oli useita kymmeniä vuosia. Martti Grönforsin (2007, 152, myös Wenger 2003; 116) mukaan tutkittaessa esimerkiksi nuorisojoukkoa tutkija, joka on iältään lähellä nuoria saa todennäköisesti osin erilaista tietoa kuin lähellä eläkeikää oleva tutkija. Tietojen luotettavuutta heikentävät osaltaan joidenkin asukkaiden kuulon ja muistin heikentyminen sekä väsymys. Toisaalta tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tapasin itse henkilökohtaisesti kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt ja suoritin tutkimuksen alusta loppuun itse. Edellä mainituilla tekijöillä on vaikutusta tutkimuksen reliabiliteettiin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Arvioidessani haastattelutilanteen lopuksi ilmenikö tutkittavalla haastattelun kuluessa muistivaikeuksia tai -katkoksia arvioin 14 prosentilla tutkimukseen osallistuneista ilmenevän muistivaikeuksia tai -katkoksia paljon tai jonkin verran ja noin 16 prosentilla haastateltavista oli ymmärtämisenvaikeuksia paljon tai jonkin verran ja noin 19 prosentilla selvää väsymystä tai asiassa pysymisen vaikeutta.

Masennuksen tunnistamisen apuvälineenä käytin Myöhäisiän depressioseulaa (GDS-15). Myöhäisiän depressioseula on suuntaa-antava työväline. Se ei ole diagnoosin tekemisen väline, mutta se antaa käsityksen masentuneisuuden yleisyydestä ja vakavuudesta tutkittavien keskuudessa. Mittarin validiteettia ja reliabiliteettia on pidetty yleisesti ottaen hyvänä (Bowling 2005, 96–97). Pajusen (2004b, 298) mukaan GDS on käyttökelpoinen masennusoireiden arvioimiseen myös kognitiiviselta suoriutumiseltaan heikentyneillä tutkittavilla. Itse pidän tämän mittarin validiteettia, kykyä mitata juuri sitä, mitä mittarin on tarkoituskin mitata, tässä tutkimuksessa kyseenalaisena. Ongelmalliseksi tämän mittarin mielestäni tekee se, että kysymyksiin oli vaikea saada selvää kyllä / ei -vastausta, joten haastattelijan tulkinta korostui erityisesti tässä osiossa. Esimerkiksi kysymykseen "Tuntuuko elämäne tyhjältä?" monet asukkaista vastasivat ”toisinaan tuntuu,

toisinaan ei” tai *”kyllä ja ei*”, samoin samanlaisia vastauksia sain myös kysymyksiin "Ikävystyttekö usein?", "Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää?", "Oletteko useimmiten hyvällä tuulella?" ja "Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi?". Seuraavanlaisin ilmauksin asukkaat vastasivat: *”toisinaan ikävystyn olooni”*, *”pakko olla tyytyväinen”*, *”täytyy tyytyä”* tai *”kamalaa tämä vanhuus, 60-vuotiaana saisi kuolla”*, *”kaikkean tottuu”*. "Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi?" oli kysymys, johon sain usein vastaukseksi *”eihän tällaisella vanhalla ihmisellä enää mitään arvoa ole”* tai *”joissakin tilanteissa koen itseni arvottomaksi”*. Tulkitessani vastauksia tarkastelin asukkaan tilannetta kokonaisuutena ja vasta sen jälkeen valitsin vaihtoehdon. Eräänä vaihtoehtona olisi ollut antaa tämä lomake vastaajan itsensä täytettäväksi, jolloin valinta olisi ollut vastaajan itsensä tekemä. Bowlingin (2005, 96) mukaan on kuitenkin suositeltavampaa toteuttaa kysely suullisesti asiakkailta mahdollisesti ilmenevien kognitiivisten vaikeuksien vuoksi.

Eräs tuloksiin vaikuttava tekijä saattaa olla se, että iäkkäämmät ihmiset eivät ole tottuneet käsittelemään ja ilmaisemaan mielenterveydellisiä asioita sekä mielenterveydellisiin ongelmiin yhä liittyvä kielteinen suhtautuminen (Pajunen 2004a, 221). Onko naisten helpompi puhua mielenterveydenongelmistaan kuin miesten? On syytä huomioida, ettei vähäinen masentuneesta mielialasta kertovien oireiden määrä välttämättä tarkoita vähäistä masennusta. Iäkkäillä henkilöillä on taipumus korostaa ruumiillisia vaivoja arkisen toimintakyvyn laskussa. Todellisuudessa taustalla voi olla masennuksen somatisoitu ilmiasu. Pajunen (2004b, 295) mukaan haastattelu ei tämänäyttöisissä kysymyksissä ole aina luotettava tiedonlähde. Tutkittavan epävarmuus tai pelko torjumisesta voi ohjata tutkittavaa välttämään itselleen kiusallisten tai hankalien asioiden esiin ottamista tai kieltämään niiden olemassaolon (mt., 296).

Kokonaisuutena tarkasteltuna ikääntyneiden masentuneisuuden mittaaminen on kuitenkin perusteltua. On tärkeää löytää mahdollisimman moni alakuloinen iäkäs ihminen ajoissa, ennen kuin oireet pahenevat ja toimintakyky romahtaa. Ongelman varhainen toteaminen ja nopeat tukitoimet parantavat ennustetta. Tätä taustaa vasten itsearviointiasteikot ovat hyviä ja niillä on tärkeä ennaltaehkäisevä tehtävä, siitä huolimatta, että niiden tiedetään tuottavan korkeita masennuksen esiintyvyyksilukuja. (Heikkinen R-L. 2003, 90–92 .)

7.8 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena on kuvailla vanhustentaloilla asuvien yli 65-vuotiaiden asukkaiden kokemuksia elämänlaadustaan. Tässä tutkimuksessa elämänlaadun ulottuvuuksiksi sisällytetään vanhustentalon asukkaiden kokemukset ja käsitykset toimintakyvystään ja selviytymisestään, sosiaalisesta verkostostaan ja osallistumisestaan, asuin- ja lähiympäristön merkityksestä sekä heidän saamistaan palveluista. Tavoitteena on löytää niitä ongelmakohtia, jotka asukkaiden mielestä eniten uhkaavat heidän selviytymistään ja viihtymistään vanhusten vuokra-asunnoissa. Kokevatko asukkaat selviytyvänsä vielä nykyisessä asunnossaan vanhustentaloilla? Ongelmakohtien tiedostaminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on tärkeää, jotta asioihin voidaan puuttua silloin, kun on vielä käytettävissä keinoja tilanteen korjaamiseksi. Yhtä tärkeää on kuitenkin löytää myös niitä tekijöitä, joiden asukkaat kokevat tukevan heidän selviytymistään nykyisessä asuinpaikassaan.

Vanhustenkotiyhdistyksen huolena on ollut saada asukkaita omistamiinsa asuntoihin. Huolimatta siitä, että kunnassa on iäkkäämpiäkin asunnonhakijoita / -tarvitsijoita, on kuitenkin ilmennyt haluttomuutta muuttaa asumaan vanhustentaloille. Vanhustenkotiyhdistyksen budjetti vuodelle 2005 laadittiin sille pohjalle, että kahteen asunnoista ei saada asukkaita. Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen toimintakertomuksessa vuodelta 2003 mainitaan, että "asuntoja vapautui edellisvuosiin verrattuna poikkeuksellisen paljon". Vanhustentaloista elää mielikuva huonokuntoisina asuntoina ja ankeana paikkana asua. Missä kunnossa asunnot todellisuudessa ovat? Miltä asuin- ja lähiympäristö näyttää? Asuntoihin liittyvien mahdollisten rakenteellisten epäkohtien ja peruskorjaustarpeiden selville saamiseksi on parhaillaan tekeillä kartoitus Vanhustenkotiyhdistyksen toimesta. Tutkimushetkellä kaksi asunnoista oli tyhjillään.

Eräänä syynä iäkkäämpien henkilöiden muuttohaluttomuuteen vanhustentaloille saattaa olla se, että vanhustentaloille suunnattuja palveluja pidetään riittämättöminä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa siitä, miten vanhustentalojen asukkaat kokevat saavansa palveluja. Kuinka paljon palveluja ja minkälaisia palveluja vanhustentaloilla asuville järjestetään? Tähän tavoitteeseen liittyy keskeisesti myös kysymys asukkaiden sosiaalisesta verkostosta ja mikä on sen merkitys asukkaiden selviytymiselle ja viihtymiselle.

Kuntalaisten keskuudessa elää käsitys vanhustentaloista rauhattomana paikkana asua. Osittain tämä saattaa johtua siitä, että vanhustentaloilla asuu hyvin eri-ikäisiä ja eritaustaisia ihmisiä kuten esimerkiksi nuoria, työttömiä, päihdeongelmaisia ja maahanmuuttajia. Kokevatko asukkaat olonsa turvalliseksi asuessaan vanhustentaloilla?

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- (1) Miten vanhustentalojen asukkaat selviytyvät vanhustentaloilla?
- (2) Minkälaiseksi asukkaat arvioivat asuntonsa ja asuinympäristönsä?
- (3) Millaiseksi asukkaat kokevat elämänlaatunsa?

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

8.1 Havaintoja vanhustentaloilta

Vanhustentaloilla oli lähes kaikkina niinä päivinä, jolloin tein kotikäyntejä varsin hiljaista. Usein näkyi vain muutama asukas rollaattoreineen liikkeellä, lähes aina samat henkilöt. Poikkeuksen teki ne päivät, jolloin lähikaupan kauppa-auto tuli vanhustentaloille eli tiistaisin ja perjantaisin kello 9.30 –10.30. Silloin joukko asukkaita, pääsääntöisesti naisia, meni jo hyvissä ajoin istuskelemaan penkeille ja odottelemaan kauppa-autoa. Käynti kauppa-autolla ja ennen kaikkea sen odottelu oli sosiaalisesti merkittävä tapahtuma. Ostostenteon jälkeen monet asukkaista jäivät vielä vaihtamaan kuulumisia toistensa kanssa. Käynti kauppa-autolla tarjoaa asukkaille mahdollisuuden tutustua naapureihin, keskustella heidän kanssaan. Yksi asukas totesi minullekin lähes kesken haastattelun, että ”nyt pitää lopettaa kun minä menen käymään kauppa-autolla”. Kauppa-auto tarjoaa korvaamatonta palvelua vanhustentalojen asukkaille. Omalta osaltaan asukkaiden elintarvikehuollosta huolehtii myös kutunjuustokauppias, joka käy säännöllisesti ja sovitusti (talonmiehen luvalla) tiettyjen asukkaiden luona myymässä kutunjuustojaan. Vanhustentaloilla käy myös kirjastoauto kerran viikossa, mutta itse en ollut koskaan silloin paikalla, joten en osaa arvioida millainen sosiaalinen tapahtuma se oli.

Kävin erityisellä havainnointikäynnillä maanantaina 9.5.2005 illalla noin kello 19.00–20.30. Iltana, joka oli todella kaunis ja lämmin kevätilta. Maanviljelijät tekivät toukotöitään, ihmiset rapsuttelivat puutarhoissaan ja monet olivat iltalenkillä. Vanhustentaloilla oli kuitenkin aivan hiljaista, aivan hiljaista. Orava hyppeli pihakuusissa, linnut lauloivat, mutta en juurikaan havainnut asukkaiden liikettä. Eräs keski-ikäinen nainen istui ulkona tupakalla ja hänkin käänsi päänsä pois huomattessaan tuloni. Muutamista asunnoista kuului kovaäänistä puhetta, todennäköisesti television ääntä. Ulkona vastaan ei tullut ketään, ainoastaan kaksi kotihoitohenkilöstöön kuuluvaa työntekijää tekivät iltakäyntejään. He tervehtivät huomattessaan minut. Kaksi miestä oli ulkona tupakalla. Heidän kanssaan vaihdoin kuulumisia, toisen luokse olinkin jo tehnyt kotikäynnin, toisen kanssa sovin tulostani tämän tapaamisemme aikana. Eräs asukas pesi ikkunoita, muuten oli todella hiljaista. Parkkipaikalla oli pari autoa, oliko kenties vierailijoita?

Yleensä asukkaat olivat valmistautuneet saapumiseeni niin, että he olivat pukeutuneet, avanneet ulko-oven valmiiksi (harja oven välissä tai lähtiessäni pyysivät minua painamaan oven lukkoon) ja

valinneet istumapaikkansa. Olin varannut yhtä haastateltavaa kohti aikaa kaksi tuntia ja avioparit kävin aina päivän viimeisenä paikkana, jolloin aikataulussa oli enemmän jouston mahdollisuutta. Pysin luomaan käynnistäni kiireettömän ja antamaan asukkaalle riittävästi aikaa vastaamiseen. Haastattelut kestivät 10 minuutista 1,5 tuntiin. Keskimäärin käytin aikaa haastattelua kohden reilut 50 minuuttia. Asukkailla oli pääsääntöisesti hyvin aikaa haastatteluun ja tuntui, että useimmat pitivät siitä, että olin kiinnostunut juuri hänen mielipiteistään ja elämästään. ”*Olipa se hyvä, kun tulitte niin minunkin aikani kului mukavasti.*” ”*Kyllä sieltä Pakarilta (palvelukeskuksesta) pitäisi edes kerran vuodessa jonkun käydä*”; totesivat eräät haastateltavistani. Eräällä miesasukkaalla oli niin paljon kerrottavaa, että tehdessäni lähtöä (haastattelu oli kestänyt jo 1,5 tuntia), hän tuli vielä ulko-ovellekin kertomaan elämästään. Kahden muunkin asukkaan kohdalla kävi niin, että aikataulusyistä minun piti tehdä lähtöä lähes kesken haastattelun. Tosin päinvastainenkin haastateltava osui käyntini kohteeksi. Haastateltavalla oli televisio koko ajan auki melko suurella äänenvoimakkuudella ja hän katseli sitä herkeämättä koko haastattelun ajan (televisiossa oli menossa kansallisen veteraanipäivän juhla). Hän vastaili kysymyksiin hyvin lyhyesti ja osaan kysymyksistä vajavaisesti. Yksi asukas koki haastattelun niin, että ”*pitäisikö aina valittaa, pitää olla tyytyväinen ja kiittää siitä mitä on*”. Erään asukkaan luona oli tytär vierailemassa juuri käyntihetkelläni ja hän kertoi minulle, kuinka vaikeaa äidillä oli ollut alkuun vanhustentaloille muuttamisen jälkeen. ”*Muutto oli hänelle iso asia*”, totesi tytär. Asukas itse ei juuri asiaa kommentoinut, sitä häneltä kysyessäni. Yhden haastateltavan luona oli palveluasunnoilla asuva vaimo vieraisilla, kun saavuin haastattelemaan hänen aviomiestänsä. Vaimolla oli erittäin hyvin ”sana hallussa” ja hän puuttui lähes koko ajan keskusteluun. Tässä tapauksessa hänet voidaan luokitella eräänlaiseksi häiriötekijäksi. Yhteensä noin 14 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä toinen ihminen vaikutti haastateltavan vastauksiin (esimerkiksi omaishoitajana toimiva puoliso vastasi osaan kysymyksistä). Kotona tapahtuvassa haastattelussa onkin vaikea eristää tilanteesta erilaisia häiriötekijöitä (Eskola & Vastamäki 2007, 29).

Osa asukkaista suhtautui aluksi vähän varovaisesti outoon haastattelijaan, mutta keskusteltuani pidempään asukkaiden kanssa osa heistä alkoi enemmänkin kertoa omasta elämästään; sen tuomista iloista ja suruista, nykyisestä elostaan ja olostaan vanhustentaloilla, sota-ajasta ja evakkoon lähdöstä, leskeksi jäämisestään. Vanhustentalon asukkaiden suhtautuminen tekemiini haastatteluihin oli pääosin myönteistä; noin 55 prosenttia asukkaista suhtautui myönteisesti haastatteluun. Asukkaat vastailivat avoimesti ja ystävällisesti kysymyksiini. Suurin osa asukkaista suostui haastateltaviksi ja olivat motivoituneita vastaamaan kysymyksiin. Toinen puoli asukkaista suhtautui haastatteluun neutraalisti, he vastasivat kysymyksiini esittämättä sen kummempia

kommentteja. Kielteisesti suhtautuneita asukkaita ei ollut. Tämä saattoi johtua siitä, että asukkailla oli mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta etukäteen.

8.2 Asukkaiden ikä- ja sukupuolijakauma

Taulukosta 1 ilmenee, että tutkimukseen osallistuneista vanhustentalojen asukkaista (n=43) lähes kaksi kolmasosaa oli naisia ja runsas kolmannes miehiä. Vanhin tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli syntynyt vuonna 1907 ja nuorin vuonna 1940. Lähes kaksi kolmasosaa (65 %) asukkaista oli syntynyt 1920-luvulla. Vuosina 1907–1919 syntyneitä asukkaita oli noin 14 prosenttia, 1930-luvulla syntyneitä noin 19 prosenttia ja vuonna 1940 oli syntynyt noin 2 prosenttia tutkimukseen osallistuneista. Asukkaiden ikä vaihteli 65–89 vuoden välillä keski-ikä ollessa 80,3 vuotta. J-P. Roosin (1987, 53–54) sukupolviluokittelussa 1900-luvun kahtena ensimmäisenä vuosikymmenenä syntyneet kuuluvat "sotien ja pulan" sukupolveen. Yhteisiä elämää koskevia tapahtumia tämän ajan henkilöille ovat usein sekä kansalais- että talvi- ja jatkosodan muistaminen sekä elämän aktiivivaiheen toteutuminen näiden sotien välisenä aikana. 1920-luvun puolivälin ja 1930-luvun lopun välisenä aikana syntyneet kuuluvat "sodanjälkeisen jälleenrakennuksen ja nousun" sukupolveen. Tämä sukupolvi muistaa sota-ajan elävästi ja he ovat olleet aktiivi-ikässä heti sodan jälkeen tai sen kestäessä.

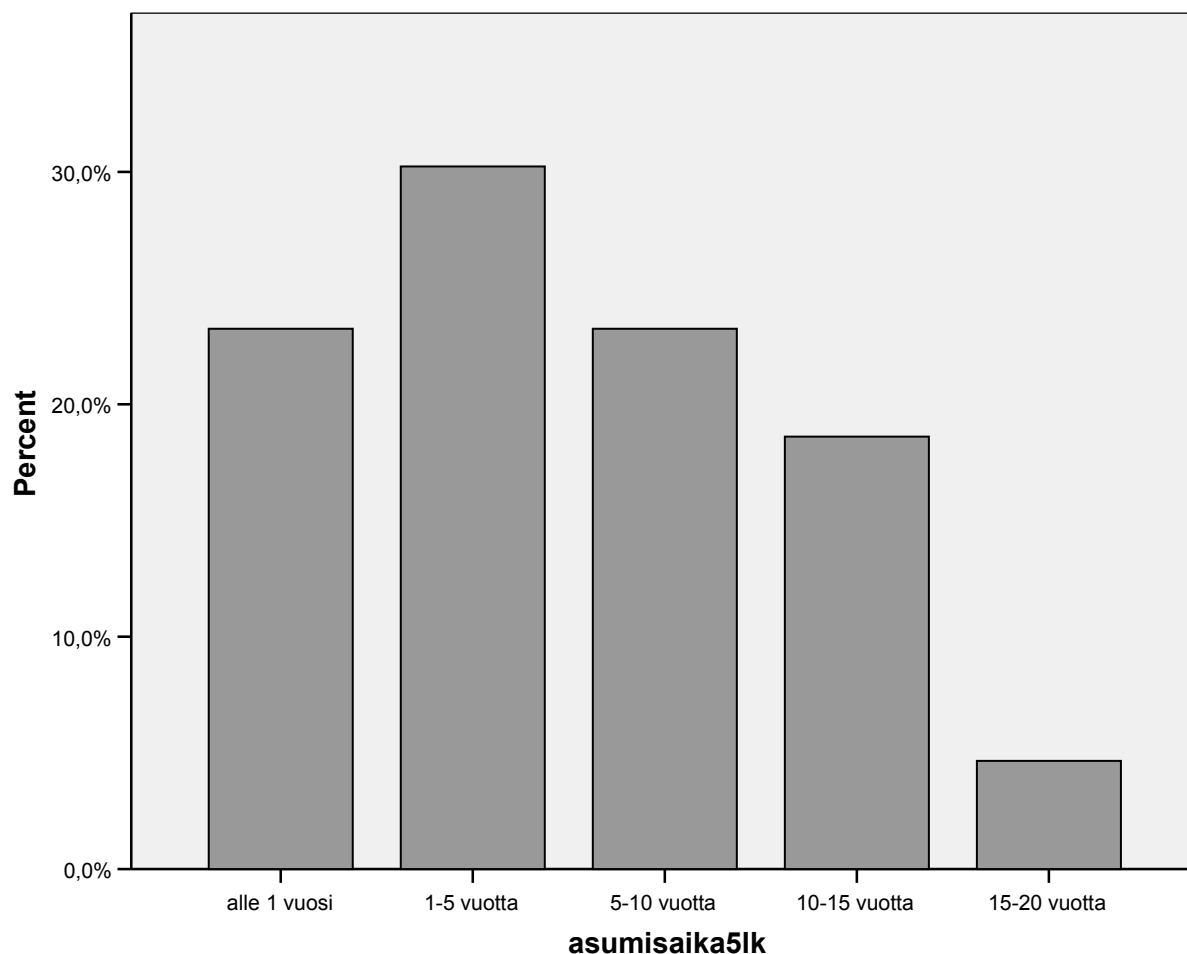
TAULUKKO 1 Asukkaiden ikä- ja sukupuolijakauma

	Mies		Nainen		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
65 - 75 vuotta	6	14	2	5	8	19
76 - 79 vuotta	3	7	5	12	8	19
80 - 85 vuotta	7	16	14	32	21	48
86 - vuotta	1	2	5	12	6	14
Yhteensä	17	39	26	61	43	100

8.3 Asumismuoto ja asumisen kesto

Suurin osa (noin 81 %) asukkaista asui yksin. Noin puolet asukkaista (48 %) tosin oli asunut yksin jo ennen muuttoaan vanhustentaloille; osa oli asunut koko ikänsä yksin, osa useita vuosia esimerkiksi puolison kuoleman jälkeen. Yksin asuvista lähes 63 prosenttia oli naisia. Yksin asuvista naisista 76–79-vuotiaita oli noin 23 prosenttia, runsas 54 prosenttia oli 80–85-vuotiaita ja yli 86-vuotiaita oli noin 23 prosenttia. Yksin asuvista miehistä noin 46 prosenttia oli 65–75-vuotiaita, noin 15 prosenttia oli 76–79-vuotiaita, noin 31 prosenttia oli 80–85-vuotiaita ja yli 86-vuotiaita oli noin kahdeksan prosenttia. Haastateltavista 28 prosenttia oli naimisissa. Naimattomia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli noin 21 prosenttia ja leskiä noin 42 prosenttia. Yksi asukas (noin 2 %) kertoi asuvansa avoliitossa, mutta avopuoliso asui pääosin Helsingissä. Avioliitossa olleita, mutta eronneita asukkaista oli noin seitsemän prosenttia. Neljä avioparia (noin 19 %) oli muuttanut yhdessä vanhustentaloille ja he asuvat edelleen yhdessä. Kahdeksan vanhustentalojen (noin 19 %) asukkaista oli muuttanut vanhustentaloille yhdessä puolisonsa kanssa, mutta tutkimushetkellä puoliso oli joko kuollut tai asui eri asuinpaikassa. Yhden asukkaan aviopuoliso asui vanhainkodissa, kahden asukkaan aviopuolisot asuivat tehostetun palveluasumisen yksikössä ja yhden asukkaan aviomies asui Kaunialan sotavammassairaalassa. Kaksi asukasta (noin 5 %) oli ennen muuttoa vanhustentaloille asunut yhdessä poikansa kanssa ja kaksi henkilöä (noin 5 %) yhdessä tyttärensä kanssa. Yksi asukkaista (noin 2 %) oli ennen muuttoa vanhustentaloille asunut yhdessä miesystävänsä kanssa ja yksi asukas (noin 2 %) oli asunut yhdessä sisarensa kanssa.

Kuvio 6 osoittaa, että runsas puolet (53 %) asukkaista oli asunut vanhustentaloilla yhdestä kymmeneen vuoteen. Kymmenestä viiteentoista vuoteen asuneita oli noin 19 prosenttia ja alle vuoden asuneita oli runsas 23 prosenttia vanhustentalon asukkaista. Yli 20 vuotta asuneita asukkaista oli noin viisi prosenttia. Keskimääräinen asumisaika oli noin kuusi vuotta.



KUVIO 6 Asukkaiden asumisaika vanhustentaloilla

8.4 Vanhustentaloille muuttamisen syyt

Asuminen vanhustentaloilla on edellyttänyt muuttoa pois tutusta asuinympäristöstä, rivitaloon lähelle kyläkeskustaa. 29 prosentilla (n=42) asukkaista keskeisenä syynä muuttoon oli ollut entisen asunnon / asuinympäristön puutteet. Osalla heistä ei aiemmassa asunnossaan ollut mukavuuksia, vedet piti kantaa edestakaisin ja vessa oli pihanperällä, talossa oli usein pelkästään puulämmitys ja monesti oli vielä muutama rappunenkin hankaloittamassa liikkumista. Heidän piti päästä pois puutteellisesti varustetuista omakotitaloista tai muuten hankalista asumisolosuhteista lähemmäksi palveluita mukavuuksilla varustettuun asuntoon. Haastateltavat toivatkin haastatteluissa selvästi esiin *”ettei ollut enää muuta mahdollisuutta kuin muuttaa pois”, ”oli pakko muuttaa”, ”en pärjännyt siellä enää, asunto sijaitti kolmannessa kerroksessa eikä talossa ollut hissiä.”* Eräs

pariskunta totesikin tähän liittyen, että *”pitää ajoissa muuttaa lähemmäksi palveluita.”* Asunnon puutteet yhdistettynä terveydellisiin syihin oli muuton syynä 14 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Asunnon puutteet sekä puolison sairastuminen oli ratkaisevana tekijänä muuttoon noin viidellä prosentilla vastaajista. Asunnon puutteiden voidaan todeta olleen vaikuttamassa lähes joka toisen asukkaan muuttopäätökseen. Alentunut yleinen toimintakyky; alentunut kyky huolehtia omakotitalon lämmityksestä, lumenluonnista ja ruoan laitosta oli syynä muuttoon noin seitsemällä prosentilla asukkaista. *”Kodissani oli kyllä kaikki mukavuudet, mutta en enää jaksanut hoitaa isoa pihaa ja tehdä lumitöitä ja lisäksi vielä kun samassa taloudessa asunut sisarenikin kuoli en enää selvinnyt näistä töistä, vaan piti muuttaa pois”* (89-vuotiaana vanhustentaloille muuttanut henkilö). Terveydelliset syyt olivat muuton pääasiallisena syynä runsaalla 12 prosentilla haastatelluista.

Aviopuolison sairaus oli muuttamisen syynä noin viidellä prosentilla asukkaista, omaisten huoli selviytymisestä noin kahdella prosentilla sekä turvattomuuden kokemus noin kahdella prosentilla haastatelluista. Eräs asukas koki asumisen kylätaajaman keskustassa rauhattomaksi ja halusi päästä asumaan rauhallisempaan ympäristöön. Yksinäisyyden mainitsi yksi asukas (noin 2 %) pääasiallisena syynä muuttoonsa vanhustentaloille. Kaksi asukasta (noin 5 %) kertoi asuneensa aiemmin omaistensa luona, mutta halusivat itse muuttaa pois omaan asuntoonsa. Kyse oli omasta viihtyvyydestä. *”Asuin tyttärenti luona, mutta halusin muuttaa pois.”* *”Täällä saa olla itse oma herransa – olen nauttinut siitä.”* Eräs asukas (noin 2 %) oli muuttanut vanhustentaloille viranomaisten suosituksesta. Muita muuton syitä oli yhteensä 15 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Eräs haastateltavista kertoi muuttaneensa Oulusta Punkalaitumelle heti sen jälkeen, kun hän oli päässyt eläkkeelle. Pääasialliseksi syyksi muuttoonsa hän kertoi sen, että veli perheineen asuu Punkalaitumella. Kahden asukkaan kohdalla paikkakunnalla ei ollut ratkaisevaa merkitystä muuttopäätöstä tehtäessä. Punkalaitumen vanhustentaloilla sattui vain sopivasti olemaan asunto vapaana ja kun asunnon vuokrakin oli vielä kohtuullinen ei esteitä muuttoon ollut. Eräs asukas kertoi olleensa asunnon tarpeessa siksi että kotitalo, jossa hän oli asunut lähes koko ikänsä, myytiin vanhempien kuoleman jälkeen. Eräs asukas kertoi halunneensa muuttaa maalle eläkepäivikseen asuttuaan sitä ennen useita vuosia Helsingissä. Hänellä on kesämökki Punkalaitumen naapurikunnassa, mutta kun vanhustentaloilla oli asunto vapaana, hän päätti muuttaa Punkalaitumelle. Eräs asukas kertoi elämäntilanteensa muuttuneen vaimon kuoleman (noin kuukausi sitten) jälkeen niin paljon, että hänen piti muuttaa vanhustentaloille selvittääkseen elämässä eteenpäin. Muuttoon vaikuttavana tekijänä ei yksikään vastaajista maininnut

liikkumisvaikeuksia, ihmissuhteisiin liittyviä tekijöitä, taloudellisia tekijöitä tai vaikeuksia saada apua entiseen kotiinsa.

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä noin 90 prosenttia oli muuttanut vanhustentalon asuntoon omasta kunnasta, vain kolme asukasta oli muuttanut toiselta paikkakunnalta ja yksi asukas oli muuttanut Ruotsista. Asukkaat kertoivat usein muuttaneensa itse rakentamastaan tai yhdessä puolisonsa kanssa rakentamastaan talosta vanhustentaloille. Tämä seikka toi muuttoon vielä oman haikeutensa, varsinkin jos asunto jäi muuton jälkeen tyhjilleen. Osa asukkaista kertoi lasten käyttävän entistä kotia loma-asuntonaan tai viettävänsä siellä itsekkin kesäisin muutaman viikon tai vain ”*käyvänsä siellä kesäisin saunassa*” kuten eräs asukas totesi. Asukkaista lähes kaikki (noin 95 prosenttia, n=38) oli muuttanut asumaan vanhustentaloille omasta halustaan.

8.5 Vanhustentaloille sopeutuminen

Voiko vanhustentalo olla koti tai tulla kodiksi? Kuinka asukkaat ovat sopeutuneet asumiseen vanhustentaloilla ja viihtyvät siellä? Kysyessäni heiltä ”Onko Teillä ikävä entiseen kotiinne?” (vastausvaihtoehtojen ollessa ei - joskus - usein) yksi asukas (noin 3 %, n=36) kertoi avoimesti ikävöivänsä usein entiseen kotiinsa. Hänen kohdalleen oli sattunut lyhyen ajan sisällä monta elämänmuutosta; vaimo oli kuollut kuukausi aikaisemmin ja hän itse oli muuttanut vanhustentaloilla vasta kaksi viikkoa ennen haastattelua. Suurin osa asukkaista, noin 78 prosenttia, ei myöntänyt ikävöivänsä entiseen kotiinsa, ”*ei parane ajatella asioita siltä kannalta, ei ollut muuta vaihtoehtoa.*” Osalla asukkaista (5 henkilöä, noin 14 %) entistä kotia ei enää ollut, koti oli myyty. ”*Kaikesta täytyy luopua.*” Noin 19 prosenttia haastatelluista kertoi ikävöivänsä joskus entiseen kotiinsa.

Tutkimuksessa kysymykseen ”Kuinka hyvin (erittäin hyvin - kohtalaisen hyvin - ei erityisen hyvin - ei lainkaan - ei osaa sanoa) olette mielestänne sopeutuneet asumaan vanhustentaloilla?” lähes 95 prosenttia asukkaista (n=38) vastasi sopeutuneensa asumiseensa erittäin hyvin tai kohtalaisen hyvin; ”*olen ottanut tämän kodikseni*”, ”*ei ole muuta vaihtoehtoa, kuin yrittää sopeutua*”, ”*kaikkeen tottuu*”. Kaksi asukasta (5 %) ei omasta mielestään ollut sopeutunut asumiseen vanhustentaloilla erityisen hyvin. Syiksi he mainitsivat oudon ympäristön, oudot ihmiset sekä oman kunnan heikkenemisen koko vanhustentaloilla asumisen ajan. 13 prosenttia asukkaista ei osannut arvioida sopeutumistaan vanhustentaloille osittain varmasti siitä syystä, että he olivat asuneet vanhustentaloilla vasta hyvin lyhyen aikaa; ”*kai se tästä lähtee menemään.*0

3, ” Sopeutumista ja viihtymistä kuvasivat seuraavat asukkaiden ilmaukset: ”*Tämä taitaa olla jo viidestoista paikka, missä asun elämäni aikana*” (Karjalasta kaksi kertaa evakkoon lähtenyt 80-vuotias aktiivisesti erilaisessa yhdistystoiminnassa mukana oleva rouva). ”*Kun muutin tänne en tuntenut ketään, enkä seitsemän vuoden jälkeenkään tunne kuin muutaman ihmisen täältä*” (naimaton naishenkilö, joka muutti eläkepäivikseen Punkalaitumelle). ”*Vähitellen olen siirtänyt tavaroitani tänne ja kyllä tämä vähitellen alkaa tuntumaan kodilta*”, ”*nämä esineet tuovat kodin tuntua*”, totesi eräs rouva esitellessään lapsenlapsensa hänelle lähettämää rottinkista astiaa, jonka lapsenlapsi oli lähettänyt hänelle lentokoneella kaukomailta. Astia oli matkalla pistelty täyteen reikiä (ilmeisesti tullu luullut sisältävän jotakin epäilyttävää), joten sisältönä olleet hedelmät olivat jo lähes pilaantuneet, kun lähetys saavutti mummon Punkalaitumella. Kuitenkin juuri tämän astian mummo halusi ottaa mukaansa siirtyessään omasta kodistaan vanhustentaloille asumaan.

Asukkaat esittelivät mielellään rakkaita esineitään, joihin liittyi erityisiä muistoja. Hyvin monien asuntojen seinältä löytyi ilmavalokuva, muu valokuva tai maalaus vanhasta kotitalosta. Toisten asukkaiden asunto oli hyvin täynnä tavaraa, toisilla lähes tyhjä: kalustuksenaan vain välttämättömät tavarat, vuode, pöytä ja televisio. ”*Jaoin pois lähes kaikki tavarani lapsille ja muille sukulaisille, sanoin, ettei niitä tänne kannata raahata*” (91-vuotias pari vuotta vanhustentaloilla asunut nainen). Asunnot olivat yleisesti ottaen siistejä ja viihtyisiä. Monet asukkaista muistelivat lämmöllä entistä kotia, joka oli rakennettu yhdessä puolison kanssa ja jossa oli yhdessä tehty työtä, hoidettu karjaa ja lapsia.

Kysymykseen, joka tutki tyytyväisyyttä asumisen suhteen tällä asuinalueella lähes 87 prosenttia (n=38) vastaajista oli tyytyväisiä (kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat uudelleen luokittelun jälkeen tyytyväinen - ei tyytyväinen eikä tyytymätön - tyytymätön - ei osaa sanoa) asumiseensa tällä asuinalueella. Ei tyytyväisiä, mutta ei myöskään tyytymättömiä asumiseensa asuinalueella oli asukkaista noin 13 prosenttia. Kukaan tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ei ollut tyytymätön asumiseensa vanhustentalojen alueella. Tyytyväisyyttään asuinalueeseensa ei osannut arvioida viisi asukasta (noin 13 %).

Ikäihmisten on todettu haluavan asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään palvelujen turvin. Tässä tutkimuksessa 44 prosenttia asukkaista (n=39) halusi asua mahdollisimman pitkään nykyisessä asunnossaan riittävien palvelujen turvin, vaikka kunto heikkenisikin nykyisestä. ”*Niin kauan kuin vähänkin pärjään, tykkään olla tässä*”, ”*mitäs hätää tässä minulla on*”, ”*kun tulen huonommaksi toivon saavani apua*” (91-vuotias toistaiseksi lähes itsenäisesti selviytyvä

naishenkilö). Osa heistä (noin 35 %) oli joskus kokeillut asumista palveluasunnossa lyhytaikaishoitopaikalla, mutta kokivat kuitenkin nykyisen asuntonsa monella tavalla mielekkäämmäksi. Noin 18 prosenttia asukkaista toivoi kunnan heikentyessä pääsevänsä asumaan palveluasuntoon. Noin 10 prosenttia (neljä asukasta) haastatelluista halusi muuttaa toimintakyvyn heikentyessä vanhainkotiin. Yksi heistä olisi halunnut välittömästi muuttaa asumaan vanhainkotiin (hakemus oli jo tehty) ja kolme asukasta siinä vaiheessa kun kunto olennaisesti heikkenee nykyisestä. Yksi asukkaista (2 %) vastasi kysymykseen näin: ”*toivon pääseväni hautausmaalle*” ja hän kuolikin kaksi viikkoa haastatteluni jälkeen. Lähes 26 prosenttia asukkaista ei osannut vastata kysymykseen. He käyttivät muun muassa seuraavia ilmaisuja asiaa kuvatakseen: ”*elän päivän kerrallaan*”, ”*en ole ajatellut*”, ”*ei sellaista voi funtsia, tulisin hulluksi*”, ”*kun ei itse vaan tulisi siihen kuntoon, että joutuisi vanhainkotiin maate*” tai ”*en osaa sanoa.*” Yksi asukkaista korosti erityisesti sitä, ettei halua ”*olla kenenkään (lasten) vastuksena.*”

8.6 Asuntoon liittyvät tekijät

Erityisesti 1970-luvulla rakennetuissa rivitaloissa vuosikymmeniä kestäneen asumisen jäljet näkyvät selvästi. Suurimmassa osassa asunnoista (noin 88 %, n=41) ei asukkaiden mukaan oltu tehty minkäänlaisia asukkaan selviytymistä parantavia muutostöitä koko heidän asumisensa aikana vanhustenkotiyhdistyksen toimesta. ”*Asuntooni ei ole tehty minkäänlaisia muutos- tai korjaustöitä koko tämän kymmenvuotisen asumiseni aikana.*” Asukkaiden selviytymistä parantaviksi muutostöiksi ei tässä yhteydessä ole laskettu koko vanhustentalojen lämmitysjärjestelmän uusimisesta johtuvia putkiremontteja. Marraskuulla vuonna 1999 vanhustentaloilla aloitettiin hakelämpökeskuksen rakentaminen ja uusi hakelämpökeskus valmistui toukokuussa 2000 (Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys Ry 1990; 2000). Asuntoon kohdistuvia muutos- tai korjaustöitä oli tehty yhteensä noin 12 prosentissa asunnoista. Kahdesta asunnosta oli poistettu kynnyksiä, kahteen asuntoon oli asennettu kiinteitä tukikahvoja ja -kaiteita ja yhden asunnon pesuhuoneen kaakeleita oli korjattu. Muutamaa (3) asuntoa olivat omaiset remontoineet ja maalailleet ennen läheisensä muuttoa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vanhustentalojen asunnoissa olisi paljon korjaamisen ja parantamisen tarpeita; 44 prosenttia asukkaista (n=41) toi esiin asuntoon liittyviä korjaustarpeita, monilla heistä oli useita toiveita asunnon suhteen. Maalauksen ja pintaremontin tarpeen toi esiin kolme asukasta (noin 7 %), valokatkaisijoissa (vessan, varaston, asuinhuoneiston) oli korjaamisen tarvetta kolmella asukkaalla (noin 7 %), lämmitysongelmia (asunto joko liian kuuma tai kylmä) oli

kolmessa asunnossa (noin 7 %), ulko-ovi tai ovien lukot eivät toimineet riittävän hyvin neljällä asukkaalla (noin 10 %), vesihanoissa oli ongelmia (hana tippui) kahdella asukkaalla (noin 5 %), pesuhuoneen viemärikaivo ei vetänyt kunnolla yhdessä asunnossa (noin 2 %). Lisäksi yhdessä asunnossa roikkui kattolista. Useiden asuntojen ovikellot eivät toimineet kunnolla. Kaksi asukasta mainitsi jääkaappinsa olevan epäkunnossa. Sokerimuurahaiset olivat kiusana kevät- ja kesäaikana joissakin asunnoissa. Ainakin yhdestä asunnosta puuttui palovaroitin, muiden asuntojen palovaroittimien kunnosta (esimerkiksi pattereiden toimivuudesta) ei ole tietoa. Eräs pariskunta moitti tuuletusikkunoiden toimimattomuutta. Eräs rollaattoria sisätiloissa liikkumisen apuvälineenä käyttävä rouva harmitteli sitä, ettei apuväline mahtunut vessaan, vaan hänen piti käyttää kävelyn apuvälineenä tuolia mennessään vessaan. Keittiön kaapit olivat kahden asukkaan mielestä liian korkealla ja yksi asukas toi esiin sähkökoskettimien vääränlaisen sijoittelun asunnossaan. Uusimmissa rivitaloasunnoissa asuvilta korjaustarpeita ei tullut esiin niin paljon, mutta näihin asuntoihin kaivattiin erityisesti takaovea. Tämän toiveen toi esiin kolme asukasta (noin 7 %). Uloskäynti rauhalliselle takapihalle erityisesti kesäaikana lisäisi viihtyvyyttä ja lisäksi toinen uloskäynti olisi turvallisuustekijä mahdollisen tulipalon sattuessa.

Asukkaat olivat asunnon lukuisista puutteista huolimatta tyytyväisiä (85 %, n=40) asuntoonsa (vastausvaihtoehdot hyvin tyytyväinen ja tyytyväinen). Melko tyytyväisiä haastatelluista oli 15 prosenttia. Asukkaat ilmaisivat tyytyväisyyttään muun muassa seuraavin ilmauksin: ”lämmän ja hyvä asunto”, ”lämmän kortteeri ja syöminen”, ”kelpaa mulle”, ”ihan hyvä”, mutta myös ”pakko tyytyä.” Tyytymätön tai hyvin tyytymätön asuntoonsa ei ollut kukaan tutkimukseen osallistuneista. Kysymykseen ”miten hyvä (erittäin hyvä - hyvä - tyydyttävä - melko huono - huono, analyysivaiheessa muuttuja luokiteltiin kolmiluokkaiseksi hyvä - tyydyttävä - melko huono) asuntonne on mielestänne kotona selviytymisenne kannalta?” noin 83 prosenttia asukkaista (n=40) vastasi asuntonsa olevan ”hyvän” kotona selviytymisensä kannalta, 15 prosenttia asukkaista vastasi asuntonsa olevan ”tyydyttävän” ja yksi asukas (noin 2 %) totesi asuntonsa olevan ”melko huonon” (haastateltava toivoi pääsevänsä vanhainkotiin) kotona selviytymisensä kannalta.

8.7 Asuin- ja lähiympäristön viihtyvyys ja turvallisuus

Asuin- ja lähiympäristön turvallisuus ja viihtyisyys nousevat erityiseen asemaan tarkasteltaessa ikäihmisten asumista. Tässä tutkimuksessa kulkuväylien kunnossapito vanhustentaloilla koettiin yleisesti ottaen olevan kunnossa. Kulkuväylät ovat asfaltoituja ja talvella ei asukkaiden mukaan ole ollut liukasta ja kulkuväylät ovat olleet hyväksi auratut. Vain yksi asukkaista (noin 2 %, n=40)

mainitsi kulkuväylien liukkauden talvisin tuottavan jonkin verran hankaluuksia asumiseensa. Sen sijaan oman asunnon ovenedustan pitäminen puhtaana lumesta kävi osalle asukkaista liian raskaaksi, joten heidän piti turvautua naapuriapuun tai pyytää talonmiestä erillistä korvausta vastaan auraamaan lumet. Yksi asukkaista harmittelikin kaatumistaan ihan oman kotioven edessä. Syynä saattoi olla keväällä auringon sulattaman veden jäätyminen yön aikana oman kotioven edustalle. Tämän seikan toi esiin kaksi muutakin asukasta yhtenä turvallisuusriskinä. Eräs asukas kertoi vanhustentalojen painuneen vuosien aikana niin, että nykyään on vaikeuksia saada varaston ovea auki. Hän kertoi havainneeksi vesien virtaavan korkeammalla sijaitsevalta kulkuväylältä päin vanhustentalon seinää. Tämä muodostuu ongelmaksi etenkin kevättalvella, jolloin vesi päivän aikana sulaa, mutta jäätyy yön aikana. Istuinpenkkejä koettiin yleisesti ottaen olevan riittävästi, tosin noin 13 prosenttia asukkaista toivoi pihaan saatavan lisää levähdyspaikkoja. Eräs asukas toivoi uutta keinoa, epäili vanhan olevan jo *”liian lahon.”* Muutama asukas (noin 8 %) totesi, että *”kyllä penkkejä tarpeeksi on, olisi vaan niillekin istujia.”* Pihapiirin valaistus koettiin riittäväksi. Yksi asukas tosin totesi, että on liiankin valoisa, kun *”aina jokin lamppu palaa.”* Seitsemän (noin 16 %) haastattelua osallistuneista asukkaista asui talon toisessa kerroksessa. Talossa ei ole hissiä. Kaksi heistä toi haastattelussa esiin huolensa siitä, ettei pääse enää kunnolla kulkemaan rappusia ja osittain siitä syystä ulkoilu on jäänyt vähäiseksi. *”Aiemmin kävin kiikussa istuskelemassa ja sai vähän jutella, viime kesänä en enää paljon jaksanut käydä ulkona”* (vanhustentaloilla 13 vuotta asunut 83-vuotias leskimies).

Maaston korkeuserot nousivat selvästi esiin asukkaiden vastauksissa elämää hankaloittavana asuinympäristöön liittyvänä tekijänä. Voimien heikentyessä liikkuminen hidastuu ja vaikeutuu; pienetkin kumpareet tuntuvat korkeilta ja raskailta liikkua. Reilu puolet vanhustentalon asukkaista (n=41) koki pihan (56 %) ja asuinympäristön (54 %) vaikeakulkuisuuden tuottavan jonkin verran hankaluuksia asumiseensa. 12 prosenttia koki pihan ja asuinympäristön vaikeakulkuisuuden hankaloittavan paljon elämäänsä, *”raskasta kelailta pyörätuolilla, kun on ylösmaata.”* Vanhustentalojen sijainti ”korkealla” suhteessa palvelukeskus Pakarin sijaintiin alempana toisella puolella ja keskustajaman sijaintiin toisella puolella koettiin ongelmalliseksi. *”Tyhjän kauppakassin kanssa saa huristella alaspäin, mutta kun kassit ovat täynnä ostoksia, silloin on myös ylämäki noustavana”,* *”kyllä levätä pitää välillä”* ilmaisivat asukkaat asuinympäristön hankaluuksia. Välimatka kylätaajamaan ei ole pitkä, lähimpään kauppaan on matkaa reilut puoli kilometriä, mutta alueen korkeuseron vuoksi kauppareissusta muodostui monille raskas. Onneksi paikallinen lähikauppa on tiedostanut tämän vaikeuden ja tarjoaa kauppa-auton palveluita vanhustentalojen asukkaille kaksi kertaa viikossa. Tämä palvelu oli monien asukkaiden suosima,

monille lähes välttämätön. Asukkaista 60 prosenttia mainitsi palvelujen sijaitsevan kaukana ja näin tuottavan hankaluuksia asumiseensa jonkin verran. Osa asukkaista ei enää käy itse kävellen tai pyörällä asioilla kyläkeskuksessa, vaan he tarvitsevat kyydin tai toisen henkilön hoitamaan asioitaan. Asuinympäristöä piti rauhattomana noin seitsemän prosenttia vastaajista ja he kokivat tämän hankaloittavan jonkin verran asumistaan vanhustentaloilla.

Talonmiestä monet asukkaista kehuivat kovasti; hänen ystävällisyyttään ja ennen kaikkea avuliaisuuttaan. Hän tekee monet pienet remontit, kuten lampunvaihdot sekä hanojen korjaukset. Sitä työtä vanhustentaloilla tuntuu riittävänkin. Lisäksi hän toimii "oivana talonvahtina", turvallisuustekijänä parhaasta päästä. *"Talonmies on sanonut, että aina saa soittaa, jos tarvitsee apua."* Hän ajaa pois kaupustelijat ja muut kiertolaiset, joita vanhustentaloille tuntuu eksyvän kieltotauluista huolimatta. *"Soitetaan heti talonmiehelle, jos mustalaisia näkyy kiertelemässä, hän tulee ajamaan ne pois."* Tämän sain minäkin henkilökohtaisesti kokea, kun haastattelujen tekemistä aloitellessani olin ensimmäisenä kotikäyntipäivänäni toisessa paikassani, kun talonmies tuli kysymään, että kuka minä olen ja millä asialla liikun vai olenko minä se haastattelujentekijä, josta vanhustenkotiyhdistyksen hallitusta oli informoitu. *"Kun parkkipaikalla oli vieras auto!"* Tapaamisemme jälkeen sain tehdä haastatteluni rauhassa. Talonmiehen nimipäiväkahvit makkaranpaistoinen pihan grillikatoksessa kesällä tuntui olevan monelle asukkaille lähes kesän kohokohta. Vanhustentaloilla on postilaatikko, johon asukkaat voivat jättää palautetta ja toiveita talonmiehelle.

Lähes kaikki (95 %, n=42) vanhustentalojen asukkaista tunsivat olonsa turvalliseksi kotona ja kodin ulkopuolella. Turvallisuuden tunnetta kuvaavat seuraavanlaiset asukkaiden ilmaukset; *"ei täällä tarvitse pelätä"* tai *"kun on kokenut sota-ajan osaa antaa arvoa rauhallisille olosuhteille"* (Helsingissä sota-aikana talon kellareissa majoillut 83-vuotias rouva). Kaksi asukkaista (noin 5 %) tunsu olonsa turvattomaksi; toisella heistä oli erilaisia pelkotiloja ja pahat ajatukset vaivasivat häntä. Hän toivoikin pääsevänsä syksyllä asumaan vanhainkotiin. Toinen vastaajista kertoi tuntevansa olonsa turvattomaksi liikkeessaan kodin ulkopuolella. Yksi asukas empi vastauksessaan. Hän oli muutama vuosi sitten joutunut varkauden kohteeksi omassa kodissaan vanhustentaloilla; häneltä oli muun muassa varastettu rahaa, mutta ei kuitenkaan pahoinpidelty. Turvallisuutta luovina tekijöinä asukkaat mainitsivat kotihoitohenkilöstön käynnit, turvapuhelimen, omaiset ja talonmiehen. Vanhustentalojen asukkaista noin 16 prosentilla oli käytössään turvapuhelin. Lähes kaikki asukkaat pitivät ulko-ovensa lukittuna päivälläkin. Osa vanhustentalojen asukkaiden turvallisuusstrategiaa oli turvattomuutta aiheuttavien paikkojen välttäminen. Kuusi asukasta (noin 14 %) kertoi, etteivät he

juurikaan liiku enää kodin ulkopuolella, eivät ainakaan yksin ja iltasella tai liikkuvat ainoastaan kesällä. Tiedustellessani tarkemmin mahdollisia turvattomuuden aiheuttajia, 17 asukasta (40 %) vastasi eniten pelkäävänsä ”*kaupustelijoita ja kulkukauppiaita*”, ”*kerjäläisiä*”, ”*mustalaisia*” tai ”*tummiä poikia*” (tarkoittaen ilmeisesti pakolaisten vastaanottokeskuksen asukkaita). Kaksi asukasta (noin 5 %) kertoi naapurin käyneen pyytämässä rahaa, tupakkaa tai alkoholia. Kyseinen henkilö ei enää asu vanhustentaloilla. Kaksi asukkaista (noin 5 %) kertoi pitävänsä ulko-oven viereisessä kaapissa esinettä, jolla tarvittaessa voi häätää tunkeilijat pois. Kertoipa yksi asukas (noin 2 %) kaapissa olevan asekin. Naapureina asuvia nuoria, maahanmuuttajia tai päihdeongelmaisia ei kukaan asukkaista maininnut erityisesti turvattomuutta aiheuttavina tekijöinä; ”*kyllä täällä viinaa juodaan, mutta niin kauan kuin pysyvät omissa kämpissään ei siitä haittaa ole.*” Asukkaiden kertoman mukaan, jos jotakin järjestyshäiriötä vanhustentaloilla oli joskus ollut se oli ollut ikääntyneempään väestönosaan kuuluvien asukkaiden aiheuttamaa. Eräs asukas kertoi naapurin soittaneen poliisit paikalle ”*siitä syystä, kun soitin liian kovaäänisesti kasetteja, poliisien tullessa paikalle sanoin poliiseille, että minäkö se olenkin tämän yhteiskunnan tosirikollinen!*” Kukaan haastateltavista ei ollut sitä mieltä, että vanhustentaloilla pitäisi asua vain iäkkäitä ihmisiä.

Vanhustentalojen asukkaista (n=38) yli puolet (noin 61 %) koki taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi / kohtalaiseksi, noin 26 prosenttia hyväksi ja noin 13 prosenttia huonoksi. Suurimpina menoerinä asukkaat mainitsivat korkeat lääkekulut. Asuntojen vuokraa pidettiin yleisesti ottaen varsin kohtuullisena. Asunnon vuokran suuruutta ei kukaan asukkaista maininnut taloudellista turvattomuutta aiheuttavana tekijänä.

8.8 Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen

Liikkuessani vanhustentaloilla useana päivänä kiinnitin huomiota kahteen rouvaan, jotka näin usein menevän toisilleen kyläilemään. Kysyessäni heiltä haastattelutilanteessa naapureiden merkityksestä kumpikin korosti hyvän naapuruussuhteen merkitystä; he muun muassa lainasivat toisilleen päivän lehtiä ja tekivät yhdessä käsitöitä. He toivat esiin myös sen turvallisuuden tunteen, jonka naapurin huolenpito loi. Toinen rouvista (82-vuotias eläkkeellä oleva postinjakaja) ihmettelikin kovasti, miten ”*on mahdollista, että joku vanha ihminen voi olla asunnossaan kuolleena monta päivää.*” (Liittyen tapaukseen, kun noin vuosi aikaisemmin vanhustentaloilla oli eräs iäkäs ihminen ollut asunnossaan kuolleena pari päivää.)

Tämän tutkimuksen Sosiaalinen verkosto ja osallistuminen -osiossa tutkittiin asukkaiden sosiaalisia suhteita lapsiin, sukulaisiin ja naapureihin, asukkaiden osallistumista kodin ulkopuoliseen toimintaan sekä heidän halukkuuttaan osallistua ohjattuun toimintaan mikäli toimintaa vanhustentaloille järjestettäisiin. Vanhustentalojen asukkaista 70 prosentilla oli lapsia. Lasten lukumäärä vaihteli yhdestä yhdeksään. Lapsenlapsia oli 57 prosentilla (n=42) asukkaista. Päivittäin vierailtiin noin 27 prosentilla (n=41) asukkaista. Vierailijoina olivat muut kuin kotihoidon työntekijät. Useimmiten vierailija oli lapsi, mutta usein myös joko nykyinen tai entinen naapuri. Yhden asukkaan (noin 2 %) luona kävi säännöllisesti Suomen Punaisen Ristin ystävä. Viikoittain vierailtiin noin 41 prosentilla, kuukausittain 22 prosentilla ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa vierailtiin noin kymmenellä prosentilla asukkaista. *"En vaadi lapsiani käymään"* totesi eräs haastateltavistani tähän liittyen. Kysymykseen "Kuinka usein itse vieraillette tai käytte toisten luona" vastaukset jakaantuivat seuraavasti. Päivittäin toisten luona vieraili vain noin 5 prosenttia asukkaista (n=41); *"käyn katsomassa vaimoani Saimikodilla joka päivä"*, *"naapurissa käyn."* Viikoittain vieraili toisten luona noin 37 prosenttia, kuukausittain noin 22 prosenttia ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa noin 24 prosenttia haastateltavista. Noin 12 prosenttia asukkaista ei vierailut koskaan toisten luona. Tästä esimerkkinä oli eräs vanhustentalojen asukas, jonka sisar asui myös vanhustentaloilla, mutta he eivät olleet missään tekemisissä keskenään, *"saa sisar olla omissa oloissaan"* totesi haastateltavani. Liikkumisongelmat nousivat keskusteluissa usein esille; *"menisin, jos saisin kyytiä"*, *"kesällä vähän useammin kyläillään, kun poika ajeluttaa."* Totesipa yksi asukas, että *"enemmän täällä näkee ihmisiä kuin Kanteenmaassa"*, mutta toinen asukas puolestaan, että *"hiljaista on, kamalan hiljaista, kukin on omissa oloissaan."*

Muutettaessa vanhustentaloille luontaiset yhteydet naapureihin katkeavat eikä vanhustentaloilla välttämättä muodostu uusia naapuruussuhteita menetettyjen tilalle. Nykyisiä naapureitaan tapasi päivittäin noin 13 prosenttia asukkaista (n= 41), viikoittain runsas 29 prosenttia, *"kun käyn ulkona, niin siinä nähdään"*, kuukausittain noin 24 prosenttia ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa tapasi nykyisiä naapureitaan noin 29 prosenttia asukkaista. Nykyisiä naapureitaan ei tavannut koskaan kaksi asukasta (noin 5 %); *"en ole ehtinyt vielä tutustumaan naapureihini, kun olen asunut vanhustentaloilla vasta kaksi viikkoa"*, kertoi eräs asukas. Asukkaat kertoivat tapaavansa ja tutustuvansa vanhustentalojen asukkaisiin erityisesti käydessään palvelukeskus Pakarin palvelupäivässä, Suomen Punaisen Ristin kerhossa kerhuhuoneella tai kauppa-autolla. Tutkimuksessa ei tosin ollut mainintaa siitä, mitä tapaamisella tässä yhteydessä tarkoitetaan, joten voidaan olettaa, että tässä yhteydessä tapaamisella tarkoitetaan yhtä hyvin muutaman sanan vaihtamista sattumalta kohdattaessa kuin ennalta suunniteltuja kyläilyjäkin.

Taulukkoon 2 on koottu yhteenvetoa asukkaiden sosiaalisesta kanssakäymisestä tapaamisten muodossa. Tuloksista voidaan todeta, että sukupuolen mukaan tarkasteltuna miehillä tapaamiset muiden kuin kotihoidon työntekijöiden kanssa näyttäisivät useimmiten olevan kuukausittain tai harvemmin tapahtuvia, naisilla puolestaan yhteydenpito tapaamisten muodossa näytti olevan useimmiten viikoittaista. Tuloksista voidaan päätellä, että niitä, joilla ei omien käsitystensä mukaan ollut juurikaan sosiaalista kanssakäymistä henkilökohtaisten tapaamisten muodossa muiden kuin kotihoidon työntekijöiden kanssa oli miehissä noin seitsemän prosenttiyksikköä enemmän. Iän mukaan tarkasteltuna tulos noudatti tutkimuksen yleistä jakaumaa; vilkkainta sosiaalinen kanssakäyminen oli molemmilla sukupuolilla 80–85-vuotiaiden ikäryhmässä. Iäkkäämmillä asukkailla näyttäisi olevan enemmän tapaamisia kuin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvilla.

TAULUKKO 2 Asukkaiden sosiaalinen kanssakäyminen henkilökohtaisten tapaamisten muodossa sukupuolen ja iän mukaan

Tapaamiset (muiden kuin kotihoidon työntekijöiden kanssa)											
Sukupuoli	Ikä	Päivittäin		Viikoittain		Kuukausittain tai harvemmin		Ei koskaan		Yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
(n=123)											
Mies	65 - 75 vuotta	2	11	5	28	9	50	2	11	18	100
	76 - 79 vuotta	1	20	2	40	1	20	1	20	5	100
	80 - 85 vuotta	4	18	6	27	10	46	2	9	22	100
	86 - vuotta	-	0	-	0	-	0	-	0	0	100
Yhteensä		7	16	13	29	20	44	5	11	45	100
Nainen	65 - 75 vuotta	-	0	2	34	4	66	-	0	6	100
	76 - 79 vuotta	2	13	4	27	8	53	1	7	15	100
	80 - 85 vuotta	4	9	26	61	12	28	1	2	43	100
	86 - vuotta	6	43	2	14	5	36	1	7	14	100
Yhteensä		12	15	34	44	29	37	3	4	78	100

Puhelimitse yhteydessä sukulaisiinsa, läheisiinsä tai tuttaviansa oli päivittäin 30 prosenttia haastateltavista (n=40); ”joka ilta joku lapsista soittaa”, ”sisar soittaa joka päivä” sekä viikoittain 45 prosenttia asukkaista. Kuukausittain puhelimitse yhteydessä läheisiinsä oli noin 18 prosenttia asukkaista ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa yhteyttä puhelimitse piti noin seitsemän prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä, ”kun ei ole asiaa, niin ei sitten soitella.”

Tutkimukseen osallistuneista asukkaista (n=40) lähes 68 prosenttia oli sitä mieltä, että heillä oli riittävästi yhteydenpitoa toisten ihmisten kanssa. ”Enemmän täällä on seuraa kuin Jalasjoella, maalla on niin hiljaista.” 32 prosenttia asukkaista haluaisi enemmän yhteydenpitoa toisten ihmisten kanssa; ”saisi vähän jutella”, ”juttukaveria kaipaa”, ”sukulaiset saisivat olla lähempänä”, ”tarttis kai käskeä.” Harvempaa yhteydenpitoa toisten ihmisten kanssa ei halunnut kukaan tutkimukseen osallistuneista henkilöistä.

Kodin ulkopuoliseen toimintaan esimerkiksi yhdistys- / järjestötoimintaan, kerhoihin, seurakunnan tilaisuuksiin osallistui viikoittain noin 24 prosenttia (n=41) asukkaista. ”Minulla on jo lähes joka päivälle jotakin toimintaa, parhaimmille päiville osuu kaksikin eri tilaisuutta” kertoi eräs yhdistystoiminnassa aktiivisesti mukana oleva rouva. ”Osallistun Suomen Punaisen Ristin, Marttojen, Sydänpiirin, Eläkeliiton sekä Karjala-naisten toimintaan ja lisäksi olen mukana veteraanijärjestön toiminnassa.” Vanhustentalojen kerhohuoneessa kokoontuu joka toinen tiistai Suomen Punaisen Ristin järjestämä kerho. Tämä kerho onkin ainoa säännöllisesti kokoontuva ryhmä vanhustentaloilla ja tuntui olevan hyvin pidetty toimintamuoto asukkaiden keskuudessa. Lähes 44 prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kertoi käyvänsä säännöllisesti tässä kerhossa. Tosin eräs asukas totesi, että ”siellä vaan veisataan ja juorutaan, en ole lähtenyt siihen juorumyllyyn”, ”kerran kävin, lähdin iloisena, mutta tulin surullisena pois.” Harvemmin kuin kerran kuukaudessa kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistui kaksi asukasta (noin 5 %). Eräs asukas kertoi osallistuvansa vain talonmiehen järjestämään toimintaa vanhustentaloilla ei muuhun. Lähes 27 prosenttia asukkaista ei ollut osallistunut kodin ulkopuoliseen toimintaan, ”en ole rohjennut mennä”, ”en ole viitsinyt mennä” (SPR:n kerhoon), ”en tykkää, siellä on liikaa Jumalan sanaa” (palvelukeskuksen toiminta).

Erityisesti tämän kysymysten kohdalla nousivat esille ne erilaiset vaikeudet, jotka hankaloittavat osallistumista kodin ulkopuoliseen toimintaan. Lähes 60 prosenttia (n=42) asukkaista koki itsellään olevan vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella. Suurimpina vaikeuksina mainittiin erilaiset liikkumisvaikeudet; useimmiten terveydellisistä syistä johtuvat kuten huimaus,

hengenahdistus, kipeät polvet ja selkävaivat. Yksi asukas mainitsi erilaisten pelkotilojen haittaavan osallistumista kodin ulkopuoliseen sosiaaliseen toimintaan. Noin 12 prosenttia haastateltavista olisi halunnut osallistua enemmän kodin ulkopuoliseen toimintaan, mikäli he olisivat saaneet kyydin.

Kysymykseen "Haluaisitteko enemmän vai vähemmän yhdessäoloa muiden vanhustentaloilla asuvien kanssa?" 45 prosenttia asukkaista (n=40) toivoi vanhustentaloille paljon enemmän tai hieman enemmän yhdessäoloa. *"Ne vanhat mummot ovat kuolleet, joiden kanssa oltiin tekemisissä, jotakin yhdessäoloa sitä kaipaisi."* Nykyinen toiminta riitti 45 prosentille asukkaista; *"käyn SPR:n kerhossa ja se riittää", "olemme paljon poissa vanhustentaloilta"* (autoileva pariskunta), *"se on itsestä kiinni, yhdessäoloa saa jos haluaa."* Kukaan tutkimukseen osallistuneista asukkaista ei halunnut vähemmän yhdessäoloa. Noin 10 prosenttia haastateltavista ei osannut vastata kysymykseen.

Kysyttäessä asukkailta heidän halukkuudestaan osallistua vanhustentaloilla mahdollisesti järjestettävään toimintaan lähes puolet (47 %) asukkaista ilmaisi halukkuutensa osallistua toimintaan mikäli sellaista järjestettäisiin. Osa asukkaista halusi osallistua useampaan toimintamuotoon, mikäli toimintaa järjestettäisiin. Taulukkoon 3 on kirjattu vain vastaajien ensisijainen toive. Mahdollisista yhteisistä toimintamuodoista asukkaat toivoivat eniten yhteisiä kahvihetkiä *"grillijuhlaa kesällä", "pikkujoulua"*, lisäksi toivottiin seurakunnan ja / tai erilaisten järjestöjen toimintaa: muun muassa *"käsityöpiiriä"*, (Marttojen järjestämänä ollutkin joskus aiempina vuosina). Eräs asukkaista toivoi erityisesti ulkona tapahtuvaa ohjattua liikuntaa esimerkiksi yhteisiä pallopelejä (petanqueta). Lisäksi kolme asukasta (7 %) ilmaisi halukkuutensa näin: *"tansseja", "mitä vaan toimintaa, kunhan jotakin tapahtuisi", "ihan mitä vaan."* Noin joka kolmas (35 %) vastaajista ei ollut halukas osallistumaan tai empivät vastauksissaan, *"voisin osallistuakin, riippuu toiminnasta". "Kirkkoon voisi mennä jos olisi kyyti ja kaveri." "Ei tulisi lähdettyä kuitenkaan, vaikka toimintaa olisikin", "ei tulisi lähdettyä, en rohkene mennä", "olen mielelläni omissa oloissani" tai "en tunne itseäni vanhaksi", "en halua osallistua" tai "en kaipaa enempää toimintaa, ajan vielä itse autoa"* sain myös vastaukseksi tiedustellessani halukkuutta osallistua vanhustentaloilla mahdollisesti järjestettävään toimintaan. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä yhteensä 18 prosenttia ei osannut sanoa halukkuudestaan tai ei vastannut lainkaan tähän kysymykseen.

TAULUKKO 3 Asukkaiden halukkuus osallistua vanhustentaloilla mahdollisesti järjestettävään toimintaan

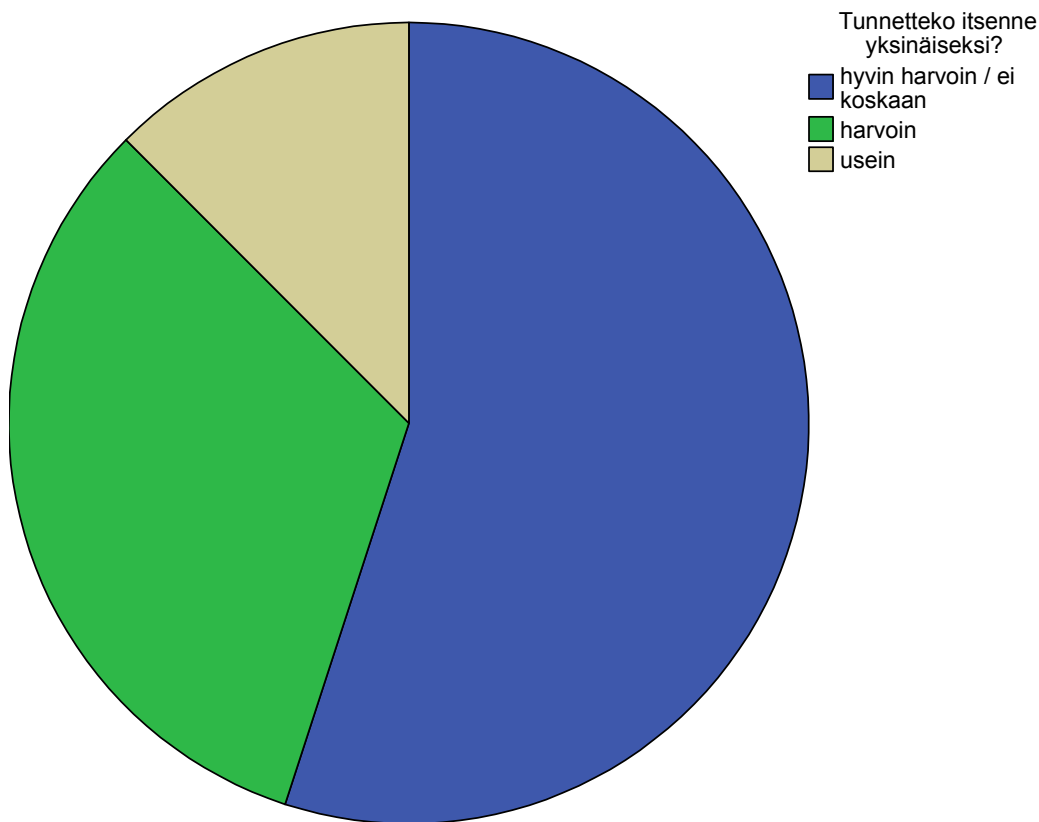
Halukkuus osallistua toimintaan		
	n	%
a) ohjattu liikunnan harrastaminen	1	2
b) seurakunnan / järjestön järjestämä toiminta	6	14
c) yhteiset kahvihetket	10	24
d) muistelupiiri	0	0
e) tietokoneen käytön opettelu	0	0
f) talkootoiminta	0	0
g) muu toiminta	3	7
ei halua osallistua toimintaan	15	35
ei osaa sanoa	4	9
ei vastausta	4	9
Yhteensä	43	100

Kotonakin voi harrastaa monenlaista, mutta selvästi vähemmän kuin kodin ulkopuolella. Vanhustentalojen asukkaiden kotona tapahtuvia harrastuksia olivat muun muassa lukeminen, käsityöt esimerkiksi sukkien kutominen ja himmeleiden tekeminen, kotivoimistelu sekä television katselu. Vanhustentalojen asukkailla en kenenkään kotona havainnut olevan tietokonetta. Kahdella vanhustentalon asukkaalla oli kissa seuranaan.

Jatkaessani pitempään keskustelua aiheesta, monet vanhustentalon asukkaista alkoivat muistelemaan aikaa, jolloin kaikki istuinpenkit olivat iltaisin täynnä, grillattiin yhdessä makkaraa ja osallistuttiin kesäretkille. ”*Se oli mukavaa, silloin kun muutettiin (12 vuotta sitten) niin aina oli*

penkit täynnä istujia, grillattiin makkaraa ja joskus oli haitarinsoittaja.” ”Nyt on hiljaista, kamalan hiljaista, kukin on omissa oloissaan.” ”Silloin tehtiin joka kesä kesäretki, linja-autolla mentiin ja aina oli auto täynnä, se oli mukavaa.” Uusien sosiaalisten suhteiden luominen ei iäkkäänä ole välttämättä helppoa, osa ystävistä ja oman sukupolven edustajista on jo kuollut. Asukkaat ilmaisivat tuntemuksiaan muun muassa seuraavin ilmauksin: *”kaikki on jo kuolleet, minä vaan ainoana enää oon hengissä”, ”meitä oli kahdeksan sisarusta, mutta muut (seitsemän) ovat jo kuolleet.”* Ikääntyneen henkilön muuttaessa kyläkeskustaan yhteydenpito entisiin ystäviin ja naapureihin saattaa vähentyä ja kun terveys ja toimintakyky heikkenevät jää yhteydenpito vähiin puolin ja toisin.

Tässä tutkimuksessa vanhustentalojen asukailta kysyttiin myös heidän mahdollisesta yksinäisyydestään; "Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?". Vastausvaihtoehtojen ollessa hyvin harvoin / ei koskaan - harvoin - usein - melkein aina (uudelleen luokittelun jälkeen vastausvaihtoehdot olivat hyvin harvoin / ei koskaan - harvoin - usein).



KUVIO 7 Asukkaiden kokema yksinäisyys

Kuviosta 7 ilmenee, että reilu puolet tutkimukseen osallistuneista henkilöistä (55 %, n=40) tunsi itsensä yksinäiseksi hyvin harvoin tai ei koskaan. ”*Olen tottunut elämään yksin*”, ”*teen käsitöitä ja luen, siinä minulle seuraa*”, ”*tykkään olla omissa oloissani*”, ”*luen kirjallisuutta ja lenkkeilen*”, ”*en tunne itseäni yksinäiseksi*”, ”*minulla on naisystävä Turussa, käyn siellä ja hän käy täällä, en tunne oloani yksinäiseksi, pääsen vielä ajelemaan autolla.*” Harvoin (ajoittain) yksinäisyyttä tunsi reilut 32 prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Usein yksinäiseksi itseään tuntevia oli noin 13 prosenttia haastateltavista. Heistä kahden aviopuoliso oli kuollut viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana ja he olivat asuneet vanhustentaloilla vasta lyhyen aikaa. Yksi heistä koki toimintakykynsä menneen koko vanhustentaloissa asumisen ajan alaspäin ja neljän asumivuoden jälkeenkin hän koki vanhustentalot vieraana paikkana asua ja olonsa usein yksinäiseksi. Yksi asukas kertoi muuton (muuttanut noin vuosi sitten) olleen suuri muutos elämässään; ”*elämä on täällä niin erilaista kuin kotona*” ja tunsi olonsa usein yksinäiseksi. Eräs asukas kaipasi kovasti juttukaveria ja koki ainaisen hiljaisuuden ahdistavana. Melkein aina itsensä yksinäiseksi kokevia ei haastateltavissa ollut. Taulukossa 4 on tarkasteltu asukkaiden kokemaa yksinäisyyden kokemusta sukupuolen ja iän mukaan. Tulosten mukaan yksinäisyys näyttäisi painottuvan vanhimpiin ikäluokkiin. Sukupuolen suhteen tarkasteltuna miehillä yksinäisyys näyttäisi lisääntyvän iän myötä, mutta naisilla ei tällaista yhteyttä havaittu. Usein yksinäiseksi itsensä tunsi noin joka kahdeksas tutkimukseen osallistuneista asukkaista.

TAULUKKO 4 Aukkaiden kokema yksinäisyys sukupuolen ja iän mukaan

Koettu yksinäisyys									
Sukupuoli	Ikä	Hyvin harvoin / ei koskaan		Harvoin		Usein		Yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%
(n=40)									
Mies	65 - 75 vuotta	5	100	-	0	-	0	5	100
	76 - 79 vuotta	2	100	-	0	-	0	2	100
	80 - 85 vuotta	3	50	2	33	1	17	6	100
	86 - vuotta	-	0	-	0	1	100	1	100
Yhteensä		10	72	2	14	2	14	14	100
Nainen	65 - 75 vuotta	-	0	1	100	-	0	1	100
	76 - 79 vuotta	2	33	4	67	-	0	6	100
	80 - 85 vuotta	8	57	4	29	2	14	14	100
	86 - vuotta	2	40	2	40	1	20	5	100
Yhteensä		12	46	11	42	3	12	26	100

8.9 Päivittäisistä perustoiminnoista selviytyminen ja apuvälineiden käyttö

Tässä tutkimuksessa päivittäisillä perustoiminnoilla (PADL-toiminnot) tarkoitettiin henkilön selviytymistä liikkumisesta sisällä ja ulkona, pukeutumisesta ja peseytymisestä sekä syömisestä ja WC-toiminnoista selviytymistä. Päivittäisistä perustoiminnoista selviytymisen arvioinnissa käytettiin haastattelulomakkeen lisäksi RAVA-mittaria.

RAVA-toimintakykymittarin (n=42) tulosten mukaan liikkuminen sujui normaalisti (kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä, kävelykeppi sallitaan) lähes 67 prosentilla asukkaista. Kävely oli epävarmaa (esiintyy esimerkiksi horjahtelua, tarvitsee tuekseen esimerkiksi kolmpistekepin) noin 12 prosentilla asukkaista. Henkilöitä, jotka tarvitsivat liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä oli noin 14 prosenttia. Asukkaista itsenäisesti pyörätuolilla liikkuvia (omatoimisesti siirtyviä) oli noin viisi prosenttia ja pyörätuoliin nostettavia (1–2 henkilön avustamana) oli noin kaksi prosenttia .

Asukkaat voivat kompensoida toimintakykynsä heikkenemistä erilaisten apuvälineiden avulla. Lomakehaastattelun tulosten mukaan asukkaista runsas puolet (noin 54 %) selviytyi liikkumisesta sisätiloissa ilman apuvälinettä, mutta lähes toinen puoli (46 %) haastatelluista tarvitsi päivittäisen liikkumisensa avuksi apuvälineen. Liikkumisen apuvälineen käyttö sisätiloissa oli päivittäistä tai lähes päivittäistä. Liikkuessaan ulkona asukkaat turvautuivat vielä useammin apuvälineeseen. Asukkaista noin 70 % vastasi tarvitsevansa apuvälineen päivittäin ja lähes päivittäin liikkuessaan ulkona. Noin seitsemällä prosentilla asukkaista oli käytössään pyörätuoli heidän liikkuessaan ulkona. Yleisin liikkumisen apuväline oli rollaattori. Muita käytössä olleita liikkumisen apuvälineitä olivat potkupyörä, pyöräkelkka, kävelykeppi, kyynärsauva ja kainalosauva. Yksi asukas kertoi, ettei hän liiku lainkaan yksin ulkona, vaan tarvitsee aina kaverin lähtiessään ulos. Uusien apuvälineiden tarvetta tai entisten apuvälineiden parannustarvetta tutkimuksessa todettiin noin 12 prosentilla haastatelluista.. Erot tuloksissa selittyvät osittain sillä, että RAVA-mittarissa ei eroteltu liikkumista ulkona ja sisällä ja omatoimisesti liikkuvaksi määriteltiin myös henkilö, joka käytti apuvälineenään kävelykeppiä.

RAVA-toimintakykymittarin tulosten mukaan päivittäisistä perustoiminnoista pukeutumisesta selviytyi omatoimisesti (tiedostaa pukeutumistarpeen ja pukeutuu omatoimisesti asianmukaisesti) 88 prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Noin 12 prosenttia asukkaista oli osittain tai täysin autettavia pukeutumisessa. Erityisiä pukeutumisen apuvälineitä (esimerkiksi sukanvetolaite) ei asukkailla ollut käytössä.

Peseytymisestä noin 62 prosenttia asukkaista selviytyi omatoimisesti (tiedostaa peseytymistarpeen, mutta saattaa tarvita apua esimerkiksi selän pesussa). Osittain apua tarvitsevia (esimerkiksi selän ja jalkojen pesu) tai täysin autettavia peseytymisessä oli 38 prosenttia asukkaista. Osa asukkaista (noin 19 %) kävi palvelupäivänään palvelukeskuksessa saunassa ja osaa (noin 14 %) auttoi kotihoitohenkilöstö peseytymään joko oman asunnon pesutiloissa tai vanhustentalon saunassa.

Peseytymisapua asukkaat (noin 5 %) kertoivat saavansa myös omaisilta ja yksi asukas kertoi käyvänsä yhdessä naapurin kanssa löylyttelemässä. Peseytymisen apuvälineistä suihkutuoli oli käytössä päivittäin tai toisinaan noin 14 prosentilla asukkaista. WC-toimintojen suhteen yhdellä asukkaalla (noin 2 %) oli käytössään vaipat, muut selviytyivät WC:ssä käynneistä omatoimisesti. WC-toimintoihin liittyvistä apuvälineistä WC-istuimen korottaja oli päivittäisessä käytössä noin 21 prosentilla asukkaista.

Syömisestä selviytyi itsenäisesti (tiedostaa nälkensä, ottaa ruoan lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua) 86 prosenttia asukkaista. Noin 14 prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä tarvitsi konkreettista apua ruokailussa esimerkiksi ruoka oli annosteltava ja pilkottava valmiiksi lautaselle. Ruokailun tai ruoanlaiton apuvälineitä ei asukkailla ollut käytössä.

TAULUKKO 5 Vanhustentaloilla asuvien RAVA-pistemäärät ja Kuntaliiton viitteellinen suositus hoitopaikasta

RAVA-pistemäärä	Avun tarve	Hoitosuositus (ensisijainen)	n	%
1,29 – 1,49	satunnainen	itsenäisesti tai omaisen avulla kotona	25	60
1,50 – 1,99	tuettu hoito	kotihoito	11	26
2,00 – 2,49	valvottu hoito	tehostettu kotihoito	4	10
2,50 – 2,99	valvottu hoito	tehostettu palveluasuminen	1	2
3,0 – 3,49	tehostettu hoito	vanhainkotihoito / terveyskeskussairaalan pitkäaikaishoito	1	2
3,50 – 4,02	täysin autettava	tk-sairaalan pitkäaikaishoito/vanhainkoti	-	-
Yhteensä			42	100

Lähde: Suomen Kuntaliitto (2002, 13)

Yleisesti tarkasteltuna Kuntaliiton suositusten (2002, 13, taulukko 5) mukaan arvo alle 1,50 tarkoittaa sitä, että henkilö selviää itsenäisesti kotona. Noin 12 prosenttia vanhustentalon asukkaista

tarvitsisi tämän suosituksen mukaan valvottua hoitoa; joko tehostettua kotihoitoa tai tehostettua palveluasumista (mahdollisuus saada hoitoa ja hoivaa kaikkina vuorokauden aikoina). Laitoshoidon rajana on pidetty indeksin arvoa 3,0. Yksi asukas kuuluisi RAVA-mittarin mukaan tehostetun hoidon piiriin ja hänen ensisijainen paikkansa olisi laitoshoidossa. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kolmella oli omaishoitaja. Omaishoitajana toimi puoliso, aviovaimo. Ilman puolison apua heistä jokainen tarvitsisi tehostettua palveluasumista tai laitoshoitoa.

8.10 Asioiden hoitamisesta selviytyminen

Asioiden hoitamisesta selviytymiseen (IADL-toiminnot) on eri tutkimuksissa sisällytetty eri osa-alueita, mutta tässä tutkimuksessa IADL-toimintoihin sisällytettiin ruoan valmistamisesta, pyykin pesemisestä, kevyistä (tiskaaminen, imuroiminen) ja raskaista taloustöistä (siivoaminen, ikkunoiden peseminen) selviytyminen. Kaupassa ja asioilla käynti (esimerkiksi apteekissa asiointi), julkisten kulkuvälineiden käyttö, lääkkeiden otto ja annostelu, raha-asioiden hoito sekä puhelimen käyttö sisältyivät myös IADL-toimintoihin. Taulukkoon 6 on koottu tutkimuksen tulokset asukkaiden selviytymisestä IADL-toiminnoista.

Kotiinkuljetettavan ateriapalvelun piirissä oli 58 prosenttia asukkaista. Heillä on paljon vaikeuksia selviytyä ruoan valmistamisesta itsenäisesti ja / tai he tarvitsevat toisen henkilön apua tai eivät selviydy autettunakaan ruoan valmistamisesta. Yhdelle asukkaalle tytär toi päivittäin lämpimän aterian ja yksi asukas kertoi poikansa tuovan Tampereelta joka viikonloppu valmista ruokaa äidilleen. Heidät on tutkimuksen tuloksissa laskettu ateriapalvelun piiriin kuuluviksi. Osa asukkaista ei ole ateriapalvelun asiakkaina viikon jokaisena päivänä, vaan he ottavat valmista ruokaa voinnista riippuen esimerkiksi 3–5 kertaa viikossa. Ateriapalvelun lisäksi he valmistavat ruokaa itse ja keittelevät kahvia. Heillä on kuitenkin vaikeuksia selviytyä päivittäisestä ruoan valmistamisesta.

Kevyistä taloustöistä moni vanhustentalon asukas selviytyi vielä omatoimisesti. Imurointi koettiin sen verran raskaaksi ja vaikeuksi aiheuttavaksi, että siinä jo noin puolet (46 %) asukkaista tarvitsi ulkopuolista apua. Tiskaaminen onnistui vaikeuksista yli puolelta (60 %) asukkaista. Tutkimukseen osallistuneille henkilöille eniten vaikeuksia tuottivat raskaat taloustyöt, kuten suuremmat siivoustyöt ja ikkunoiden peseminen. Näissä toiminnoissa apua tarvitsi noin 70 prosenttia asukkaista. Pyykinpesussa avuntarvetta ilmeni noin puolella (54 %) haastateltavista.

TAULUKKO 6 Aukkaiden selviytyminen IADL-toiminnoista

Selviytyminen IADL -toiminnoista		
	n	%
Ruoan valmistaminen:		
Omatoimisesti	17	40
Ateriapalvelu ja lisäksi itse	17	40
Ateriapalvelu ja lisäksi toisen henkilön apu (esim. puoliso)	4	9
Ateriapalvelu ja lisäksi kotihoidon apu	4	9
Käy ruokailemassa kodin ulkopuolella	1	2
Yhteensä	43	100
Pyykin peseminen:		
Omatoimisesti	16	37
Kotihoito	10	23
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	11	26
Yksityinen palvelu	2	5
Ei joudu tekemään (puoliso huolehtii)	4	9
Yhteensä	43	100
Kevyet taloustyöt:		
Tiskaaminen:		
Omatoimisesti	26	60
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	8	19
Kotihoito	5	12
Ei joudu tekemään (puoliso huolehtii)	4	9
Yhteensä	43	100
Imuroiminen:		
Omatoimisesti	19	45
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	12	28
Kotihoito	7	16
Yksityinen palvelu	1	2
Ei joudu tekemään (puoliso huolehtii)	4	9
Yhteensä	43	100
Raskaat taloustyöt: (siivoaminen, ikkunoiden pesu)		
Omatoimisesti	9	21
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	13	31
Kotihoito	7	16
Yksityinen palvelu	10	23
Ei joudu tekemään (puoliso huolehtii)	4	9
Yhteensä	43	100 (jatkuu)

(taulukko 6 jatkuu)

Kaupassa käynti:

Omatoimisesti	12	27
Toisen henkilön avustamana	14	33
Kotihoito	9	21
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	5	12
Ei joudu tekemään	3	7

Yhteensä	43	100
----------	----	-----

Raha-asioiden hoitaminen:

Omatoimisesti	10	23
Toisen henkilön avustamana	16	38
Kotihoito	4	9
Omainen (lapsi/lapset), ystävä, naapuri	9	21
Ei joudu tekemään	4	9

Yhteensä	43	100
----------	----	-----

Lääkkeidenotto ja annostelu:

Omatoimisesti	22	51
Kotihoito jakaa lääkeannostelijaan ja asiakas itse ottaa	14	33
Kotihoito huolehtii sekä jakamisen että antamisen asiakkaalle	3	7
Omainen (lapsi/lapset) jakaa lääkeannostelijaan	1	2
Ei joudu tekemään (puoliso huolehtii)	3	7

Yhteensä	43	100
----------	----	-----

Puhelimen käyttö:

Omatoimisesti	32	74
Toisen henkilön avustamana	3	7
Vähän vaikeuksia	6	14
Paljon vaikeuksia	2	5

Yhteensä	43	100
----------	----	-----

Toisen henkilön avun tarve korostui erityisesti erilaisten asiointipalvelujen kohdalla. Monet asukkaista selviytyvät vielä vähäisen avun turvin itse asiointitilanteista, mutta monesti ongelmallisemmaksi seikaksi muodostui matkojen kulkeminen. Vanhustentalojen sijaitseminen "korkealla" kuntakeskukseen nähden ei helpottanut asiaa. Asukkaat olivat halukkaita lähtemään asioille, kunhan vain saivat tarvitsemansa kyydin. Osa asukkaista hoiti asiointimatkat taksilla.

Kauppapalvelujen saamiseksi osa asukkaista (noin 19 %) turvautui kauppa-autoon. Raha-asioissa muutama asukas (noin 9 %) oli turvautunut suoraveloituskäytäntöön. Yhdelle asukkaista oli määrätty yleinen edunvalvoja hoitamaan raha-asioitaan. Lääkkeidenotto ja annostelu sujui vielä noin puolelta (51 %) tutkimukseen osallistuneista henkilöistä vaikeuksitta tai lähes vaikeuksitta. Asukkaiden julkisten kulkuvälineiden käyttöä oli hyvin vaikea arvioida. Julkisten kulkuvälineiden käyttö oli vanhustentalojen asukkaiden kohdalla lähes olematonta, joten heidän oli vaikea arvioida niissä selviytymistään. Muiden kysymysten tulosten (kysymys 15 ja RAVA-mittarin tulokset) perusteella voidaan arvioida, että ainakin seitsemällä asukkaalla (noin 16 %) on hyvin paljon vaikeuksia tai asukas ei selviydy autettunakaan julkisten kulkuneuvojen käytöstä. Kysyessäni toisessa yhteydessä (kysymys 42 c) julkisten kulkuneuvojen käytöstä 25 prosenttia tutkimukseen osallistuneista harmitteli huonoja julkisia kulkuyhteyksiä ja pitkää sekä hankalaa matkaa linja-autoasemalle. Linja-autoja lukuun ottamatta muita julkisia kulkuneuvoja Punkalaitumella ei ole käytettävissä. Asukkaiden liikkuminen vanhustentalojen ulkopuolelle tapahtuu pääsääntöisesti toisten kyydeillä, hyvin usein omaisten kyydillä.

Elämää haittaavat näkö- ja kuulo-ongelmat lisääntyvät ikäännyttäessä. Vanhustentalojen asukkaista normaali näkö (näkee silmälasien kanssa tai ilman, näkö ei haittaa päivittäisiä toimia) oli RAVA-mittarin mukaan (n=42) 95 prosentilla asukkaista. Kahden asukkaan (noin 5 %) näkö oli heikko myös apuvälineitä käyttäen. Heikentynyt näkö vaikeutti huomattavasti heidän selviytymistään arkipäivän toiminnoista. Silmälasit päivittäisessä käytössä oli 64 prosentilla sekä toisinaan, esimerkiksi lukiessa, silmälasia käytti 29 prosenttia asukkaista. Seitsemällä prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli käytössään lisäksi suurennuslasi helpottamaan lukemista. Noin 71 prosenttia haasteltavista kuuli normaalin puheen ilman apuvälineitä (RAVA-mittarin tulos). Kuulo oli alentunut (apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen) noin 29 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Noin kolmanneksella heistä oli päivittäisessä käytössään kuulokoje. Yhdellä asukkaalla oli lisäksi toisinaan kuulokkeet käytössä hänen katsellessaan televisiota. Näin television ääni ei haitannut samassa taloudessa asuvaa puolisoa. Puhelimen käytössä suurimmalla osalla asukkaista ei ollut vaikeuksia. 19 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli jonkinasteisia vaikeuksia puhelimen käytössä ja noin seitsemän prosenttia haasteltavista tarvitsi toisen henkilön apua puhelimen käytössä. Kommunikointivaikeuksia puhelimesta aiheuttivat muun muassa heikentynyt näkö ja kuulon alentuminen sekä puhumisen vaikeudet.

8.11 Arviot toimintakyvystään

Tutkimuksessa kysyttiin myös asukkaiden arviota omasta toimintakyvystään. Asukkaat arvioivat omaa toimintakykyään asteikolla erittäin hyvä - hyvä - tyydyttävä, kohtalainen - huono - erittäin huono. Analyysissä vastausvaihtoehdot luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan (hyvä - tyydyttävä, kohtalainen - huono).

TAULUKKO 7 Asukkaiden arviot omasta toimintakyvystään / kunnostaan sukupuolen ja iän mukaan

		Arvio toimintakyvystä / kunnosta							
Sukupuoli	Ikä	Hyvä		Tyydyttävä / kohtalainen		Huono		Yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Mies	65 - 75 vuotta	3	60	-	0	2	40	5	100
	76 - 79 vuotta	-	0	2	100	-	0	2	100
	80 - 85 vuotta	1	14	6	86	-	0	7	100
	86 - vuotta	-	0	1	100	-	0	1	100
Yhteensä		4	27	9	60	2	13	15	100
Nainen	65 - 75 vuotta	-	0	2	100	-	0	2	100
	76 - 79 vuotta	-	0	5	100	-	0	5	100
	80 - 85 vuotta	2	14	12	86	-	0	14	100
	86 - vuotta	1	20	4	80	-	0	5	100
Yhteensä		3	12	23	88	-	0	26	100

Taulukosta 7 ilmenee, että suurin osa asukkaista koki toimintakykynsä vähintään tyydyttäväksi / kohtalaiseksi.; *”olen suht. koht. tyytyväinen, kun pääsen vielä liikkeelle”* (87-vuotias rouva). Toimintakykynsä hyväksi arvioivien joukossa 65–75-vuotiaat miehet arvioivat oman toimintakykynsä useammin hyväksi kuin vastaavan ikäiset naiset. Molemmat toimintakykynsä huonoksi arvioivista olivat nuorempaan ikäluokkaan kuuluvia miehiä.

Tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kysyttäessä asukkailta olivatko he huolissaan terveydentilastaan ja jos niin kuinka paljon (erittäin paljon - paljon - jonkin verran - vähän - ei ollenkaan). Noin 73 prosenttia (n=37) tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli huolissaan omasta terveydentilastaan jonkin verran. Noin 14 prosenttia haastateltavista oli huolissaan terveydentilastaan vähän; *”hyvä, kun ei ole lääkitystä”, ”kahdeksan vuotta sitten kävin viimeksi lääkäriässä.”* Noin 11 prosentille asukkaista oma terveydentila aiheutti paljon huolta ja vain yksi asukas (noin 2 %) ei ollut lainkaan huolissaan terveydentilastaan. Haastattelulomakkeessa ei varsinaisesti kysytty sairauksista, mutta haastattelun aikana asukkaat toivat esiin monia sairauksia ja heitä huolestuttavia vaivoja. Huolta he kuvasivat muun muassa seuraavin ilmauksin; *”huimaa”, ”selkä kiusaa”, ”diabetes”, ”hengenhadistus”, ”särkee”, ”reuma”, ”olen jonossa polvileikkaukseen”, ”varvas kiusaa”, ”astma”, ”oikeata kättä särkee”, ”polvi kiusaa” sekä ”lonkkaleikkaus tulossa.”*

8.12 Psyykinen toimintakyky

Tutkimuksissa kysyttiin vanhustentalojen asukkailta heidän omaa arviotaan muististaan ja kuinka paljon tietyt arkipäivän asiat ja tilanteet aiheuttavat heille muistamisvaikeuksia. Muistin yleisessä arvioinnissa käytettiin asteikkoa erittäin hyvä - hyvä - tyydyttävä / kohtalainen - huono - erittäin huono. Asukkaista lähes 54 prosenttia (n=41) arvioi muistinsa tyydyttäväksi / kohtalaiseksi ja noin 44 prosenttia hyväksi. Yksi asukas (noin 2 %) arvioi muistinsa olevan huono. Noin viisi prosenttia tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ei kyennyt itse arvioimaan muistiaan eikä näin ollen vastaamaan tähän osioon. Muistamisvaikeuksia kuvaavat osiot luokiteltiin siinä suhteessa, kuinka paljon (ei lainkaan - jonkin verran - paljon) eri asiat / tilanteet aiheuttivat muistamisvaikeuksia. Taulukosta 8 selviää, että eniten muistamisvaikeuksia aiheuttivat nimet ja kasvojen tunnistaminen; lähes 61 prosenttia asukkaista koki näiden aiheuttavan paljon tai jonkin verran muistamisvaikeuksia. 24 prosentilla asukkaista oli muistamisvaikeuksia paljon tai jonkin verran sen suhteen mitä hänen piti keskustelun aikana sanoa. Sovittujen tapaamisten esimerkiksi

lääkäriajan muistamisessa ja tekemisten muistamisessa oli paljon tai jonkin verran vaikeuksia 19 prosentilla vastaajista. Tavaroiden muistamisvaikeuksia oli noin 12 prosentilla asukkaista.

TAULUKKO 8 Asukkaiden muistamisvaikeudet

	Muistamisvaikeudet							
	ei lainkaan		jonkin verran		paljon		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%
a) nimet	16	39	24	59	1	2	41	100
b) kasvojen tunnistaminen	16	39	24	59	1	2	41	100
c) sovitut tapaamiset	33	81	7	17	1	2	41	100
d) mihin olette jättäneet jonkun tavaranne esim. avaimet	36	88	4	10	1	2	41	100
e) kun alatte tekemään jotakin unohdatte mitä olitte tekemässä	33	81	7	17	1	2	41	100
f) unohdatte keskustelun aikana mitä Teidän piti sanoa	31	76	9	22	1	2	41	100

Oman muistin arvioiminen ei ollut asukkaille helppoa. Joidenkin tutkimukseen osallistuneiden (noin 10 %) kohdalla havaitsin, että haastateltava saattoi arvioida muistinsa hyväksi sitä häneltä kysyessäni, mutta haastattelun kuluessa joidenkin toisten kysymysten kohdalla ilmeni selviä muistamisvaikeuksia; henkilö ei esimerkiksi muistanut lastenlastensa lukumäärää tai kuinka kauan hän oli asunut vanhustentaloilla. Henkilö saattoi lisäksi haastattelun aikana palata useamman kerran jo käsiteltyyn asiaan.

Masentuneisuuden arvioimiseksi tein Myöhäisiän depressioseulan (GDS-15) 39 vanhustentalon asukkaalle. Puuttuvia vastauksia oli neljä kappaletta, noin 9 prosenttia. Kaksi asukasta oli

kotikäynnin aikana alkoholin vaikutuksen alaisena, yksi asukkaista ei pystynyt riittävästi ilmaisemaan itseään (afasia) ja yksi asukas sairasti Alzheimerin tautia ja hänellä oli tästä syystä vaikeuksia arvioida mielialaansa. Mittarin vastausvaihtoehdot olivat jokaisessa kohdassa joko kyllä tai ei ja vastaajia pyydettiin arvioimaan tuntemuksiaan viimeksi kuluneen viikon ajalta. Mittarin vaihteluväli on 0–15 pistettä. Arvo 0–4 pistettä kuvaa sitä, että henkilö ei ole masentunut, 5–9 pistettä lievää masennusta ja yli 10 pistettä vakavaa masennusta (Bowling 2005, 96.)

TAULUKKO 9 Myöhäisiän depressioseulan (GDS-15) tulokset

Pistemäärä	n	%
0–4	26	67
5–6	7	18
7–9	5	13
10–12	1	2
13–15	-	-
Yhteensä	39	100

Myöhäisiän depressioseulan pistemäärien perusteella (taulukko 9) suurimmalla osalla vanhustentalojen asukkaista ei näyttäisi olevan masentuneisuutta. Lievää masennusta ilmeni noin 31 prosentilla asukkaista. Vakavampaan masennukseen viittaavan pistemäärän (10 pistettä tai yli) sai yksi asukas (2 %). Kaksi asukkaista kertoi avoimesti haastattelun aikana sairastavansa ajoittaista masennusta. Molemmat vastaajat olivat saaneet sairautensa hoitoa, toinen vastaajista oli ollut psykiatrisessa laitoshoidossa useita kertoja, toinen avohoidossa. ”*Masennuskaudet kuuluvat luonteeseeni*”, totesi toinen heistä.

lääkkään ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttavat myös hänen kohtaamansa elämäntapahtumat. Elämäntapahtumat ovat elämän käännekohtia, jotka vaativat sopeutumista. Tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä yleisin vanhustentaloilla asumisensa aikana kohtaama elämäntapahtuma oli ollut oma tai puolison vakava sairastuminen. Sen oli kokenut lähes joka neljäs vastaajista (taulukko 10). Puolison tai muun läheisen kuolema oli koskettanut 17 prosenttia

asukkaista. Erään asukkaan kohdalla merkittäväksi elämäntapahtumaksi oli muodostunut psykiatrinen laitoshoitajakso. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli sitä mieltä, ettei heillä ole ollut merkittäviä elämäntapahtumia vanhustentaloilla asumisensa aikana. Eräs asukas kommentoi tässä yhteydessä kysymystä sanoilla ”*elämässä sattuu kaikenlaista, pitää vain katsoa eteenpäin.*” Ongelmalliseksi tämän kysymyksen tekee joidenkin asukkaiden muistamisen vaikeudet. Oliko kyseinen elämäntapahtuma tapahtunut juuri sinä aikana kun asukas on asunut vanhustentaloilla, kuten kysymys kuului, vai joskus aiemmin?

TAULUKKO 10 Asukkaille tapahtuneet elämäntapahtumat

	Elämäntapahtumat	
	n	%
a) oma vakava sairastuminen	10	23
b) avio- / avopuolison vakava sairastuminen	1	2
c) avio- / avopuolison kuolema	3	7
d) muun perheenjäsenen tai läheisen omaisen vakava sairastuminen	-	-
e) muun perheenjäsenen tai läheisen omaisen kuolema	4	10
f) kuulon / näön / liikuntakyvyn nopea heikentyminen	1	2
g) muuta, mitä?	1	2
h) ei merkittäviä muutoksia tai tapahtumia	23	54
Yhteensä	43	100

Lähes 28 prosentille vanhustentalojen asukkaista oli tapahtunut tapaturma kodissa tai kodin läheisyydessä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Heistä kymmenen (23 %) oli kaatunut tai kompastunut ja kaksi (5 %) oli pudonnut sängystä. Tässä yhteydessä vastauksissa on huomioitu myös aivan kodin läheisyydessä, kuten ulko-oven edessä, tapahtuneet tapaturmat.

8.13 Palveluiden käyttö ja tyytyväisyys palveluihin

Vanhustentalojen asukkaista vain noin 14 prosenttia oli niin omatoimisia, että he eivät tarvinnut minkäänlaista ulkopuolista apua. Yli puolet asukkaista (58 %) oli kunnallisen kotihoitopalvelujen asiakkaita. Heistä noin viisi prosenttia sai kotihoitopalveluja kaksi tai useamman kertaa päivässä vuoden jokaisena päivänä. Kerran päivässä käytiin noin 20 prosentilla tutkimukseen osallistuneista henkilöistä. Nämä asukkaat tarvitsivat säännöllisesti apua lääkkeiden otossa, henkilökohtaisessa hygieniassa sekä kodinhoidollisissa toimissa esimerkiksi siivouksessa, pyykin pesussa ja kaupassa käynnissä. Kerran viikossa kotihoitopalveluita sai noin 28 prosenttia asukkaista. Käynnin tarkoituksena oli useimmiten kaupassa käynti, avustaminen pesuissa tai lääkkeiden jakaminen. Kahdella asukkaalla (noin 5 %) kotihoitohenkilöstö kävi tarvittaessa, yleensä noin kolmen viikon välein, jakamassa lääkkeitä lääkännostelijaan.

Omaisten tarjoama apu vanhustentalojen asukkaille oli merkittävää. Noin 63 haastateltavista sai omaisilta säännöllistä (vähintään kerran kuukaudessa tapahtuvaa) apua ja lisäksi osa heistä sai kunnallisia kotihoidonpalveluita esimerkiksi kaupassa käyntipalvelua tai lääkehuollollisia palveluita. 21 prosenttia vanhustentalojen asukkaista ei käyttänyt kunnallisia kotihoidon palveluja, vaan saivat apua pääasiassa pelkästään omaisiltaan. Monille heistä omaisten antama apu oli vanhustentaloilla selviytymisen kannalta ratkaisevan tärkeää. Omaiset huolehtivat yleisimmin kaupassa käynnistä, ruokahuollosta, pyykin pesusta, siivouksesta ja kuljetusavusta. Kolmelle (noin 7 %) puoliso toimi omaishoitajana. Punkalaitumella toimii myös yksityinen siivouspalveluyrittäjä. Hänen palveluitaan, lähinnä raskaimpiin siivoustöihin, käytti noin 23 prosenttia haasteltavista. Yksi asukas (noin 2 %) osti siivouspalvelua 4H-kerhosta. Kaksi asukasta (noin 5 %) käytti palvelukeskus Pakarin pyykkipalvelua. Palvelupäivään palvelukeskuksessa osallistui 37 prosenttia asukkaista, heistä puolet kävi joka viikko ja puolet joka toinen viikko tai harvemmin. Palvelupäivän aikana heillä on mahdollisuus päästä pesulle ja halutessaan myös saunaan sekä ruokailla. Lisäksi päivään kuuluu monesti jokin ohjelmatuokio tai ulkopuolisen vierailijan käynti. Vanhustentaloilla on kaksikin sauna, mutta niiden käyttö on viime aikoina ollut vähäistä. Haastatteluissa kävi ilmi, että asukkaat eivät toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi enää uskalla lähteä yksin saunaan. Kevään 2005 aikana kotihoito aloitti kokeilun avustaa halukkaita asukkaita saunomisessa vanhustentalojen omassa saunassa. Saunomisen jälkeen asukkailla on mahdollisuus seurustella kahvikupposen ääressä ja vaihtaa kuulumisia. Kokeilu on saanut varsin myönteisen vastaanoton.

Omaisten lisäksi naapurit olivat merkittäviä avun tuottajia vanhustentalojen asukkaille. Noin 19 prosenttia asukkaista sai lisäksi säännöllisesti apua naapuriltaan; eräs asukas kävi kaupassa naapurin kyydillä, toiselle naapuri toi kaupasta ruokaa ja yksi asukas sai naapuriapua pyykinpesuun. Naapurin rouva kävi yhden asukkaan kanssa saunassa. Eräs asukas kävi jopa 2–3 kertaa päivässä auttamassa huonokuntoista naapuriaan. Kolme asukasta (7 %) kertoi naapurin hoitavan erilaisia pieniä asioita; vaihtavan lamppuja, tiskaavan ja tekevän pikkuremonttia. Varsinaisen naapuriavun lisäksi naapureilla oli merkittävä asema sosiaalisessa kanssakäymisessä; naapurin kanssa on mukava vaihtaa kuulumisia ja parantaa maailmaa.

Kysyttäessä asukkaiden tyytyväisyyttä käyttämiinsä palveluihin tulokset olivat ennakoitavissa. Vanhustentalojen asukkaat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä kunnalta saamiensa kotihoitopalveluihin. Analyysissä kysymyksen vastausvaihtoehdot (hyvin tyytyväinen - tyytyväinen - melko tyytymätön - tyytymätön - hyvin tyytymätön) yhdistettiin kolmiluokkaiseksi (tyytyväinen - ei tyytyväinen eikä tyytymätön - tyytymätön). Suurin osa (84 %) kunnallisen kotihoitopalvelujen asiakkaita oli tyytyväisiä käyttämiinsä kotihoitopalveluihin, ”*ei ole moittimista*”, ”*vähän liikaakin käydään katsomassa.*” Kotihoidon kauppapalvelujen muutos (huhtikuun 2005 alusta alkaen) sai osakseen joiltakin (noin 12 %) asukkailta kritiikkiä. Uuden käytännön mukaan kotihoidon työntekijät toimittavat asiakkaiden ostoslistat kerran viikossa paikalliseen kauppaan, jossa ostokset pakataan valmiiksi ja kotihoidontyöntekijät noutavat ostokset seuraavana päivänä. Kaupassakäyntiä kerran viikossa pidettiin liian harvoin tapahtuvana, esimerkiksi maitojen epäiltiin vanhenevan jo seuraavaan kauppapäivään mennessä. Asukkaat kritisoivat lisäksi kauppapalvelusta perittävää maksua. Yksi asukas (noin 2 %) oli tyytymätön kotihoidon antamaan siivouspalveluun. Hän olisi toivonut kotihoidon siivoavan useammin ja perusteellisemmin. Kaksi asukasta (noin 5 %) toivoi saavansa lisää kotihoitopalveluja. Asukkaille oli tyypillistä useiden eri palveluiden samanaikainen käyttö ja heidän selviytymisensä näyttäisi olevan monen eri tekijän ja toimijan yhteistyön tulos.

9 TULOSTEN YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen omistamissa vuokrataloissa asuvien ikäihmisten kokemuksia elämänlaadustaan. Ikääntyneiden henkilöiden käsityksiä heille merkityksellisistä elämänlaadun ulottuvuuksista on tutkittu melko vähän suhteessa koko elämänlaadututkimukseen. Yhteisesti hyväksyttyä elämänlaadun määritelmää ei ole ja sen mittaaminen on vaikeaa. Tässä tutkimuksessa keskeisiksi elämänlaadun ulottuvuuksiksi määriteltiin asukkaiden kokemukset toimintakyvystään ja selviytymisestään, sosiaalisesta verkostostaan ja osallistumisestaan, asuin- ja lähiympäristön merkityksestä, sekä heidän saamastaan avusta ja tuesta.

Tutkimus perustui 43 vanhustentaloilla asuvan yli 65-vuotiaan henkilön haastatteluihin. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulomakkeella keväällä 2005. Haastatteluvastausten lisäksi tutkimuksen tulosten pohjana käytettiin havainnointiaineistoa. Asukkaiden keski-ikänsä oli 80,3 vuotta ja suurin osa heistä asui yksin. Yksin asuvista lähes 63 prosenttia oli naisia ja heistä lähes puolet oli iältään 80-vuotiaita tai sitä vanhempia. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat asuneet vanhustentaloilla keskimäärin kuusi vuotta.

Tuloksista voidaan päätellä, että asukkaiden toimintakyky näyttäisi olevan yksi merkittävimmistä asukkaiden selviytymiseen vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa asukkaiden toimintakyvyn ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisen arviointi perustui heidän omiin arvioihinsa sekä RAVA-toimintakykymittarin tuloksiin. Omien arvioidensa mukaan suurin osa asukkaista koki toimintakykynsä vähintään kohtalaiseksi. Raskaista kotitöistä selviytymisessä paljon vaikeuksia ja / tai toisen henkilön avun tarvetta tai henkilö ei selviytynyt autettunakaan esimerkiksi ikkunoiden pesusta tai isommista siivoustöistä esiintyi jo runsaalla kahdella kolmasosalla asukkaista. Liikkumisen suhteen noin puolella tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli vaikeuksia liikkua itsenäisesti sekä sisällä että ulkona. Asukkaat kompensoivat liikkumisvaikeuksiaan käyttämällä erilaisia liikkumisen apuvälineitä. Noin kaksi kolmasosaa haastateltavista käytti jotakin liikkumisen apuvälinettä päivittäin tai lähes päivittäin liikkuessaan ulkona ja noin puolet liikkuessaan sisällä. Ruoan valmistaminen aiheutti vaikeuksia runsaalle puolelle asukkaista, mutta kunnan järjestämä ateriapalvelu kotiinkuljetuksineen, kotihoidon tarjoama kaupassakäyntipalvelu sekä lähikaupan tarjoama kauppa-autopalvelu tukivat heidän selviytymistään. Toimintakykyä heikensivät erityisesti erilaiset sairaudet ja tapaturmat. Lähes joka neljäs asukkaista oli kaatunut viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Asukkaiden selviytymistä ja liikkumista lähiympäristössä heikentävänä tekijänä tutkimuksesta nousi esiin huomattavat maaston korkeusvaihtelut. Kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä koki pihan ja asuinympäristön vaikeakulkuisuuden tuottavan hankaluuksia asumiseensa paljon tai jonkin verran. Toimintakyvyn rajoitukset yhdistettynä asuin- ja lähiympäristön vaikeakulkuisuuteen hankaloittivat erityisesti asioiden hoitamista kodin ulkopuolella kuten kaupassa ja pankissa asiointia sekä ulkoilua. Asukkaista runsas puolet mainitsi palvelujen sijaitsevan kaukana ja tuottavan näin hankaluuksia asumiseensa jonkin verran. Tutkimuksen tulos näyttäisi vahvistavan aikaisempia tutkimuksia (esim. Laukkanen 1998, 91–92; Vaarama & Kaitsaari 2002, 129–130; Vaarama ym. 2006, 118) siitä, että selviytyminen asioiden hoitamisesta kodin ulkopuolella (IADL-toiminnot) vaikeutuvat ensimmäisenä.

Asukkaiden kotona selviytymistä ylläpitäväksi ja tukevaksi tekijäksi osoittautui erityisesti omaisten ja naapurien tarjoama apu ja tuki. Peräti 82 prosenttia asukkaista sai omaisilta tai naapureilta säännöllistä apua ja tukea selviytymiseensä. Joka viides asukkaista oli pelkästään omaisten avun varassa. Toisaalta tutkimuksesta ei käynyt esille se, olivatko nämä henkilöt koskaan olleet yhteydessä esimerkiksi kunnan kotihoitoon palvelutarpeidensa arvioimiseksi. Kunnallisen kotihoidon asiakkaita oli yli puolet asukkaista. Heistä joka neljäs sai kunnallista kotihoidon apua vähintään kerran päivässä. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä vain joka seitsemäs selviytyi arkipäivän askareista täysin itsenäisesti, ilman ulkopuolista apua. Tämän tutkimuksen tulos on samansuuntainen kuin aiemmissakin suomalaisissa tutkimuksissa (Vaarama 2004, 174; Rönnemaa & Karppi 1997, 161; Roine ym. 2000, 318; Noro ym. 2000, 42; Vaarama ym. 2006, 120) saatu tulos. Epävirallinen, omaisten, läheisten sekä naapurien antama apu, näyttää olevan ikääntyneiden henkilöiden yleisin avun lähde. Vanhustentalon asukkaiden selviytyminen näyttäisi rakentuvan monien eri toimijoiden varaan. Palvelujen monikäyttö oli yleistä ja palvelut näyttivät kasaantuvan samoille asiakkaille.

Suurin osa kunnallisen kotihoidon asiakkaista oli tyytyväisiä käyttämiinsä palveluihin, niiden määrään ja laatuun. Haastateltavat olivat pääosin tyytyväisiä myös asuntoonsa ja asuinympäristöönsä huolimatta siitä, että asunnoista löytyi lukuisia korjausta vaativia seikkoja. Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista henkilöistä mainitsi yhden tai useampia korjaus- tai muutostarpeita omassa asunnossaan. Tulos oli samansuuntainen myös kysyttäessä asukkailta nykyisen asunnon soveltuvuutta heidän kotona selviytymisensä kannalta. Haastatelluista suurin osa piti asuntoaan "hyvänä" kotona selviytymisensä kannalta. Toisaalta tiettyä vastausten ristiriitaisuutta osoittaa esimerkiksi se, miten eräs asukas, joka oli lähes täysin sidottu vuoteeseensa,

piti kuitenkin asuntoaan hyvin soveltuvana nykyiseen elämäntilanteeseensa. Samoin iäkäs rouva, joka ei mahtunut liikkumisen apuvälinettä apuna käyttäen vessaan, vastasi kuitenkin asuntonsa olevan hyvän ja olevansa tyytyväinen nykyiseen asuntoonsa. Tyytyväisyyden mittaaminen on hankalaa. Tutkimuksissa, joissa ihmisiä pyydetään arvioimaan tyytyväisyyttään, enemmistö vastaajista on yleensä tyytyväisiä saamiinsa palveluihin tai asuntoonsa (vrt. Salmela 1997, 187–189; Helin 2002, 62; Vaarama ym. 2006, 112). Siitä huolimatta, että suurin osa asukkaista on tyytyväisiä saamiinsa palveluihin ja asumiseensa, se ei kuitenkaan poista palvelujen ja asumisen laadun kehittämisen tärkeyttä. Tulevaisuudessa asuntoihin kohdistetuilla pienilläkin maalaus- ja korjaustoimilla voitaisiin parantaa asukkaiden viihtymistä ja samalla asukkaille tarjoutuisi mahdollisuus päästä itse vaikuttamaan asuin- ja lähiympäristönsä kehittämiseen.

Enemmistö asukkaista koki olonsa turvalliseksi vanhustentaloilla. Tulosten perusteella turvallisuutta luovina tekijöinä voidaan pitää omaisten ja naapureiden tarjoamaa apua ja tukea, kotihoitopalveluita sekä talonmiehen palveluita. Erityisenä huolenaiheena tutkimuksesta nousi esiin asuntojen paloturvallisuus, vaikka sitä ei varsinaisesti haastattelussa kysyttykään. Ainakin yhdestä asunnosta puuttui palovaroitin kokonaan ja muidenkaan asuntojen palovaroittimien kunnosta ei ole tietoa. Huolta lisää erityisesti joidenkin asukkaiden tapa tupakoida vuoteessa.

Aiemman tutkimustiedon (Vaarama ym. 1999, 60; Anttonen & Sipilä 2000, 119; Vaarama ym. 2006, 121) perusteella voidaan todeta ikäihmisten haluavan asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tässä tutkimuksessa haastateltavista lähes puolet halusi asua vanhustentaloilla niin pitkään kun se vain on mahdollista. Varsin korkea "ei osaa sanoa" -vastausten (lähes neljännes vastaajista) määrä saattaa kuitenkin kuvastaa asukkaiden vaikeutta ajatella tulevaisuutta. Toisaalta he toivovat selviytyvänsä nykyisessä asunnossaan mahdollisimman pitkään, toisaalta he tiedostavat sen tosiasian, että toimintakyvyn heikentyessä huomattavasti nykyisestä edessä saattaa olla muutto palveluasuntoon tai vanhainkotiin. RAVA-toimintakykymittariin perustuvan Kuntaliiton (2002, 13) suosituksen mukaan tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä suurimman osan asukkaista olevan "oikeassa hoitopaikassa". Suosituksen mukaan yksi asukkaista tarvitsisi tehostettua palveluasumista ja yksi asukas vanhainkotihoitoa. Tutkimukseen osallistuneista asukkaista kolmella oli omaishoitaja. Omaishoitajana toimi puoliso, aviiovaimo. Ilman puolison apua heistä jokainen tarvitsisi tehostettua palveluasumista tai laitoshoidoa.

Vanhustentalot kokoavat iäkkäitä ihmisiä yhteen, mutta pelkkä lähekkäin asuminen ei välttämättä luo kanssakäymistä toisten asukkaiden kanssa. Tutkimustulosten perusteella harvoin yksinäisyyttä tunsin noin joka kolmas tutkimukseen osallistuneista henkilöistä ja usein yksinäiseksi itseään tuntevia oli noin 13 prosenttia haastatelluista. Myöhäisiän depressioseulan tulosten mukaan vähintään lievää masentuneisuutta koki lähes joka kolmas asukas sekä yksi asukas sai vakavampaan masennukseen viittaavan pistemäärän. Runsas kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä koki, että hänellä oli riittävästi yhteydenpitoa toisten ihmisten kanssa, mutta noin joka kolmas asukas toivoi enemmän yhteydenpitoa. Lähes puolet asukkaista halusi paljon tai hieman enemmän yhdessäoloa muiden vanhustentalon asukkaiden kanssa. Tarjotuista eri toimintamuodoista eniten toivottiin järjestettävän yhteisiä kahvitteihetkiä. Tulevaisuuden tarpeita ajatellen pohdinnan arvoinen seikka olisi vanhustentaloilla sijaitsevan kerhotilan parempi hyödyntäminen asukkaiden kokoontumispaikkana ja yhteisen toiminnan tilana. Huoneisto tosin kaipaisi pikaista remonttia ja viihtyvyyttä parantavia toimia. Asukkaiden toiveiden mukaiset aktiviteetit ylläpitäisivät heikkokuntoistenkin asukkaiden mielekästä elämää ja elämänlaatua. Toisaalta esimerkiksi yksinäisyyden lievittäminen on hankalaa, mikäli asianomainen itse ei ole halukas osallistumaan tarjottuihin toimintoihin.

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa on syytä huomioida muutamia seikkoja. Arvioitaessa asukkaiden tyytyväisyyttä palveluihin ja asuntoon / asuinympäristöön on huomioitava, että vaihtoehtoisia tapoja järjestää itselleen asuminen tai tarvitsemansa palvelut ei juurikaan Punkalaitumella ole. Joidenkin asukkaiden taloudellinen tilanne saattaa lisäksi olla esteenä käyttää yksityisiä palveluja. Vanhustentalojen asukkaista suurin osa koki taloudellisen tilanteensa tyydyttäväksi / kohtalaiseksi tai hyväksi, mutta vastausta kysymykseen ovatko vanhustentalojen asukkaat tulotasoltaan köyhiä vai rikkaita on vaikea antaa. Tutkimus antoi hyvin subjektiivisen arvion asukkaiden taloudellisesta tilanteesta.

Asukkaiden viihtymistä ja tyytyväisyyttä arvioitaessa huomioitavaa on myös se, tähän tutkimukseen osallistuneet ikäihmiset ovat tottuneet elämään ja asumaan vaatimattomasti. Lähes joka toisen asukkaan kohdalla entisen asunnon tai asuinympäristön puutteet olivat olleet vaikuttamassa keskeisenä tekijänä muuttopäätökseen. Asuinoloissa tapahtui huomattava parannus heidän muutettuaan puutteellisesti tai erittäin puutteellisesti varustetuista asunnoista asumaan vanhustentaloille. Asuessaan nyt vanhustentaloilla lämpimässä asunnossa erilaisten palveluiden keskellä he saattavat olla aidosti tyytyväisiä elämäänsä verrattuna aikaisempaan elämäänsä. Monille asukkaista muutto vanhustentaloille voidaan nähdä tältä kannalta tarkasteltuna positiivisena

elämäntapahtumana. Tulevaisuuden ikäihmiset saattavat olla vaativaisempia asuntojen ja palveluiden suhteen.

Elämänlaatu on jokaiselle yksilölle erilainen ja sen arvioiminen on vaikeaa. Vanhustentalojen asukkaat ovat hyvin heterogeenistä joukkoa ja jokainen asukas on oma yksilönsä. On mahdotonta sanoa, että tämän asukkaan hyvinvointi on näin ja näin paljon parempi kuin jonkun toisen ja tutkijan on vaikea arvioida miten ikäihmiset kokevat elämänlaatunsa. Mittaamisen vaikeuksista huolimatta tutkimuksen perusteella on mahdollista nostaa esiin joitakin suurimmalle osalle asukkaista yhteisiä elämänlaadun kannalta merkityksellisiä tekijöitä. Asukkaiden elämänlaadun kannalta merkittäväksi tekijäksi näyttäisi muodostuvan asukkaiden sosiaalinen verkosto ja sen tarjoama apu ja tuki. Asukkaiden sosiaalinen verkosto muodostui lähinnä lapsista, lastenlapsista, muista sukulaisista sekä entisistä ja nykyisistä naapureista. Pelkkä sosiaalisen verkoston olemassaolo ei kuitenkaan johda automaattisesti hyvinvoinnin lisääntymiseen, vaan keskeistä on ikäihmisen kokemus siitä, että hän saa sosiaaliselta verkostoltaan apua ja tukea sitä tarvitessaan ja hänestä välitetään myönteisessä ilmapiirissä.

Tuloksista voidaan päätellä, että asukkaiden elämänlaatua heikentäviä tekijöitä näyttäisivät olevan vanhustentalojen sijainti selvästi korkeammalla lähiympäristöstä sekä asukkaiden toimintakyvyn rajoitukset. Nämä molemmat seikat vaikeuttavat asukkaiden liikkumista kotinsa ulkopuolella sekä osallistumista kodin ulkopuolella järjestettäviin toimintoihin. Toimintakyvyn heikentymisen vuoksi asukkaiden sosiaalinen kanssakäyminen on vähentynyt, kun he eivät enää jaksa osallistua yhteisiin toimintoihin ja myös ulkoilu on monelta jäänyt lähes kokonaan pois. Lähes 60 prosenttia asukkaista koki itsellään olevan vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella. Esteettömän ja turvallisen asuin- ja lähiympäristön merkitys korostuu ikääntyneiden henkilöiden kotona selviytymisen ja elämänlaadun tukijana erityisesti silloin, kun heillä alkaa esiintyä toiminnanvajavuuksia. Toimintakyvyn rajoituksista ja sairauksista johtuen olisi tarpeen järjestää asukkaille kuljetus- ja saattoapua. Erityistä huomiota tulisi jatkossa kiinnittää erityisesti toimintakyvyltään huonompikuntoisten henkilöiden selviytymisen tukemiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM 2003a, 20) nimeää suomalaisen vanhuspolitiikan ensisijaiseksi tavoitteeksi sen, että mahdollisimman moni ikäihminen voi elää itsenäisesti omassa kodissaan tutussa ympäristössään. Tulevaisuuden asumis- ja palveluratkaisuja mietittäessä eräs vaihtoehto olisi muuttaa osa vanhustentalojen asunnoista rakenteita muuttamalla pienkotityyppiseksi tilaksi.

Tämä asumismuoto tarjoaisi paremmat mahdollisuudet järjestää asukkaille heidän tarvitsemansa riittävät palvelut ja asukkaille olisi toisistaan seuraa, ehkä myös tukea ja turvaa.

Tutkimus perustuu keväällä 2005 kerättyihin tietoihin ja on toteutettu yhden kunnan vanhustentaloilla. Tilanne vanhustentaloilla elää kaiken aikaa; asukkaiden kunto heikentyy, uusia asukkaita muuttaa, toisia muuttaa pois, mutta kysymykset asukkaiden selviytymisestä, viihtymisestä ja elämänlaadusta ovat aina ajankohtaisia. Huolimatta aineiston aika- ja tilannesidonnaisuudesta uskon, että tämän tutkimuksen tuloksia olisi joiltakin osin mahdollista soveltaa koskemaan myös muiden kuntien vastaavanlaisissa vanhustentaloissa asuviin ikääntyviin henkilöihin.

Valtakunnallisestikin tarkasteltuna yhä kasvavan iäkkään väestönosan hoidon ja hoivan järjestäminen on eräs tulevaisuuden suuremmista haasteista. Oletuksena on, että ikäihmisten toimintakyky paranee tulevaisuudessa ja palvelujen käytön alkaminen myöhentyy, mutta siitä huolimatta palvelujen järjestäminen, niiden rahoitus ja palvelujen oikea kohdentaminen sekä työnjako eri sektoreiden välillä aiheuttavat omat haasteensa. Punkalaitumella vuonna 2005 runsas 27 prosenttia väestöstä oli yli 65-vuotiaita ja vuonna 2020 jo joka kolmas asukkaista on yli 65-vuotias. Tämä asettaa haasteita kunnan vanhustyölle. Tähän haasteeseen vastaamisessa on Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistyksen tarjoamilla palveluilla oma merkittävä tehtävänsä myös tulevaisuudessa. Onko omaisten ja naapurien tarjoaman avun osuus suurempi Punkalaitumella kuin keskimäärin? Onko pienessä maalaiskunnassa avun tarjoaminen naapurille helpompaa kuin suurissa kaupungeissa, joissa ihmiset eivät ehkä tunne naapuriaan? Omaisten ja naapurien tarjoamalla avulla on myös huomattava taloudellinen merkitys. Entä jos omaiset ja naapurit kieltäytyisivät tarjoamasta apuaan, niin olisiko kunnallisella kotihoidolla resursseja vastata kysyntään? Onko omaisten ja naapurien tarjoamalla avulla osuutta siihen käsitykseen, että vanhustentaloille suunnattuja kunnallisia palveluja pidetään riittämättöminä? Entä onko vanhustentalojen asukkaille suunnattuja kunnallisia palveluja kehitetty riittävästi kun epävirallinen apu toimii näin hyvin ja asukkaat ovat tyytyväisiä? Mitä on ikäihmisten hyvä elämänlaatu? Näihin kysymyksiin vastaaminen olisi uuden tutkimuksen ja kenties myös uuden tutkijan aihe.

LÄHTEET

Aalto, Anna-Mari & Aro, Arja R. & Teperi, Juha (1999) RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, tutkimuksia 101. Helsinki.

Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen terveyden ja toimintakyvyn osaston julkaisuja B 3. Helsinki.

Baltes, Paul B. & Baltes, Margret M. (1990) Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: Cambridge University Press.

Bowling, Ann (2005) Measuring health: a review of quality of life measurement scales. Kolmas painos. Open University Press.

Bowling, Ann & Banister, David & Sutton, Stephen & Evans, Oliver & Windsor, J. (2002) A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health* 6 (4), 355–371.

Bowling, Ann & Gabriel, Zahava (2004) Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing and Society* 24 (5), 675–691.

Brown, Jackie & Bowling, Ann & Flynn, Terry (2004) Models of quality of life: a taxonomy, overview and systematic review of the literature. Population Forum for Ageing Research. Bristol: London. Saatavissa www-muodossa: [http:// www.shef.ac.uk/ageingresearch/reviews.php#qol](http://www.shef.ac.uk/ageingresearch/reviews.php#qol) [viitattu 29.1.2008].

Carr, Alison J. & Gibson Barry & Robinson, Peter G. (2001). Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal* 322 (7296), 1240–43.

Carr, Alison J. & Higginson Irene J. (2001) Measuring quality of life: are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal* 322 (7298), 1357–60.

Charney, Dennis S. & Reynolds, Charles & Lewis, Lydia & Lebowitz, Barry & Sunderland, Trey (2003) Depression and bipolar support alliance consensus statement on the unmet needs in diagnosis and treatment of mood disorders in late life. *Archives of General Psychiatry* 60 (7), 664–672.

Christiansson, Toini (1994) Elintasosta elämänlaatuun – hyvinvoinnin ulottuvuudet vanhustutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa Uutela, Antti & Jan-Erik Ruth (toim.) *Muuttuva vanhuus*. Helsinki: Gaudeamus, 102–115.

Cohen, Sheldon & Syme, S. Leonard (1985) *Social support and health. Issues in the study and application of social support*. London: Academic Press.

Cummins, Robert A. (1997) Assessing quality of life. Teoksessa Roy I. Brown *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice*. Toinen painos. Stanley Thornes Ltd: Padstow, 116–150.

Diener, Ed (2000) Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist* 55 (1), 34–43.

Dunlop, Dorothy D. & Hughes, Susan L. (1997) Disability in activities of daily living. Patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health* 87 (3), 378–383.

Elovainio, Päivi (1997) 80 prosenttia tyytyväisiä vanhainkodeissa? - Kuinka tätä voi tulkita? *Gerontologia* 11 (3), 237–241.

Elovainio, Marko & Kivimäki, M. (2000) Sense of coherence and social support – Resources for subjective well-being and health of the aged in Finland. *International Journal of Social Welfare* 9 (2), 128–135.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (2001) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5. Painos. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2007) Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 25–43.

Fassino, Secondo & Leombruni, Paolo & Daga, Giovanni Abbate & Brustolin, Annalisa & Rovera, Giovanni Giacomo & Fabris, Fabrizio (2002) Quality of life in dependent older adults living at home. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, 9–20.

Felce, David & Perry, Jonathan (1995) Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities* 16 (1), 51–74.

Freedman, Vicki A. & Martin, Linda G. & Schoeni, Robert F. (2002) Recent trends in disability and functioning among older adults in United States. A systematic review. *Journal of American Medical Association* 288 (24), 3137–3146.

Frytak, Jennifer R. (2000) Assessment of quality of life in older adults. Teoksessa Robert L. Kane & Rosalie A. Kane *Assessing older persons: measures, meaning, and practical applications*. Oxford: University press, 200–236.

Gabriel, Zahava & Bowling, Ann (2004) Quality of life in old age from the perspectives of older people. Teoksessa Alan Walker & Catherine Hagan Hennesy (toim.) *Growing older. Quality of life in old age*. London: Open University Press, 14–34.

Gilhooly, Mary & Gilhooly, Ken & Bowling, Ann (2005) Quality of life. Meaning and measurement. Edited by Alan Walker. *Growing older. Understanding Quality of life in old age*. London: Open University Press, 14–26.

Gothoni, Raili (1990) Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki - tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2. Helsinki.

Grönfors, Martti (2007) Havaintojen teko aineistonkeräyksen menetelmänä. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineiston keruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 151–167.

Heikkinen, Eino (1990) Toimintakyvyn tutkimisen lähtökohdat ja tutkimusasetelma Ikivihreät-projektissa. Teoksessa Eino Heikkinen, Riitta-Liisa Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia Laukkanen, Isto Ruoppila & Timo Suutama Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1. Helsinki, 1–12.

Heikkinen, Eino (1995) Healthy aging. Teoksessa Eino Heikkinen, Jorma Kuusinen & Isto Ruoppila Preparation for aging. New York: Plenum Press, 105–119.

Heikkinen, Eino (2000) Terve vanheneminen - utopia vai realistinen mahdollisuus. Teoksessa Eino Heikkinen & Jouni Tuomi (toim.) Suomalainen elämäntyyli. Helsinki: Tammi, 216–234.

Heikkinen, Eino (2002) Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 13–33.

Heikkinen, Eino (2003a) Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 319–328.

Heikkinen, Eino (2003b) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuvan vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 330–335.

Heikkinen, Eino (2007) Uudet avaukset iäkkäiden henkilöiden toiminnanvajausten ehkäisyssä. Toiminnanvajausten ehkäisy iäkkäässä väestössä - mistä hyvän toiminnan malleja. Seminaariesitelmä. Jyväskylä 22.3.2007 saatavissa www-muodossa <http://www.gerocenter.fi/seminaarimateriaali.php> [viitattu 23.1.2008].

Heikkinen, Eino & Kauppinen, Markku & Laukkanen, Pia (2003) Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa Anne Hietanen & Tiina-Mari Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2. Helsinki, 47–62.

Heikkinen, Riitta-Liisa (1990) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Eino Heikkinen, Riitta-Liisa Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia Laukkanen, Isto Ruoppila & Timo Suutama Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1. Helsinki, 45–66.

Heikkinen Riitta-Liisa (1992) Psykkis-sosiaalisen hyvinvoinnin sekä sosiaalisen yhteisyyden ja suoriutumisen arviointi. Teoksessa Riitta-Liisa Heikkinen & Timo Suutama Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 10. Helsinki, 111–131.

Heikkinen, Riitta-Liisa (1994) Sosiaalinen toimintakyky ja ikä. Teoksessa Jorma Kuusinen, Eino Heikkinen, Pekka Huuhtanen, Juhani Ilmarinen, Juhani Kirjonen, Isto Ruoppila, Timo Vaherva, Olli Mustapää & Sirkka Rautoja Ikääntyminen ja työ. Työterveyslaitos, Helsinki: WSOY, 95–101.

Heikkinen, Riitta-Liisa (2003) Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Anne Hietanen & Tiina-Mari Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2. Helsinki, 83–98.

Heikkinen, Riitta-Liisa & Suutama, Timo (1991) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 10. Helsinki.

Helin, Satu (2002) Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi, 35–67.

Helin, Satu (2003) Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 336–350.

Hellström, Ylva & Persson, Gunnel & Hallberg, Ingalill R. (2004) Quality of life and symptoms among older people living at home. *Journal of Advanced Nursing* 48 (6), 584–593.

Hietanen, Anne & Suutama, Timo & Heikkinen, Eino & Heikkinen, Riitta-Liisa & Raitasalo, Raimo & Ruoppila, Isto (2001) Vanheneminen, terveys ja kompetenssi. EXCELSA-projektin Suomen esitutkimus. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 62. Helsinki.

Higgs, Paul & Hyde, Martin & Arber, Sara & Blane, David & Breeze, Elizabeth & Nazroo, James & Wiggins, Dick (2005) Dimensions of the inequalities in quality of life in older age. Teoksessa Walker, Alan (toim.) Understanding quality of life in old age. London: Open University Press, 27–48.

Hinkka, Katariina & Karppi Sirkka-Liisa & Ollonqvist, Kirsi & Aaltonen, Tuula & Grönlund, Rainer & Puukka, Pauli & Saarikallio, Miia & Salmelainen, Ulla & Vaara, Mariitta (2004) Vanhusten kotona selviytyminen ja kuntoutus. Geriatrisen kuntoutuksen arviointi. IKÄ-hankkeen menetelmät ja aineisto. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 60. Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: University Press.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2007) Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holland, Caroline & Kellaher, Leonie & Peace, Sheila & Scharf, Thomas & Breeze, Elisabeth & Gow, Jane & Gilhooly, Mary (2005) Getting out and about. Teoksessa Walker, Alan (toim.) Understanding quality of life in old age. London: Open University Press, 49–63.

Hughes, Beverley (1990) Quality of life. Teoksessa Sheila M. Peace Researching social gerontology. Concepts, methods and issues. London: Sage Publications, 46–58.

Hyypä, Markku T. (2002) Elinvoimaa yhteisöstä. Sosiaalinen pääoma ja terveys. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hämäläinen, Anneli (1997) Elämäntilanne ja toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset 80-vuotiaana. Teoksessa Tapani Rönnemaa & Sirkka-Liisa Karppi (toim.) Terveiden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 23. Turku, 121–156.

Jyrkämä, Jyrki (2003a) Ikääntyvä yhteiskunta ja vanhojen elinolot. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–21.

Jyrkämä, Jyrki (2003b) Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 267–271.

Karppi, Sirkka-Liisa & Ollila, Sirkku (1997) Fyysisen toimintakyvyn muutos ja suoriutuminen päivittäisistä toimista. Teoksessa Tapani Rönnemaa & Sirkka-Liisa Karppi (toim.) Terveyden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 23, Turku, 54–76.

Katz S. & Ford A.B. & Moskowitz R.W. & Jackson B.A. & Jaffe M.W. (1963) Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of American Medical Association 185, 914–919.

Kauppila, Jaakko (2006) Turvallisuuden rakentamisen tukipuut. Toivottu turvallisuus? Luento TERVE-SOS 2006 koulutustapahtumassa 17.5.2006. Tampere: Tampere-talo.

Kautto, Mikko (2006) Hyvinvointia ja politiikkaa koskevat päätelmät. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 347–357.

Kela Kansaneläkelaitos (2005) Saatavissa www-muodossa: <http://www.kela.fi/terveyspuntari> [viitattu 22.9.2005].

Kinnunen, Petri (1998) Hyvinvoinnin ruletti. Tutkimus sosiaalisen tuen verkostojen jäsentymisestä 1990-luvun lopun Suomessa. Acta Universitatis Lapponiensis 20. Rovaniemi.

Kivelä, Sirkka-Liisa (2003a) Vanhusten masennustilat. Teoksessa Reijo Tilvis, Antti Hervonen, Pirkko Jäntti, Aapo Lehtonen & Raimo Sulkava Geriatria. Helsinki: Duodecim, 111–120.

Kivelä, Sirkka-Liisa (2003b) Vanhusten depressioiden ja niiden seurausten ehkäisy. Suomen Lääkärilehti 48, 4923–4927.

Koskinen, Simo (1997) Vanhat ihmiset sosiaalipalvelujen asiakkaina. Teoksessa Tuula Salmela (toim.) Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta. Jyväskylä: Atena, 36–51.

Koskinen, Simo & Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka & Päivärinta, Eeva (1998) Vanhustyö. Vanhustyön Keskusliitto. Jyväskylä: Gummerus.

Koskinen, Simo (2004) Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki, 24–90.

Kuntaliitto (2007) Saatavissa www-muodossa: <http://www.kunnat.net> [viitattu 16.3.2007].

Kuusinen, Jorma (2003) Älykkyys ja vanheneminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 164–173.

Lahtinen, Yrjö & Rajala, Tapio & Paunio, Pekka & Liukko, Matti (1999) Suurten kaupunkien RAVA-tutkimus. Vanhuksien toimintakyky ja avun tarve. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Laukkanen, Pia (1998) Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Jyväskylän yliopisto: Studies in Sport, Physical Education and Health 56. Jyväskylä.

Laukkanen, Pia (2001) Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Mittaaminen ja käyttö vanhustenhuollon arvioinnissa. Teoksessa Seija Talo (toim.) Toimintakyky – viitekehuksesta arviointiin ja mittaamiseen. Seminaariraportti Turku 4.–5.5.2000. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 49. Turku, 93–106.

Laukkanen, Pia (2003a) Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 287–300.

Laukkanen, Pia (2003b) Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 255–266.

Laukkanen, Pia & Heikkinen, Eino (1990) Päivittäisistä toiminnoista selviäminen. Teoksessa Eino Heikkinen, Riitta-Liisa Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia Laukkanen, Isto Ruoppila & Timo Suutama Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1. Helsinki, 67–97.

Laukkanen, Pia & Heikkinen, Eino & Ruoppila, Isto (1992) Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen. Teoksessa Riitta-Liisa Heikkinen & Timo Suutama Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston julkaisuja 10. Helsinki, 132–155.

Lawton, M. Powell (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist* 23 (4); 349–357.

Leinonen, Raija (2003) Terveyden kokeminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 202–209.

Marin, Marjatta (2002) Yhteiskunta ja hyvä vanheneminen: lähestymistapoja hyvän vanhenemisen yhteiskunnallisiin ehtoihin. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 89–117.

Marin, Marjatta (2003) Elämän paikallisuus ja paikat. Teoksessa Marjatta Marin & Sinikka Hakonen (toim.) *Seniори- ja vanhustyö arjen kulttuurissa*. Jyväskylä: PS-kustannus, 22–43.

Melkas, Tuula (1994) Muut ihmiset ikääntyvien elämässä. Ikääntyvien sosiaaliset ympäristöt. Teoksessa Raija Sailas & Sirkku Mikkonen 55⁺ Katsaus ikääntyvien elinoloihin. Helsinki: Tilastokeskus, 123–145.

Ministry of the Environment (1999) *Housing of Older People in the EU Countries*. The Finnish Environment 354. Helsinki.

Myrskylä, Pekka (toim.) (2005) *Tallella ikä eletty... Ikääntyminen tilastoissa*. Helsinki: Tilastokeskus.

Nagi, Saad Z. (1976) An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 54, 439–467.

Niemelä, Pauli (2000) Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa Pauli Niemelä & Anja Riitta Lahikainen (toim.) *Inhimillinen turvallisuus*. Tampere: Vastapaino, 21–37.

Niemelä, Pauli (2007) Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Marjaana Seppänen, Antti Karisto & Teppo Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Jyväskylä: PS-kustannus, 167–179.

Noll, Heinz-Herbert (2000) Social indicators and social reporting: the international experience. Saatavissa www-muodossa: <http://www.ccsd.ca/noll1.html> [viitattu 21.1.2008].

Noppiari, Eija & Leinonen, Satu (2005) Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Eija Noppiari & Paula Koistinen (toim.) Laatia vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 36–91.

Noro, Anja & Häkkinen, Unto & Arinen, Sisko (2000) Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus sekä Kela. Helsinki.

Pajala, Satu & Sihvonen, Sanna & Era, Pertti (2003) Aseennon hallinta ja havaintomotorinen kyvykkyys. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 123–142.

Pajunen, Hannu (2004a) Vanhusten mielenterveydelliset ongelmat. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 193–241.

Pajunen, Hannu (2004b) Vanhuspsykiatrisen potilaan psykologinen tutkimus. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 290–310.

Pietikäinen, Sirpa (1997) Oikeus arvokkaaseen minuuteen kaupungissa. Teoksessa Antti Karisto (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-juotisjuhlakirja. Juva: WSOY, 70–85.

Pitkälä, Kaisu & Routasalo, Pirkko (2005) Ikääntyvän henkilön yksinäisyys - haaste hoitotyölle. Teoksessa Eija Noppiari & Paula Koistinen (toim.) Laatia vanhustyöhön. Helsinki: Tammi, 19–35.

Pohjolainen, Pertti (1987) Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71–75-vuotiailla miehillä. Jyväskylän yliopisto: Studies in sport, physical education and health 23. Jyväskylä.

Punkalaitumen kunta (2002) Punkalaitumen kunnan vanhustenhuollon strategia vuosille 2002–2006.

Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys Ry (1999) Toimintakertomus.

Punkalaitumen Vanhustenkotiyhdistys Ry (2000) Toimintakertomus.

Päivärinta, Eeva (1996) Palvelutalojen elämänlaatua etsimässä - palveluasuminen asukkaiden kuvaamana. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 198. Helsinki.

Päivärinta, Eeva (1998) Vanha ihminen, autonomia ja ympäristöt. Teoksessa Riitta Haverinen, Leila Simonen & Irma Kiikkala (toim.) Kohtaamisia sosiaali- ja terveysalan areenoilla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 221. Helsinki, 209–227.

Qureshi, Hazel (1990) Social support. Teoksessa Sheila M. Peace Researching social gerontology. Concepts, methods and issues, London: Sage Publications, 32–45.

Raitanen, Tarjaliisa & Kuikka, Pekka (2004) Iäkkäiden ulkona liikkuminen ja autoilu. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, 467–475.

Rantanen, Taina & Sakari-Rantala, Ritva (2003) Toimintatestit. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 280–286.

Rapley, Mark (2003) Quality of life research. A critical introduction. London: Sage Publications.

Rissanen, Lea (1999) Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Acta Universitatis Oululensis D Medica 560. Oulu: University Press.

Roine, Kaija & Tarkka, Marja-Terttu & Kaunonen, Marja (2000) Säännöllisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita käyttämättömien yli 75-vuotiaiden vanhusten kotona selviytyminen. *Hoitotiede* 12 (6), 312–321.

Roos J. P. (1987) *Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämäkerroista*. Helsinki: Karisto.

Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu & Savikko, Niina & Tilvis, Reijo (2003) Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto, tutkimusraportti 3. Helsinki.

Ruonakoski, Annamari (2004) *Sujuvampi arki ikääntyville. Yhdyskuntien suunnittelu, rakentaminen ja ylläpito väestön ikääntyessä*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Ruoppila, Isto (2002) Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Marjatta Marin, (toim.) *Vanhuuden voimavarat*. Helsinki: Tammi, 119–149.

Ruoppila, Isto (2004) Iäkkäiden henkilöiden harrastukset. Teoksessa Tarjaliisa Raitanen, Tuomo Hänninen, Hannu Pajunen & Timo Suutama *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Helsinki: WSOY, 476–513.

Ruoppila, Isto & Heikkinen, Eino (1992) Iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn ja terveydentilan arviointi perusterveydenhuollossa. Teoksessa Riitta-Liisa Heikkinen & Timo Suutama *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 10*. Helsinki, 1–12.

Ruoppila, Isto & Suutama, Timo (1990) Psykkinen toimintakyky. Teoksessa Eino Heikkinen, Riitta-Liisa Heikkinen, Markku Kauppinen, Pia Laukkanen, Isto Ruoppila & Timo Suutama *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti, osa I. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosaston julkaisuja 1*. Helsinki, 13–44.

Ruoppila, Isto & Suutama, Timo (1994) Psyykkisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Teoksessa Jorma Kuusinen, Eino Heikkinen, Pekka HUUHTANEN, Juhani Ilmarinen, Juhani Kirjonen, Isto Ruoppila, Timo Vaherva, Olli Mustapää & Sirkka Rautoja Ikääntyminen ja työ. Työterveyslaitos, Helsinki: WSOY, 58–75.

Ruoppila, Isto & Suutama, Timo (2003) Kognitiivisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Anne Hietanen & Tiina-Mari Lyyra (toim.) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2. Helsinki, 155–170.

Ruth, Jan-Erik (1998) Elämänhallinta ikääntyessä. Teoksessa J.-P. Roos & Tommi Hoikkala (toim.) Elämänpolitiikka. Tampere: Gaudeamus, 314–329.

Rönnemaa, Tapani & Karppi, Sirkka-Liisa (1997) Yhteenveto. Teoksessa Tapani Rönnemaa & Sirkka-Liisa Karppi (toim.) Terveyden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti. Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 23. Turku, 157–161.

Saarenheimo, Marja (2003) Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.

Saarenheimo, Marja & Suutama, Timo (1995) Elämänhallinta ja vanhuuteen sopeutuminen. Teoksessa Paula Lyytinen, Mikko Korkiakangas & Heikki Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 454–472.

Saarela, Tuula (2002) Mielialaongelmien tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet U. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen oppaita 49. Helsinki, 161–165.

Salmela, Tuula (toim.) (1997) Autetaanko asiakasta - palvellaanko potilasta. Jyväskylä: Atena.

Salminen, Keijo & Suutama, Timo & Ruoppila, Isto (1990) Iäkkäiden elinolosuhteet sekä psyykkinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 3. Psyykkinen toimintakyky. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 69. Helsinki.

Sarola, Jukka-Pekka (1994) Asuinympäristön ja paikan merkitys vanhalle ihmiselle. Teoksessa Antti Uutela & Jan-Erik Ruth (toim.) Muuttuva vanhuus. Tampere: Gaudeamus, 116–131.

Sarola, Jukka-Pekka (1996) Vanhukset selviytyjinä. Vanhusten asuinalueet ja sosiaaliset verkostot.: Joensuun yliopisto: Yhteiskuntapolitiikan ja filosofian laitos, Yhteiskuntapolitiikan tutkimus. Joensuu.

Satka, Mirja (1993) Hyvinvointivaltion sosiaalityöstä kansalaisten sosiaalityöksi. Teoksessa Synnöve Karvinen (toim.) Sosiaalityön eettiset jännitteet. Sosiaalityön vuosikirja 1993. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto, 50–62.

Savikko, Niina & Huusko, Tiina & Pitkälä, Kaisu (2006) Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Tiina Huusko, Timo Strandberg & Kaisu Pitkälä (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Vanhustyön keskusliitto, Tutkimusraportti 12. Helsinki, 24–41.

Sheikh J. I. & Yesavage J. A. (1986) Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention*. New York: The Haworth Press, 165–173.

Sjöholm, Mari (2007) Kuntien järjestämät vanhusten palvelut 2005. Helsinki: Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (1996) Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 1. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2001) Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2002) Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. SOMERA-toimikunnan taustaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 21. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2003a) Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM (2003b) Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 20. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö STM & Suomen Kuntaliitto (2001) Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 4. Helsinki.

Stakes / SOTKANet (2007) Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa www-muodossa <http://www.stakes.fi> [viitattu 2.10.2007].

Stuck, Andreas E. & Walthert, Jutta M. & Nikolaus, Thorsten & Büla, Christophe J. & Hohmann, Christoph & Beck, John C. (1999) Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science & Medicine* 48 (4), 445–469.

Suomen Kuntaliitto (2002) RAVA-toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. Helsinki.

Suomen Kuntaliitto (2005) Ehkäisevät kotikäynnit vanhuksille - kehittämishanke. Haastattelulomake. Saatavissa www-muodossa: <http://www.kunnat.net> [viitattu 15.1.2005].

Suutama, Timo (2003) Muisti ja oppiminen. Teoksessa Eino Heikkinen & Taina Rantanen (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 174–184.

Suutama, Timo & Ruoppila, Isto & Kuikka, Pekka (1992) Kognitiivisten toimintojen arviointi. Teoksessa Riitta-Liisa Heikkinen & Timo Suutama *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti. Osa II. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 10*. Helsinki, 83–110.

Suutama, Timo & Ruoppila, Isto & Laukkanen, Pia (1999) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät- projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. *Kansaneläkelaitos: Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42*. Helsinki.

Suutama, Timo & Salminen, Keijo & Ruoppila, Isto (1988) Iäkkäiden elinolosuhteet sekä fyysinen ja sosiaalinen toimintakykyisyys. Osa 2. Fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 63*. Helsinki.

Suomen virallinen tilasto SVT (2003) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystilastot 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sosiaaliturva 2003:1. Helsinki.

Suomen virallinen tilasto SVT (2007) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystilastot 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Sosiaaliturva 2007. Helsinki.

Tilastokeskus (2007) Saatavissa www-muodossa: <http://www.stat.fi> [viitattu 7.9.2007].

Tilvis, Reijo (2003) Vanhus potilaana. Teoksessa Reijo Tilvis, Antti Hervonen, Pirkko Jäntti, Aapo Lehtonen & Raimo Sulkava Geriatria. Helsinki: Duodecim, 32–43.

Vaarama, Marja (2002) Tavoitteena vanhan ihmisen hyvä elämänlaatu. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet U. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, oppaita 49. Helsinki, 11–18.

Vaarama, Marja (2004) Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut - nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33. Helsinki, 132–198.

Vaarama, Marja & Hakkarainen, Anne & Laaksonen, Seppo (1999) Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.

Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 120–148.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2002) Ikääntyneiden palvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Antti Parpo (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2002. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 268. Helsinki, 76–105.

Vaarama, Marja & Voutilainen, Päivi & Kauppinen, Sari (2004) Ikääntyneiden hoivapalvelut. Teoksessa Matti Heikkilä & Milla Roos (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 36–59.

- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki, 104–135.
- Valtonen, Leena & Lahtinen, Yrjö & Paunio, Pekka (2001) Ikääntyneiden toimintakyvyn vertailua hoitomuodoittain. Pirkanmaa alueen kuntien RAVA-selvitys 2001. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Valvanne, Jaakko (2003) Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Reijo Tilvis, Antti Hervonen, Pirkko Jäntti, Apoo Lehtonen & Raimo Sulkava Geriatria. Helsinki: Duodecim, 343–368.
- Veenhoven, Ruut (2000) The four Qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1, 1–39.
- Verbrugge, Lois M. & Jette, Alan M. (1994) The disablement process. *Social Science & Medicine*. 38 (1), 1–14.
- Viljanen, Ville (2001) Huono-osaisuuden alueellinen kehitys 1990-luvulla. Laman ja sen jälkeisen talouskasvun vaikutukset. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Vilkko, Anni (1997) Ikääntyminen, muistot ja koti. Teoksessa Antti Karisto (toim.) Vanhuus kaupungissa. Miina Sillanpään syntymän 130-juotisjuhlakirja. Juva: WSOY, 168–183.
- Vilkko, Anni (1998) Kodiksi kutsuttu paikka. Teoksessa Matti Hyvärinen, Eeva Peltonen & Anni Vilkko (toim.) Liikkuvat erot. Sukupuoli elämäkertatutkimuksessa. Tampere: Vastapaino, 27–72.
- Voutilainen, Päivi & Vaarama, Marja & Peiponen, Arja (2002) Asiakaslähtöisyys. Teoksessa Päivi Voutilainen, Marja Vaarama, Kaisa Backman, Leena Paasivaara, Ulla Eloniemi-Sulkava & Harriet U. Finne-Soveri (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen oppaita 49. Helsinki, 38–42.
- Walker, Alan (2004) The ESRC Growing Older research programme 1999–2004. *Ageing and Society* 24 (5), 657–674.

Wenger G. Clare (2003) Interviewing older people. Teoksessa James A. Holstein & Jaber F. Gubrium Inside Interviewing: new lenses, new concerns. Sage Publications, 111–130.

World Health Organization WHO (1980) ICIDH / International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva.

World Health Organization WHO (1998) Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46 (12); 1569–850.

World Health Organization WHO (2001) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF / International Classification of Functioning, Disability and Health) Maailman terveystajärjestön yleiskokous 22.5.2001 (päättöslauselma WHA54.21)

Yesavage J.A. & Brink T.L. & Rose T.L. & Lum O. & Huang V. & Adey M.B. & Leirer V. O. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report: *Journal of Psychiatric Research* 17 (1), 37–49.

Yip J.Y. & Wilber K.H. & Myrtle R.C. & Grazman D.N. (2001) Comparison of older adults and proxy responses on the SF-36 health related quality of life instrument. *Aging & Mental Health* 5 (2), 136–142.

LIITE 1

Haastattelulomake vanhustentaloilla asuville yli 65-vuotiaille henkilöille

Aluksi kysyn Teiltä joitakin taustatietoja.

1. Sukupuolenne

- 1 mies
- 2 nainen

2. Oletteko tällä hetkellä

- 1 naimaton
- 2 naimisissa
- 3 avoliitossa
- 4 asumuserossa
- 5 eronnut, minä vuonna olette eronneet? vuonna _____
- 6 leski, minä vuonna puolisonne kuoli? vuonna _____

3. Syntymävuotenne _____

4. Asutteko tällä hetkellä

- 1 yksin
- 2 aviopuolison tai avopuolison kanssa
- 3 lapsen / lasten kanssa
- 4 puolison sekä lapsen / lasten kanssa
- 5 jonkun muun henkilön kanssa, kenen? _____

5. Kuinka kauan olette asuneet vanhustentaloilla? _____ vuotta

6. Missä asuitte ennen muuttoanne vanhustentaloille?

7. Kenen kanssa asuitte ennen muuttoanne vanhustentaloille?

- 1 yksin
- 2 puolison tai avopuolison kanssa kahdestaan
- 3 lapsen /lasten ja puolison kanssa
- 4 lasten kanssa ilman puolisoa
- 5 lapsen / lasten kanssa kahdestaan
- 6 sisaren/ sisarien tai veljen / veljien kanssa
- 7 muun henkilön kanssa, kenen? _____

8. Miksi muutitte asumaan vanhustentaloille?

	ei	kyllä
1 liikkumisvaikeuksien vuoksi	1	2
2 alentuneen yleisen toimintakyvyn vuoksi	1	2
3 avio- / avopuolison alentuneen toimintakyvyn / huonon terveyden vuoksi	1	2
4 terveydellisistä syistä	1	2
5 ihmissuhteisiin liittyvistä syistä (vaikeudet omaisten kanssa)	1	2
6 omaisten huoli	1	2
7 oman viihtyvyyden vuoksi	1	2
8 taloudellisista syistä	1	2
9 turvattomuuden vuoksi	1	2
10 yksinäisyyden vuoksi	1	2
11 asunnon / asuinympäristön puutteiden vuoksi	1	2
12 viranomaisten suosituksesta	1	2
13 vaikeudet saada apua kotiin	1	2
14 muusta syystä, mistä? _____	1	2

9. Halusitteko itse muuttaa asumaan vanhustentaloille?

- 1 ei
- 2 kyllä

**Seuraavaksi kysyn Teiltä nykyisestä terveydestänne ja kunnostanne.
(ITSEARVIOITU TERVEYS JA TOIMINTAKYKY)**

10. Onko nykyinen toimintakykynne / kuntonne yleisesti ottaen mielestänne?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 tyydyttävä, kohtalainen
- 4 huono, miksi? _____
- 5 erittäin huono, miksi? _____

11. Oletteko huolissanne terveydentilastanne ja jos olette niin kuinka paljon?

- 1 erittäin paljon, miksi? _____
- 2 paljon, miksi? _____
- 3 jonkin verran
- 4 vähän
- 5 ei ollenkaan

Seuraavat kysymykset käsittelevät muistianne.

12. Millaiseksi arvioitte muistinne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 tyydyttävä, kohtalainen
- 4 huono
- 5 erittäin huono

13. Kuinka paljon seuraavat asiat aiheuttavat Teille muistamisvaikeuksia?

	ei lainkaan	jonkin verran	paljon
a) nimet	1	2	3
b) kasvojen tunnistaminen	1	2	3
c) sovitut tapaamiset	1	2	3
d) mihin olette jättäneet jonkun tavaranne esim. avaimet	1	2	3
e) kun alatte tehdä jotakin unohdatte mitä olitte tekemässä	1	2	3
f) unohdatte keskustelun aikana mitä Teidän piti sanoa	1	2	3

Seuraavien kysymysten tarkoituksena on selvittää selviytymistänne arkipäivän toiminnoista ja apuvälineiden käyttöänne.

14. Kuinka selviydytte seuraavista arkipäivän toiminnoista?

	ei mitään vaikeuksia	vähän vaikeuksia	paljon vaikeuksia	tarvitsee toisen henkilön apua	ei selviydy autettuna- kaan	ei joudu tekemään
a) ruoan valmistaminen	1	2	3	4	5	6
b) pyykin peseminen	1	2	3	4	5	6
c) kevyet taloustyöt esim. tiskaaminen, imurointi	1	2	3	4	5	6
d) raskaat taloustyöt esim. siivous, ikkunoiden pesu	1	2	3	4	5	6
e) kaupassa käynti	1	2	3	4	5	6
f) asioilla käynti esim. apteekki, pankki	1	2	3	4	5	6
g) raha-asoiden hoitaminen	1	2	3	4	5	6
h) lääkkeidenotto ja annostelu	1	2	3	4	5	6
i) julkisten kulkuvälineiden käyttö	1	2	3	4	5	6
j) puhelimen käyttö	1	2	3	4	5	6

15. Onko Teillä käytössä jokin / joitakin seuraavista apuvälineistä ja jos on, miten käytätte niitä?

	Onko olemassa?		Miten käytätte?		
	ei	kyllä	päivittäin	toisinaan	ei lainkaan
a) liikkumisen apuväline sisällä esim. kävelykeppi, kyynärsauva, kainalosauva, rollaattori tms.)	1	2	3	4	5
b) liikkumisen apuväline ulkona (esim. rollaattori, pyöräkelkka tms.)	1	2	3	4	5
c) pyörätuoli	1	2	3	4	5
d) vuoteesta nousun ja siirtymisen apuväline	1	2	3	4	5
e) pukeutumisen apuväline	1	2	3	4	5
f) ruokailun apuväline	1	2	3	4	5
g) ruoanlaiton apuväline	1	2	3	4	5
h) peseytymisen apuväline (esim. suihkutuoli)	1	2	3	4	5
i) WC-toimintoihin liittyviä apuväline (esim. WC-istuimen korottaja)	1	2	3	4	5
j) turvapuhelin	1	2	3	4	5
k) silmälasit	1	2	3	4	5
l) muu näön apuväline kuin silmälasit	1	2	3	4	5
m) kuulokoje	1	2	3	4	5
n) muu kuulon apuväline kuin kuulokoje	1	2	3	4	5
o) muu apuväline, mikä?	1	2	3	4	5

16. Tarvitsetteko mielestänne uusia apuvälineitä tai parannuksia entisiin?

1 ei

2 kyllä, mitä? _____

Seuraavat kysymykset käsittelevät läheisiä ihmissuhteitanne ja harrastuksianne.

(SOSIAALINEN VERKOSTO JA OSALLISTUMINEN)

17. Onko Teillä lapsia?

- 1 ei
- 2 kyllä, kuinka monta heistä on elossa? _____ lasta

18. Onko Teillä lastenlapsia?

- 1 ei
- 2 kyllä, kuinka monta? _____ lastenlasta

19. Kuinka usein luonanne vierailaan / käydään (muut kuin kotihoidon työntekijät)?

- 1 päivittäin, kuka / ketkä? _____
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 5 ei koskaan

20. Kuinka usein itse vieraillette tai käytte toisen luona?

- 1 päivittäin
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 5 ei koskaan

21. Kuinka usein tapaatte nykyisiä naapureitanne?

- 1 päivittäin
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 5 ei koskaan

22. Kuinka usein olette puhelimitse yhteydessä sukulaisiinne, läheisiinne tai tuttaviiinne?

- 1 päivittäin
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 5 ei koskaan

23. Onko Teillä mielestänne riittävästi yhteydenpitoa toisten ihmisten kanssa?

- 1 riittävästi
- 2 haluaisin yhteydenpitoa useammin
- 3 haluaisin yhteydenpitoa harvemmin, miksi? _____

24. Osallistutteko kodin ulkopuolella järjestettävään toimintaan esim. yhdistystoiminta, kerhot, seurakunnan tilaisuudet, päivätoiminta, ohjattu liikunta?

- 1 päivittäin
- 2 viikoittain
- 3 kuukausittain
- 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 5 ei koskaan, miksi ette? _____

25. Onko Teillä vaikeuksia päästä osallistumaan toimintaan kodin ulkopuolella?

- 1 ei
- 2 kyllä, millaisia? _____

26. Haluaisitteko enemmän tai vähemmän yhdessäoloa muiden vanhustentaloilla asuvien kanssa?

- 1 paljon enemmän
- 2 hieman enemmän
- 3 saman verran kuin nyt
- 4 hieman vähemmän
- 5 paljon vähemmän
- 6 ei osaa sanoa

27. Mikäli vanhustentaloille tulisi ohjattua toimintaa, olisitteko halukas osallistumaan johonkin / joihinkin seuraavista?

	ei	kyllä
a) ohjattu liikunnan harrastaminen, millaista liikuntaa?	1	2
b) seurakunnan / järjestön järjestämä toiminta, millainen?	1	2
c) yhteiset kahvihetket	1	2
d) muistelupiiri	1	2
e) tietokoneen käytön opettelu	1	2
f) talkootoiminta esim. pihanlaitto, toisten asukkaiden auttaminen	1	2
g) muu toiminta, mikä?	1	2

Seuraavilla kysymyksillä haluan selvittää koetteko yksinäisyyttä tai turvattomuutta.

28. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

1 hyvin harvoin / ei koskaan

2 harvoin

3 usein, miksi? _____

4 melkein aina, miksi? _____

29. Onko Teidän elämässänne tapahtunut jokin /joitakin seuraavista muutoksista tai tapahtumista sinä aikana kun olette asuneet vanhustentaloilla?

	ei	kyllä
a) oma vakava sairastuminen	1	2
b) avio- / avopuolison vakava sairastuminen	1	2
c) avio- / avopuolison kuolema	1	2
d) muun perheenjäsenen tai läheisen omaisen vakava sairastuminen	1	2
e) muun perheenjäsenen tai läheisen omaisen kuolema	1	2
f) kuulon / näön / liikuntakyvyn nopea heikkeneminen	1	2
g) muuta, mitä?	1	2

30. Onko Teille tapahtunut tapaturmia kodissanne viimeksi kuluneen vuoden aikana (esim. kaatuminen, liukastuminen tms.)?

1 ei

2 kyllä, mitä? _____

31. Tunnetteko olonne turvalliseksi kotona?

1 ei

2 kyllä, mitkä tekijät luovat Teille turvallisuudentunnetta?

32. Ellette tunne oloanne turvalliseksi kotona, mitkä tekijät aiheuttavat Teille turvattomuutta?

33. Tunnetteko olonne turvalliseksi kodin ulkopuolella?

1 ei

2 kyllä

3 ei liiku kodin ulkopuolella

34. Ellette tunne oloanne turvalliseksi kodin ulkopuolella, mitä Te pelkäätte?

35. Myöhäisiän depressioseula GDS-15

(Isoilla kirjaimilla kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste.)

- | | | |
|---|--------------|-----------|
| a) Oletteko suurin piirtein tyytyväinen elämäänne? | kyllä | EN |
| b) Oletteko luopunut monista toimistanne ja harrastuksistanne? | KYLLÄ | en |
| c) Tuntuuko elämänne tyhjältä? | KYLLÄ | ei |
| d) Ikävystyttkö usein? | KYLLÄ | en |
| e) Oletteko useimmiten hyvällä tuulella? | kyllä | EN |
| f) Pelkäätekö että Teille tapahtuisi jotain pahaa? | KYLLÄ | en |
| g) Tunnetteko itsenne useimmiten tyytyväiseksi? | kyllä | EN |
| h) Tunnetteko itsenne usein avuttomaksi? | KYLLÄ | en |
| i) Pysyttekö mieluummin kotona kuin lähdette
ulos kokeilemaan uutta? | KYLLÄ | en |
| j) Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin muilla? | KYLLÄ | ei |
| k) Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää? | kyllä | EI |
| l) Tunnetteko itsenne nykyisellään jokseenkin arvottomaksi? | KYLLÄ | en |
| m) Oletteko mielestänne täynnä tarmoa? | kyllä | EN |
| n) Tuntuuko Teistä, että tilanteenne on toivoton? | KYLLÄ | ei |
| o) Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä
menee paremmin kuin Teillä? | KYLLÄ | ei |

Seuraavaksi kysyn Teiltä muutamia kysymyksiä liittyen asuntoonne. (FYYSINEN YMPÄRISTÖ)

36. Millaisia muutoksia nykyisessä asunnossanne on tehty, jotta selviytyisitte paremmin arkipäivän tilanteista?

- 1 ei ole tehty muutoksia
- 2 poistettu kynnyksiä
- 3 rakennettu luiskia
- 4 laitettu tukikahvoja ja -kaiteita
- 5 pesutilojen muutostyöt
- 6 keittiön muutostyöt
- 7 asennettu turvalaitteita, mitä? _____
- 8 muuta, mitä? _____

37. Tarvitsetteko asuntoonne korjauksia tai parannuksia, jotta voitte jatkossakin asua täällä?

- 1 ei
- 2 kyllä, mitä? _____

38. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asuntoonne?

- 1 hyvin tyytyväinen
- 2 tyytyväinen
- 3 melko tyytyväinen
- 4 tyytymätön, miksi? _____
- 5 hyvin tyytymätön, miksi? _____

39. Miten hyvä nykyinen asuntonne on mielestänne kotona selviytymisenne kannalta?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 tyydyttävä
- 4 melko huono, miksi? _____
- 5 huono, miksi? _____

40. Jos kuntonne heikkenee olennaisesti nykyisestä, missä siinä tapauksessa asuisitte kaikkein mieluiten?

- 1 nykyisessä asunnossani riittävien palvelujen turvin
- 2 lasten tai muiden sukulaisten luona
- 3 vanhusten palveluasunnoissa Kaisankodissa tai Saimikodissa
- 4 vanhainkodissa
- 5 muualla, missä?
- 6 ei osaa sanoa

41. Jonotatteko tällä hetkellä paikkaa toiseen asuntoon?

- 1 ei
- 2 kyllä, mihin? _____

Seuraavaksi haluan tietää mitä mieltä olette nykyisestä pihapiiristäne.

42. Tuottavatko seuraavat asuinympäristöön liittyvät tekijät hankaluuksia asumiseenne ja jos tuottavat missä määrin niistä on Teille haittaa?

	ei lainkaan	jonkin verran	paljon
a) asuinympäristön rauhattomuus, millainen?	1	2	3
b) palvelut kaukana	1	2	3
c) pitkä / hankala matka julkisten kulkuneuvojen luo	1	2	3
d) pihan vaikeakulkuisuus	1	2	3
e) asuinympäristön vaikeakulkuisuus	1	2	3
f) pihan huono valaistus	1	2	3
g) istuinpenkkien puute	1	2	3
h) kulkuväylien huono hiekoitus talvella	1	2	3
i) muu hankaluus, mikä?	1	2	3

43. Kuinka tyytyväinen olette asumiseen tällä asuinalueella?

- 1 hyvin tyytyväinen
- 2 tyytyväinen
- 3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön
- 4 tyytymätön, miksi? _____
- 5 hyvin tyytymätön, miksi? _____
- 6 ei osaa sanoa

44. Onko Teillä ehdotuksia siitä, mitä mielestänne voitaisiin tehdä, että tämä alue sopisi paremmin vanhemmille ihmisille?

45. Kuinka hyvin olette mielestänne sopeutuneet asumaan vanhustentaloilla?

- 1 erittäin hyvin
- 2 kohtalaisen hyvin
- 3 ei erityisen hyvin, miksi? _____
- 4 ei lainkaan, miksi? _____
- 5 ei osaa sanoa

46. Onko Teillä ikävä entiseen kotiinne?

- 1 ei
- 2 joskus
- 3 usein

47. Pitäisikö mielestänne näillä vanhustentaloilla asua vain iäkkäitä ihmisiä?

- 1 ei
- 2 kyllä, miksi? _____

Seuraavaksi kysyn muutamia kysymyksiä liittyen käyttämiinne palveluihin ja avun saantiinne. (SOSIAALINEN TUKI, PALVELUT)

48. Keneltä saatte apua / hoitoa arkipäivän toimista selviytymiseksi, minkälaista apua ja kuinka usein ?

49. Käytättekö jotakin / joitakin seuraavista palveluista ja jos käytätte, kuinka usein?

	päivittäin	useita kertoja viikossa	kerran viikossa	harvemmin kuin kerran viikossa	ei ole
a) palvelukeskus Pakarin päivätoiminta	1	2	3	4	5
b) lyhytaikainen hoito Kaisankodissa	1	2	3	4	5
c) saunapalvelut	1	2	3	4	5
d) pyykkipalvelut	1	2	3	4	5
e) ateriapalvelu kotiin	1	2	3	4	5
f) ateriointi palvelukeskus Pakarissa	1	2	3	4	5
g) kuljetuspalvelu	1	2	3	4	5
h) yksityinen siivouspalvelu	1	2	3	4	5
i) yksityinen hoivapalvelu	1	2	3	4	5
j) muu palvelu, mikä?	1	2	3	4	5

50. Saatteko mielestänne riittävästi palveluita ja apua /hoitoa nykyiseen asuntoonne?

1 ei, mitä palveluita / apua tarvitsisitte lisää?

2 kyllä

51. Kuinka tyytyväinen olette käyttämiinne palveluihin?

- 1 hyvin tyytyväinen
- 2 tyytyväinen
- 3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön
- 4 tyytymätön, miksi? _____
- 5 hyvin tyytymätön, miksi? _____
- 6 ei osaa sanoa

52. Minkälaiseksi koette taloudellisen tilanteenne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 tyydyttävä, kohtalainen
- 4 huono
- 5 erittäin huono

53. Mitä terveisiä haluaisitte esittää Punkalaitumen kunnalle?

SUOSTUMUS

Suostun siihen, että haastattelulomakkeeseen kirjattuja asioita voidaan käyttää tutkimustarkoituksiin ja vanhustentalojen kehittämisen pohjana henkilöllisyyteni paljastumatta.

Käynnin päivämäärä

Haastateltavan allekirjoitus

Haastattelijan allekirjoitus

TOIMINTAKYKYTESTIT

Rava **pisteet**

GDS –15 **pisteet**

Haastattelu alkoi klo

Haastattelu päättyi klo

Olivatko haastattelija ja haastateltava haastattelutilanteessa kahden kesken?

- 1 kyllä
- 2 ei, läsnä oli myös _____

Vastasiko haastateltava kaikkiin kysymyksiin itse?

- 1 kyllä
- 2 ei

Miten haastateltava suhtautui haastatteluun?

- 1 myönteisesti
- 2 neutraalisti
- 3 kielteisesti

Ilmenikö haastateltavalla selvää väsymistä tai asiassa pysymisen vaikeutta?

- 1 kyllä, missä kohdin? _____
- 2 ei

Esiintyikö haastateltavalla haastattelun kuluessa muistivaikeuksia tai – katkoksia?

1 paljon, missä kohdin niitä esiintyi?

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei lainkaan

Oliko haastateltavalla ymmärtämisvaikeuksia?

1 paljon, missä kohdin niitä esiintyi?

2 jonkin verran

3 hyvin vähän tai ei lainkaan

Arvio haastateltavan kotona pärjäämisestä lähitulevaisuudessa?

LIITE 2

ARVIOINTILOMAKE (RAVA-INDEKSI)

© Suomen Kuntaliitto

Kunta:		Alue:			Aluekoodi:		
		Sukupuoli: M N			Palvelun tuottajan koodi:		
Asumismuoto:	Koti	Palvelutalo, tavallinen			Y	K	Palvelutalo, tehostettu
		Vanhainkoti	Y	K	Hoiva-/pitkäaikaissairaala		Y K
Kotipalvelutunnit kuukaudessa	Y	tuntia/kk	Kotipalvelukerrat		Y	kertaa/kk	Omaishoidon
Kotisairaanhoidotunnit kuukaudessa	K	tuntia/kk	kuukaudessa		K	kertaa/kk	tuki €/kk
Kotisairaanhoidotunnit kuukaudessa	Y	tuntia/kk	Kotisairaanhoidokerrat		Y	kertaa/kk	
	K	tuntia/kk	kuukaudessa		K	kertaa/kk	
Hoitoisuus:							
rastita oman tuntemuksesi mukaan janalle							
0 Helppo Kohtalaisen helppo Keskiraskas Raskas 8 Erittäin raskas 10							
1. Näkö	1	Normaali (silmälasien kanssa tai ilman), ei haittaa päivittäisiä toimia					
	2	Heikko, myös apuvälineitä käyttäen, tarvitsee opastusta oudossa ympäristössä					
	3	Sokea					
2. Kuulo	1	Normaali, kuulee normaalin puheen ilman apuvälineitä					
	2	Alentunut, apuväline käytössä tai kuulee vain korotetun, selkeän puheen					
	3	Kuuro					
3. Puhe	1	Normaali, tuottaa selvää, ymmärrettävää puhetta					
	2	Epäselvä, puuromainen, sammaltava, takelteleva, osia sanoista puuttuu					
	3	Afasia, sanojen merkitys vaara, ei löydy oikeita sanoja, puhekyvytön					
4. Liikkuminen	1	Normaali, kävelee omatoimisesti ilman apuvälineitä (kävelykeppi sallitaan)					
	2	Epävarma, horjattelua, tarvitsee tukea esim. kolmipistekeppi					
	3	Telinekävelijä, tarvitsee liikkumiseen kävelytelineen tai kaksi tukikeppiä					
	4	Itsenäinen pyörätuolilla, omatoiminen pyörätuolilla, siirtyy omatoimisesti					
	5	Talutettava, ei löydä kohteita, ei pysty turvallisesti liikkumaan apuvälinein					
	6	Kaatuileva, apuvälineistä huolimatta kaatuilua toistuvasti					
	7	Nostettava pyörätuoliin, nostettava pyörätuoliin 1 -2 henkilön avustamana					
	8	Vuodepotilas, potilas hoidetaan vuoteeseen					
5. Virtsa	1	Normaali, tunnistaa virtsaamistarpeen, ei kastele					
	2	Kasteleva, ei tunnista virtsaamisen tarvetta tai ei pysty pidättämään virtsaa					
	3	Katetri, virtsaa katetrin kautta					
6. Uloste	1	Normaali, tunnistaa tarpeen, ulostaminen WC:ssä/WC-tuolissa, ei tuhri					
	2	Alle, ei hallitse suoltaan, ei tiedosta tarvetta, uloste alle/vaippaan					
	3	Tuhriva, puutetta pidätyskyvyssä, sotkee ulosteen kanssa paikkoja					
	4	Toimitettava, suoli toimii harvoin ilman lääkkeitä tai peräruiskeita					
7. Syöminen	1	Itse, tiedostaa nälkensä, ottaa lautaselle, pilkkoo ja syö ruoan ilman apua					
	2	Autettava, tarvitsee ohjausta, ruoka asetettava ja pilkottava lautaselle					
	3	Letkuruokinta, syöminen ja nieleminen ei onnistu, nenämahaletkuruokinta					
	4	Syötettävä, Täysin autettava ruokailussa, saattaa tiedostaa nälän					
8. Lääke	1	Itse, ei tarvitse valvontaa, annostelee ja ottaa itse lääkkeensä					
	2	Autettava, lääkkeet jaetaan dosettiin/annosmukiin, joista potilas ottaa itse					
	3	Valvottava, lääkkeet jaetaan ja varmistetaan, että potilas ottaa ja nielee ne					
9. Pukeutuminen	1	Itse, tiedostaa pukeutumistarpeen, omatoimisesti pukeutuu asianmukaisesti					
	2	Autettava, osin tai täysin autettava pukeutumisessa					
10. Peseytyminen	1	Itse, tiedostaa peseytymistarpeen, omatoiminen pesuissa (apua esim. selkä)					
	2	Autettava, täysin tai osittain autettava pesuissa (mm. jalkojen pesussa apua)					
11. Muisti	1	Normaali, aikaan ja paikkaan orientoitunut, muistaa menneet ja nykyiset					
	2	Alentunut, muistaa vanhat asiat paremmin kuin nykyiset, tietää, missä ollaan					
	3	Muistamaton, ei orientoitunut aikaan/paikkaan, ihmisten tunteminen vaikeaa					
12. Psykke/ käytös	1	Normaali, asiallinen, tasapainoinen, kommunikoi muiden kanssa					
	2	Masentunut, allapäin, haluton kaikkeen, eristäytyy, haluaa kuolla, itkee usein					
	3	Aggressiivinen, lyö, kiroilee, vastustaa hoitotoimenpiteitä yms.					
	4	Sekava, ei tiedä aikaa, paikkaa, harhainen, epäasiallinen käytös/puhe					
	5	Häiritsevää, äänekäs, häiritsee ympäristöään, herättää negatiivisia tunteita					
	6	Harhaileva, eksyy norm. ympäristössään, kuljeskelee jatkuvasti, karkailua					
	7	Kontaktikyvytön, henkilöön ei saa järkevää kontaktia, syvä dementia/tajuton					

ARVIOINTILOMAKE (RAVA-INDEKSI)

© Suomen Kuntaliitto

Lisäkysymys:

13. Asuminen	1	Yksin
	2	Yhdessä lähiomaisen, puolison tai muun henkilön kanssa

Täyttöpäivä (ppkkvvvv):2000
Täyttäjän nimi:	_____

OHJEITA:

Kuntien RAVA- poikkileikkaustutkimuksissa arviointilomake täytetään kaikista kunnan järjestämien avo- ja laitospalvelujen piirissä olevista 65 - vuotta täyttäneistä asiakkaista, jotka ovat säännöllisen hoidon tai palvelujen piirissä. Myös ostopalveluna tai maksusitoumuksella hankituissa tai muuten kunnan tukemassa yksityisessä hoidossa olevat asiakkaat tulevat mukaan tutkimukseen.

Ulkopuolelle jäävät pelkästään tukipalveluja saavat ja tilapäisen/satunnaisen kotihoidon, erikoissairaanhoidon, terveyskeskuksen vastaanotto toiminnan ja akuutin vuodeosastohoidon, päiväkodin, päiväsaaran, sekä kehitysvamma-, päihdehuollon ja mielenterveysyksiköissä asuvat asiakkaat.

Ikä, merkitään asiakkaan ikää vastaava ikäryhmä arviointihetkellä.

Sukupuoli ympyröidään joko **M = mies tai N = nainen** kirjain

Asumismuoto:

Koti, henkilö asuu omassa kodissa

Palvelutalo, tehostettu, käsittää palveluasumisen, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Asukas saa palveluja jokapäiväiseen selvitymiseen. Palvelut ovat ammattihenkilöiden antamia.

Palvelutalo, tavallinen, käsittää palveluasumisen, jossa henkilökunta ei ole paikalla ympäri vuorokauden. Asukas saa palveluja jokapäiväiseen selvitymiseen. Palvelut ovat ammattihenkilöiden antamia.

Vanhainkoti tai vastaava, jossa henkilökunta on paikalla ympäri vuorokauden. Henkilö on pitkäaikais- hoidossa.

Hoiva/pitkäaikaissairaala, jos henkilö on sairaalatasoisessa laitoksessa pitkäaikaishoidossa.

Palvelutalo, vanhainkoti ja pitkäaikaissairaala osioissa **Y = yksityinen, K = kunnallinen** palvelun tuottaja.

Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon **käynnit** merkitään kuukautta kohti.

Vaihtoehtona voidaan laittaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon **tunnit** kuukaudessa.

Molemmat voi merkitä, mikäli ne ovat tiedossa. Tiedot merkitään viimeisen toteutuneen laskutuksen mukaan.

Erikseen merkitään käynnit/tunnit kunnallisen=**K** ja yksityisen=**Y** palveluntuottajan osalta.

Hoitoisuus, merkitään arvio siitä, kuinka raskaaksi henkilökunta kokeen arvioitavan hoitoisuuden toimintaky- vystä riippumatta. Tummalta viivalle merkitään rasti siihen kohtaan, joka parhaiten vastaa arviota välillä helppo-ra:

Kysymyksiin 1 - 12 voi merkitä vain yhden vaihtoehdon. Jos asiakkaan tila tai selviytyminen vaihtelee, merkitään vaikeampi vaihtoehto. Kysymykseen 12 rastietaan voimakkain tai asiakkaan tilaa parhaiten kuvaava psyyke/käyttösoire.

Kysymys 13 on tarkoitettu lisäkysymykseksi ainoastaan kotona asuville.

LIITE 3

Punkalaitumen kunta
Vanhustyö

Maaliskuussa 2005

Hyvä vanhustentalojen asukas

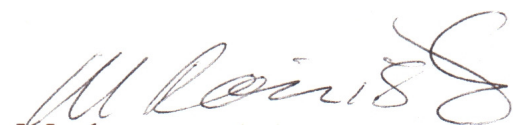
Punkalaitumen kunnassa on meneillään vanhustentalojen asukkaille suunnattu kehittämishanke. Hankkeen toteuttaa Punkalaitumen kunta ja sen tarkoituksena on tukea vanhustentaloilla asuvien ikäihmisten kotona selviytymistä.

Hankkeeseen liittyen kaikilta yli 65-vuotiailta vanhustentalojen asukkailta pyydetään suostumusta kotikäynnin suorittamiseksi. Kotikäynti tullaan tekemään maaliskuu- huhtikuun aikana ja sen suorittaa Aune Linnainmaa. Kotikäynnillä kartoitetaan selviytymistänne päivittäisistä arkielämän toiminnoista sekä tekijöitä, jotka mahdollisesti hankaloittavat jokapäiväistä elämää. Tavoitteena on tukea Teitä asumaan mahdollisimman pitkään nykyisessä kodissanne. Mielenpitemme ja oma arvionne kotona selviytymisestä ovat ensiarvoisen tärkeitä kehitettäessä vanhustentaloja hyväksi paikaksi asua.

Kotikäyntipäivä on _____ klo _____
Kotikäynti on teille maksuton ja osallistuminen on vapaaehtoista. Kaikki kotikäynnin aikana esille tulleet asiat käsitellään ehdottoman luottamuksellisina ja yhdessä Teidän kanssanne sovitaan mahdollisista jatkotoimenpiteistä.

Mikäli Teille tulee este tai ette halua kotikäyntiä olkaa ystävällinen ja ilmoittakaa siitä kotihoidontyöntekijälle tai Aune Linnainmaalle puh.

Ystävällisin terveisin



Marketta Roinisto
Vanhustyönjohtaja