

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaalialan koulutusohjelma

Elina Repo & Tuulia Stellberg

”Kyl mie pärjään!”– Toisen avusta riippuvaiseksi joutuminen aiheuttaa turvattomuutta ikääntyneille Etelä-Karjalassa

Opinnäytetyö 2014

Tiivistelmä

Elina Repo & Tuulia Stellberg

”Kyl mie pärjään!”—Toisen avusta riippuvaiseksi joutuminen aiheuttaa turvattomuutta ikääntyneille Etelä-Karjalassa, 44 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön koulutusohjelma

Sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2014

Ohjaajat: lehtori Tiina Väänänen ja lehtori Marko Raitanen

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikääntyneiden kokema turvattomuutta Etelä-Karjalassa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää, onko turvattomuuden aiheuttajilla yhteyttä koettuun terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tavoitteena oli, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset saisivat uusia näkökulmia ikääntyneiden turvattomuuteen ja voisivat hyödyntää saamaansa tietoa asiakastyössä.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu HEA-hankkeen (Hyvinvointia ja Energiatohokkuutta Asumiseen) esittelystä, turvattomuudesta, ikääntymisestä ja hyvinvoinnista. Hyvinvointi rajattiin koskemaan koettua terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineisto oli kerätty HEA-hankkeen toteuttamasta postikyselystä, joka postitettiin 3000:lle 60—90 –vuotiaalle henkilölle Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Kyselyn lopullinen otoskoko oli 1014. Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla.

Tulosten mukaan merkittävin turvattomuutta aiheuttava tekijä oli joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta. Vastanneista 50 prosenttia koki voimakasta turvattomuutta sen vuoksi. Muita merkittäviä turvattomuuden aiheuttajia olivat hoitopalvelujen korkea hinta, muistin heikkeneminen, hoitopalvelujen heikko laatu, laitoshoitoon joutuminen ja vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa. Turvattomuuden kokemuksilla oli yhteys ikääntyneiden kognitiiviseen toimintakykyyn, koettuun terveyteen ja elämänlaatuun.

Jatkotutkimusaiheet voisivat olla hoitopalvelujen hintaan, laatuun ja saatavuuteen liittyvät selvitykset. Jatkossa voitaisiin myös tutkia, miten media vaikuttaa ikääntyneiden kokemaan turvattomuuteen ja miksi laitoshoitoon joutuminen huolestuttaa ikääntyneitä.

Asiasanat: HEA-hanke, hyvinvointi, ikääntyminen, turvattomuus

Abstract

Elina Repo & Tuulia Stellberg

"I'll be fine!" Becoming dependent on others contributes to insecurity in the elderly of South Karelia, 44 pages

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services

Degree Programme in Nursing

Degree Program in Social Services

Bachelor's Thesis 2014

Instructor: Senior Lecturer Tiina Väänänen & Senior Lecturer Marko Raitanen

The purpose of this thesis was to describe a common phenomenon faced by the elderly in South Karelia, which is insecurity. Another purpose was to investigate whether there is a link between perceived health, functional capacity and quality of life. The aim of this thesis was to provide new knowledge for social and health care professionals to make use of when dealing with older people.

The theoretical framework used consists of the HEA-project, insecurity, aging and well-being. This study is quantitative. Data was collected from the HEA-project that was implemented by postal surveying. This survey was posted to 3000 people in the suburbs of South Karelia, who were of 60-90 years of age. The final sample size was 1014. The data collected for this study was analyzed using the SPSS- software.

Results showed that the most significant factor causing insecurity was being dependent on others for help. Fifty percent of the respondents experienced a strong feeling of insecurity because of this. Other major causes of this feeling of insecurity was the high cost of care, memory loss, poor quality of care, being institutionalized and also difficulty getting healthcare when it is needed. Experiences of insecurity were found to be linked to cognitive functioning, perceived health and quality of life.

Follow-up research for this study could be done on the provision of prices, quality, and availability of healthcare. Other research topics could include the effects of media on this insecurity faced by the elderly and also their worries on being institutionalized.

Keywords: HEA-project, wellbeing, aging, insecurity

Sisältö

1 Johdanto	5
2 HEA-hanke opinnäytetyön taustalla	7
3 Hyvinvointi.....	8
3.1 Terveys.....	9
3.2 Toimintakyky	10
3.3 Elämänlaatu	11
4 Ikääntyminen.....	11
5 Turvattomuus	15
6 Aiemmat tutkimukset turvattomuudesta	16
6.1 Suomalainen turvattomuus.....	16
6.2 Suomi — Euroopan turvallisin maa?	18
6.3 Suomalaisien ikääntyneiden yksinäisyys.....	19
7 Opinnäytetyön tarkoitus	20
7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja kohderyhmä	20
7.2 Tutkimuskysymykset	21
8 Opinnäytetyön toteutus	21
8.1 Tutkimustyyppi	21
8.2 Tiedonkeruumenetelmä ja tutkimusaineiston hankinta	21
8.3 Aineiston analysointi.....	22
9 Tutkimuksen arviointi	24
9.1 Reliabiliteetti	24
9.2 Validiteetti.....	24
10 Tulokset	25
10.1 Turvattomuuden aiheuttajat.....	25
10.2 Turvattomuuden yhteys koettuun hyvinvointiin	28
10.3 Yhteenveto	32
11 Pohdinta.....	33
11.1 Tutkimuksen tulokset, tavoitteet ja luotettavuus	33
11.2 Mitä tulokset merkitsevät sosiaali- ja terveysalan näkökulmasta?	34
11.3 Aiemmat tutkimustulokset.....	37
11.4 Jatkotutkimusaiheet.....	38
11.5 Opinnäytetyöprosessi	38
Kuviot	41
Taulukot.....	41
Lähteet.....	42

1 Johdanto

Hallitusohjelmassa 17.6.2011 on asetettu sisäisen turvallisuuden tavoitteeksi, että *Suomi on Euroopan turvallisim maa, jossa ihmiset ja eri väestöryhmät kokevat yhteiskunnan yhdenvertaisena ja oikeudenmukaisena* (Sisäisen turvallisuuden ohjelma). Sisäasiainministeriöllä on erityinen toimintaohjelma ”Turvallinen elämä ikääntyneille”. Ohjelmajulkaisussa todetaan turvattomuuden lisääntyvän iän myötä. Sen mukaan ikääntyneet ovat erityisen haavoittuvassa asemassa. Monet palvelut tuodaan kotiin, ja ikääntyneen luona käyvät ihmiset voivat olla hänelle tuntemattomia. Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ja jatkuvat uudistukset saattavat myös tehdä palvelujen käytöstä vaikeaa ikääntyneelle. Terveystoimien saatavuus ja laatu ovat usein tärkein ikääntyneiden turvallisuuteen vaikuttava tekijä, kun asiaa kysytään heiltä itseltään. (Turvallinen elämä ikääntyneille.)

Turvallisuuteen on kiinnitetty huomiota myös Lappeenrannassa, jossa toteutettiin turvallisuuskysely vuonna 2013. Kyselyyn vastasi 994 henkilöä, joista 90 prosenttia pitää Lappeenrantaan turvallisenä asuinpaikkana. Turvattomuutta aiheuttivat kyselyn mukaan huono liikennekäyttäytyminen ja poliisin palvelutason heikkeneminen. Lisäksi terveystoimien ja perusopetuksen heikkeneminen aiheuttivat huolta vastanneille. Rikollisuus ja rasismi eivät nousseet esille turvattomuuden aiheuttajina. (Lappeenrannan kaupunki.)

Olemme havainneet, että yhä huonokuntoisempia ja yksinäisempiä ikääntyneitä asuu kotonaan. Joidenkin ainoa sosiaalinen kontakti voi olla kotihoidon työntekijä. Etelä-Saimaa -lehden mukaan Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimien, Eksote, vähentää ikääntyneiden laitoshoidon paikkoja ja lisää kotihoidon osuutta (Etelä-Saimaa 2013), kuten valtakunnallisissa tavoitteissa on linjattu.

Sama aihe, joka meitä on mietityttänyt, on koskettanut myös Etelä-Saimaa -lehden lukijaa. Seuraava mielipidekirjoitus on julkaistu lehdessä 15.11.2012.

Itsepetosta puheissa vanhusten hoidosta

Tällä kirjoituksella ei ole tarkoitus pelotella vanhuksiamme(...) vaan esittää näkemyksiä vanhusten hoidon todellisuudesta(...)Kaikkine puutteineenkin entinen vanhainkotijärjestelmä turvasi vanhuksille riittävän hoidon niin määrällisesti kuin laadullisesti. Se vähensi yksinäisyyden tuomaa turvattomuutta, mutta ennen kaikkea se mahdollisti elämän kunnioittamisen.(...) jouduin toteamaan, ettei kaikkien vanhusten kohdalla toteutettu avohoito ollut paras mahdollinen hoitoratkaisu, sillä monasti yksinäisyys ja siitä ponnistava turvattomuus aiheutti hallitsemattomia ongelmia.

Tällä hetkellä on kuitenkin vähän tietoa ikääntyneiden kotona tuntemasta turvattomuudesta ja sen syistä, vaikka on todettu, että turvattomuudella ja yksinäisyydellä on keskeinen merkitys ikääntyneen toimintakyvyn ja kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen. Nämä taas vaikuttavat kasvaneeseen avuntarpeeseen ja saattavat aikaistaa ikääntyneen laitoshoidon siirtymistä. (Pitkälä, Routasalo, Savikko & Tilvis 2006.) Raitasen (2013) mukaan uuden keskustelunavauksen ikääntyneiden turvallisuuteen on tehnyt tutkija Marinka Lanne. Artikkelissaan *Käsityksiä kotona asuvan ikäihmisen liittyvistä tarpeista ja palveluista* Lanne esittää, että yksittäisen turvattomuutta aiheuttavan tekijän poistaminen ei aina vähennä turvattomuutta. Esimerkiksi kotona pysyminen kaatumisen pelossa voi aiheuttaa yksinäisyyttä. (Raitanen 2013.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisina meidän on hyvä ymmärtää ikääntyneiden turvattomuuden haasteita ja niiden huomioonottamista suhteessa tulevaisuuden asiakas- ja potilastyöhön. Olisi myös hyvä kyseenalaistaa omia käsityksiään siitä, mikä voi tuntua turvalliselta tai aiheuttaa turvattomuutta. Ikääntyneiden turvattomuutta käsittelevä teema valikoitui opinnäytetyömme aiheeksi Saimaan ammattikorkeakoulun HEA-hankkeen ansiosta. Toinen meistä osallistui HEA-hankkeen toteutukseen opintoihin kuuluvana osana. HEA-hanke on Metropolia Ammattikorkeakoulun koordinoima hanke, jolla on useita osatoteuttajia. Saimaan ammattikorkeakoulun osahanke keskittyy ikäihmisen hyvinvointiin haja-asutusalueella.

Teemme moniammatillisen opinnäytetyön hoitotyön ja sosiaalialan näkökulmasta. Moniammatillisuuden puolesta puhuvat myös Mönkkönen ja Karvinen. Heidän artikkeleidensa mukaan monialainen työote parantaa ikääntyneiden palvelujen laatua ja kustannustehokkuutta. (Mönkkönen 2013; Karvinen 2009.)

Opinnäytetyömme on kvantitatiivinen ja sen teoreettinen viitekehys koostuu HEA-hankkeen esittelystä, hyvinvoinnin osa-alueista, ikääntyneiden turvattomuudesta, ikääntymisestä ja aiemmista turvattomuuden tutkimustuloksista. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia ja sitä, onko näillä yhteys koettuun terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat 60-90 –vuotiaat Etelä-Karjalan haja-asutusalueella asuvat henkilöt.

2 HEA-hanke opinnäytetyön taustalla

HEA (Hyvinvointia ja Energiatehokkuutta Asumiseen) -hanke on Metropolia Ammattikorkeakoulun hallinnoima hanke, jota rahoittaa Etelä-Suomen maakuntien EU-yksikkö ja Päijät-Hämeen liitto. Hankkeessa kehitetään kysyntä- ja käyttäjälähtöisiä innovatiivisia palvelumalleja ja ratkaisuja, jotka edistävät erityisesti ikäihmisten hyvinvointia ja tukevat energiatehokasta asumista. Hankkeen yhteistyökumppaneita ovat Aalto-yliopiston CKIR-yksikkö, Green Net Finland ry, Ammattikorkeakoulu Arcada, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Lappeenrannan teknillinen yliopiston tutkimusyksikkö Technology Business Research Center, Laurea-ammattikorkeakoulu, Saimaan ammattikorkeakoulu ja Turun ammattikorkeakoulu. Kehitystyötä tehdään kuudessa eri osahankkeessa yhteistyössä ikäihmisten, heidän omaistensa, kuntien, tutkijoiden ja muiden verkostojen kanssa. Osahankkeissa innovoidaan erilaisia asuin- ja palvelutaloja, palveluyksiköitä ja asuinyhteisöjä. Hankkeen tarkoituksena on vahvistaa uusien palvelutuotteiden ja -mallien avulla ikääntyvien ihmisten asumisen turvallisuuden kokemusta. (HEA-hanke, Metropolia Ammattikorkeakoulu.)

Saimaan ammattikorkeakoulu on osatoteuttajana hankkeessa, ja sen osaprojektin nimi on ”Ikäihminen kotona haja-asutusalueella”. Osaprojektin tavoitteena on selvittää Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteisiin kuuluvilla haja-asutusalueilla asuvien ikäihmisten palvelutarpeita ja asumisympäristön muutostarpeita, jotka mahdollistavat kotona asumisen mahdollisimman pitkään. Osaprojekti on jaettu kolmeen työpakettiin: 1) Hyvinvoinnin ja asumisen tukipalveluiden tarvekartoitus, jossa tavoitteena on selvittää asiakkaiden palvelutarpeita ja suunnitella näitä vastaavia palveluiden tuottamistapoja. Palvelukonseptien kehittämiseen akti-

voidaan mukaan pienyrittäjiä ja kolmatta sektoria. 2) Esteettömyys-, energia- ja ympäristötekniinen kartoitus, jonka tavoitteena on selvittää menetelmiä ja ratkaisuja esteettömään liikkumiseen, rakennusten kuntoon ja energian taloudelliseen käyttöön. Selvitysten perusteella laaditaan korjaussuunnitelmia kustannusarvioineen asiakkaalle ja ohjeistetaan viranomaisyhteistyössä. 3) Kustannushyötylaskelmat, jotka hankkeesta saatujen tietojen perusteella lasketaan vertailu kokonaiskustannuksista asumisen tukemisen ja vaihtoehtoisten palveluasumis-
muotojen välillä. (HEA-hanke, Saimaan ammattikorkeakoulu.)

3 Hyvinvointi

Hyvinvointi käsitteenä kattaa kaiken sen, mikä on hyvää elämää yksilölle (Matti-
la, 2009). Hyvinvoinnin osatekijät voidaan jakaa kolmeen kokonaisuuteen. Näitä
ovat materiaallinen ja koettu hyvinvointi sekä terveys. Materiaalisen hyvinvointiin
kuuluvat elinolot ja toimeentulo. Koettuun hyvinvointiin vaikuttavat tyytyväisyys
terveydentilaan ja materiaaliseen elintason sekä yksilön oma kokemus siitä,
millä tasolla näiden tulisi olla. (Wilkinson & Pickett 2009, Vaaraman, Moision ja
Karvosen, 2010, 13 mukaan.)

Yhteistä hyvinvoinnille ja sen alakäsitteille on niiden moniulotteisuus. Hyvinvoin-
tia, terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan mitata objektiivisesti, mutta
ne sisältävät myös sisäisen, yksilön oman subjektiivisen arvion. (Vaarama, Moi-
sio ja Karvonen 2010, 10-20.)

Amartya Sen ja Martha Nussbaum (2000) ovat laatineet hyvinvoinnin teorian
(capabilities approach), jonka mukaan ihmisen hyvän elämän osatekijöitä ovat
seuraavat kymmenen ihmiselle ominaista kykyä, joita jokaisen demokraattisen
valtion tulisi tukea. (Mattiila 2009.)

Elämä	Täysmittainen ja täysipainoinen elämä
Fyysinen terveys	Terveys ja kyky lisääntyä
Fyysinen koskemattomuus	Kyky liikkua paikasta toiseen ja olla suojassa väkivallalta
Aistimukset, mielikuvitus ja ajattelu	Mahdollisuus oppia ja vapaus käyttää oppimaansa luovasti
Tunteet	Tunnekokemusten kehittäminen ilman pelkoa, mahdollisuus rakastaa ja tulla rakastetuksi
Käytännöllinen viisaus	Mahdollisuus kehittää oma käsitys hyvästä ja tarkastella kriittisesti oman elämänsä suunnittelua
Yhteys toisiin ihmisiin	Kyky elää yhdessä toisten kanssa ja tuntea empatiaa
Huoli toisista eläinlajeista	Kyky huolehtia eläimistä, kasveista ja luonnosta
Leikki	Kyky nauraa, leikkiä ja nauttia harrastuksista
Ympäristön kontrolloiminen	Oikeus osallistua poliittiseen vaikuttamiseen, omistamis-, puhe- ja kokoontumisvapaus

Taulukko 1. Hyvinvoinnin teoria (capabilities approach) Seniä ja Nussbaumia mukaillen (Mattila 2009)

Eräs tunnettu hyvinvoinnin teoria on Allardtin *Hyvinvoinnin ulottuvuudet* vuodelta 1976. Kananojan, Niirasen & Jokirannan (2008, 91) mukaan Allardtin hyvinvoinnin jäsentely sisälsi kolme ulottuvuutta: 1)elintason, 2)yhteisyyssuhteet ja 3)itsensä toteuttamisen. Näistä käytetään usein englanninkielistä vastinetta *having, loving, being*. Elintasaan kuuluvat toimeentulo, asuminen ja terveys. Yhteisyyssuhteisiin liittyvät osallisuus ja ihmissuhteet lähiyhteisöihin, kuten perheeseen ja ystäviin. Itsensä toteuttaminen tarkoittaa mielekästä vapaa-ajan toimintaa ja vaikutusmahdollisuuksia. (Kananoja, Niiranen & Jokiranta 2008.)

3.1 Terveys

Eri tieteenaloilla terveys määritellään eri tavoin. WHO:n esittämässä määritelmässä terveys ei ole sairauden puuttumista, vaan täydellisen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Hoitotieteellisestä näkökulmasta ikääntyneiden fyysistä hyvää oloa on tutkittu sen perusteella, kuinka he selviytyvät arjen toiminnoista, millaisena he kokevat terveytensä ja onko heillä kipuja tai väsymystä. Psyykkistä hyvää oloa tarkastellaan mielenterveyden, kuten pelkojen ja

ahdistuksen perusteella. Sosiaalinen hyvä olo rakentuu ihmissuhteista. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 54.)

Huttusen (2012) mukaan *terveys on koko ajan muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa*. Koettu terveys määritellään yksilöllisesti ja oma kokemus terveydentilasta on tärkein. Terveysten kokemus saattaa poiketa ammattilaisen arviosta, sillä sairastunut ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hän saisi hoitoa jonkin vamman tai sairauden vuoksi. Omaan arvioon terveydestä vaikuttavat henkilökohtaiset tavoitteet ja elinympäristö. (Huttunen 2012.)

3.2 Toimintakyky

Ikääntyneen toimintakykyä voidaan tarkastella joko toiminnan vajavuuksina tai jäljellä olevana toimintakykynä. Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisessä toimintakyvyssä korostuvat tuki- ja liikuntaelimestön sekä hengitys- ja verenkiertoelimestön toimintakyky. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat kognitiiviset ja psykomotoriset toiminnot sekä psyykinen hyvinvointi. Sosiaalinen toimintakyky määrittyy ympäristön ja yksilön välisenä vuorovaikutuksena. Hyvään sosiaaliseen toimintakykyyn sisältyy harrastuksia ja muita vapaa-ajanviettotapoja, kontakteja ystäviin ja tuttaviiin sekä uusien ihmissuhteiden luomista. (Lyyra 2007, 21.)

Toimintakykyyn kuuluu myös kokemuksellinen arviointi. Kokemukselliseen toimintakykyyn kuuluvat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus ja se on laaja-alainen käsitys omasta toimintakyvystä. (Tiihonen 2007.) Toimintakykyyn voi kuulua myös hengellinen ulottuvuus. Siihen kuuluvat usko ja luottamus toisiin ihmisiin sekä oman uskon tunnustaminen. Toisille hengellinen toimintakyky voi merkitä omia arvoja, elämäkatsomusta ja suhdetta elämään ja kuolemaan. (Sufuca.)

Toimintakyvyn osa-alueet ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa ja vaikuttavat samanaikaisesti. Heikentynyt liikuntakyky voi hankaloittaa sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. Tällöin sosiaalinen toimintakyky on yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn. (Lyyra 2007, 21.)

3.3 Elämänlaatu

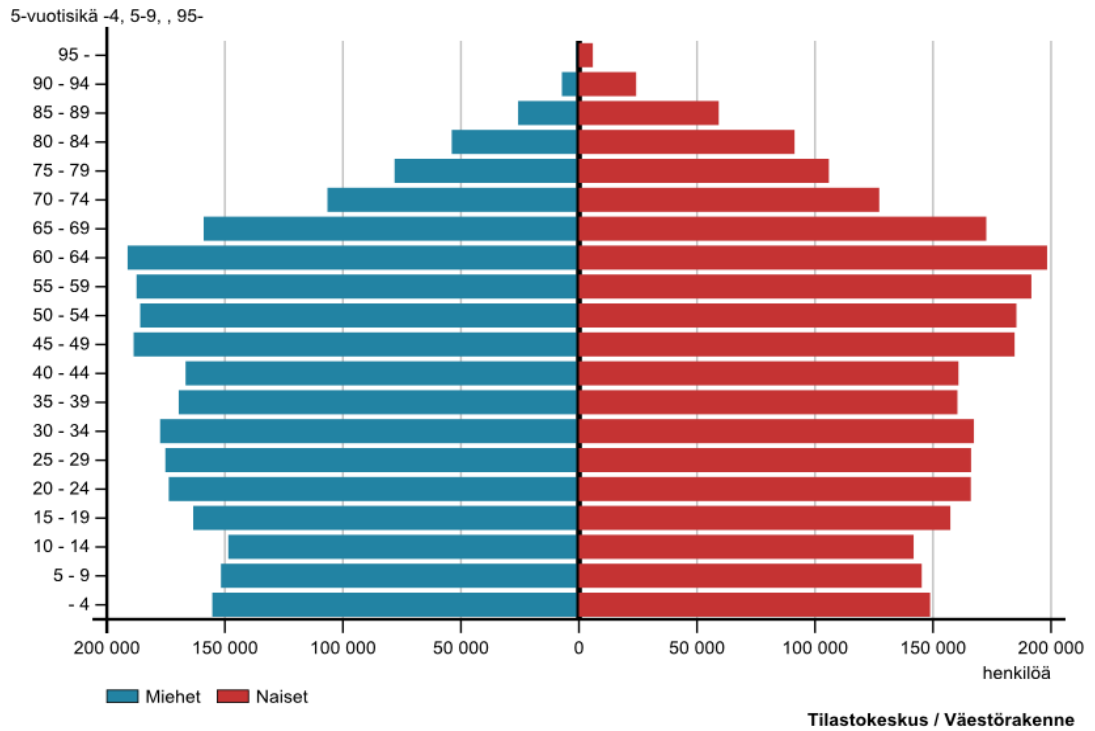
Elämänlaadun käsitteelle ei ole teoreettista kokoavaa viitekehystä. Elämänlaatu tarkoittaa objektiivista ja yksilön subjektiivista arviota siitä, miten asiat ovat seuraavilla ulottuvuuksilla; terveys, tuottavuus, materiaallinen ja emotionaalinen hyvinvointi, intiimiys, turvallisuus ja yhteisöllisyys. (Cummins 1997, Vaaraman, Luoman, Siljanderin & Meriläisen 2010, 150 mukaan.)

Vaarama et al. (2010, 150) viittaavat Georgeen (2005) kirjoittamalla, että termejä elämänlaatu ja hyvinvointi käytetään usein toistensa synonyymeina. Ikääntyneiden hyvinvoinnille ja elämänlaadulle ovat tärkeitä hyvä terveys, psyykinen hyvinvointi, toimivat sosiaaliset verkostot ja riittävä toimeentulo. (Hughes 1990, Bowling 1997 & 2007 ym. Vaaraman et al. 2010, 150-151, mukaan.)

4 Ikääntyminen

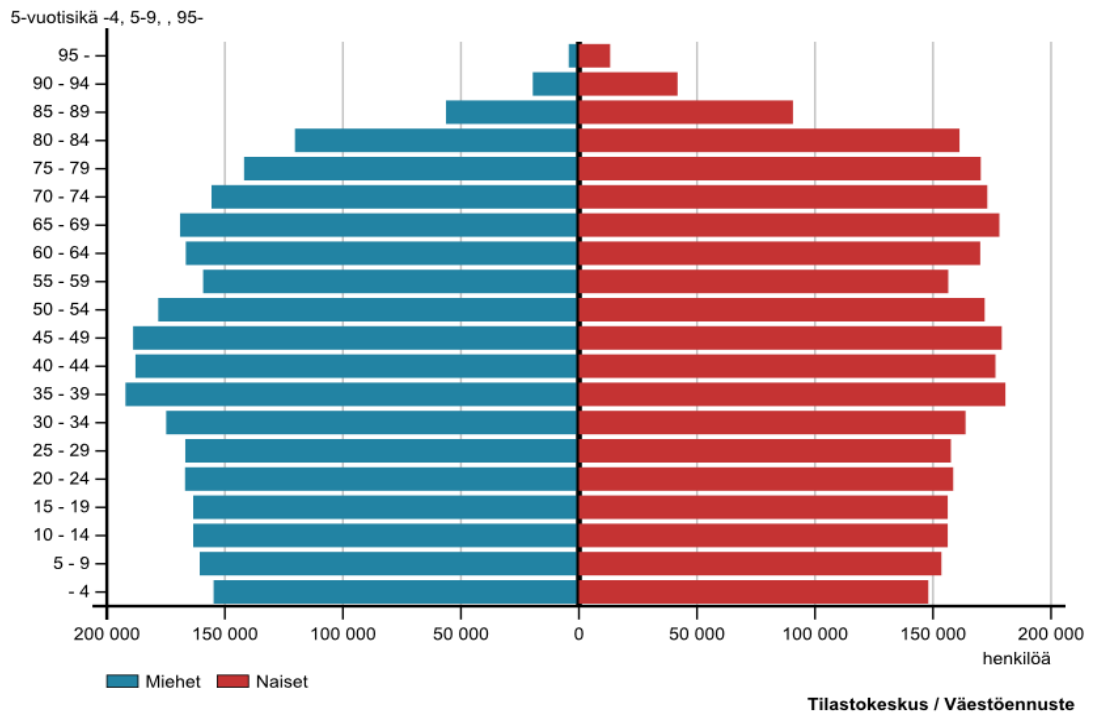
Yhteiskuntamme ikääntyy vauhdilla. Yli 65-vuotiaiden osuuden väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Kuvioissa 1 ja 2 havainnollistetaan väestön ikääntymistä valtakunnallisesti. Myös huoltosuhde heikkenee: Suomessa se oli vuoden 2012 lopussa 54,3 ja ennusteen mukaan 60 huollettavan raja ylittyisi vuonna 2017 ja 70 huollettavan raja vuoteen 2028 mennessä. Etelä-Karjalan huoltosuhde on maan keskiarvoa korkeampi eli 58,8. Huoltosuhde kuvaa työelämän ulkopuolella olevan väestön suhdetta työikäiseen väestöön, joten siinä huomioidaan vanhusväestön lisäksi myös lapset ja nuoret. (Väestöennuste 2012; Väestörakenne 2012.)

Ikärakenne 2012 KOKO MAA



Kuvio 1. Suomen ikärakenne 2012 (Suomen kuntaliitto)

Ikärakenne väestöennusteen mukaan 2030 Koko maa



Kuvio 2. Suomen ikärakenne 2030 (Suomen kuntaliitto)

Väestön ikääntyminen siis vaatii pikaisia ja tehokkaita toimenpideohjelmia, joista yksi on Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen kuntaliiton laatima ikäihmisten palvelujen laatusuositus, joka muun muassa painottaa siirtymää ikääntyneiden laitoshoidosta kotona selviämiseen riittävin tukitoimin. Valtakunnallisina tavoitteina vuoteen 2012 mennessä oli, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91–92 prosenttia asuu kotona itsenäisesti tai kattavan palvelutarpeenarvioinnin perusteella myönnettyjen tarkoituksenmukaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen turvin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuositusta on uudistettu vuonna 2013. Uuden laatusuosituksen tavoitteena on turvata terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Lisäksi laatusuositus ohjaa kuntia uuden vanhuspalvelulain toimeenpanossa. Ikääntyneen toimintakyvyn tukeminen parantaa koettua elämänlaatua, vähentää sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja hillitsee näin hoitokustannuksia. Laatusuositus tarkastelee lisäksi osallisuutta, palveluja, asumista sekä hoitopalvelujen henkilöstöä ja johtamista. Laatusuosituksessa korostuu ikääntyneiden osallisuuden vahvistaminen siten, että ikääntyneet huomioidaan palvelujen kehittämisessä ja päätöksenteossa. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013.)

Palvelujen ja toimintatapojen osalta suositus ohjaa lisäämään ja monipuolistamaan kotiin annettavaa tukea. Erityisen tärkeänä nähdään erilaisten kuntoutuspalvelujen lisääminen, jotta mahdollisimman moni ikääntynyt voisi asua kotonaan. Henkilöstön osalta laatusuositus ohjaa riittävien resurssien kohdistamiseen koti- ja laitoshoidossa. Laatusuosituksien tavoitteita seurataan paikallisesti ja valtakunnallisesti. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2013.)

Kivelä ja Vaapio (2011, 20) toteavat, että *ikäkkäiden on voitava luottaa saavansa tarvitessaan hyvälaatuisia palveluita ja olevansa tasa-arvoisia hoidon ja palveluiden saamisessa*. Heidän mukaansa kuntalaisten luottamus palvelujen järjestäjiin, tapaturmien ja väkivallan ehkäisy sekä turvallinen asuinympäristö lisäävät kaikkien turvallisuuden tunteita. Hiltunen-Touran et al. mukaan Etelä-Karjalassa ikääntyneiden palvelujen tarve on 10 prosenttia korkeampi kuin keskimäärin Suomessa (Immonen, Koivuniemi, Natunen & Laasonen 2012, 10).

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen ikääntyminen

Ikääntyminen aiheuttaa fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia muutoksia. Nämä muutokset ovat väistämättömiä, mutta niiden alkamisajankohtaan ja etenemiseen vaikuttavat perintötekijöiden lisäksi myös yksilön elintavat ja ympäristö. Suomessa ikääntyminen elämänvaiheena kytketään tyypillisesti eläkeiän rajaan eli ikävuosiin 63-68 ja tästä eteenpäin. Koska ikääntyminen on yksilöllistä, myös sosiaali- ja terveystalvelujen tarve vaihtelee yksilöllisen tarpeen mukaan, eikä jokainen ikääntynyt tarvitse samanlaista palvelua ja tukea. (Malm, Matero, Repo & Talvela, 2004, 405.) HEA-hankkeessa toteutettu postikysely lähetettiin 60 vuotta täyttäneille henkilöille, joten tässä opinnäytetyössä käsittelemme ikääntyneinä tämän iän ylittänyttä väestöä.

Tyypillisiä ikääntymiseen liittyviä fyysisiä muutoksia ovat näön ja kuulon heikkeneminen, väsyminen, motoristen taitojen heikkeneminen ja vartalon painuminen kumaraan. Myös virtsanpidätysongelmat sekä lisääntynyt virtsaamisen tarve ja tasapainoastin heikentynyt toiminta vaikuttavat monen ikääntyneen jokapäiväiseen elämään. Erityisesti aistitoimintojen heikkeneminen aiheuttaa merkittävää haittaa arjessa selviämiseen. Näkö- ja tasapainokyvyn heikentyminen yhdistettynä lisääntyneeseen virtsaamistarpeeseen lisää kaatumisen riskiä. (Malm et al. 2004, 405-406.)

Aiemmin on ajateltu, että älykkyys, oppimiskyky, ajattelu ja muisti heikentyvät automaattisesti ihmisen ikääntyessä. On kuitenkin havaittu, että näiden toimintojen muutokset ovat enemmänkin vaikutuksessa ihmisen motivaation ja mielenkiinnon kuin ikääntymisen kanssa. (Malm et al. 2004, 406-407.) Ikääntyminen saattaa lisätä passiivisuutta ja sosiaalista eristäytymistä, jolloin ihminen kääpertyy omaan elämäntilanteeseensa ja sosiaalinen verkosto rappeutuu. (Malm et al. 2004, 407.)

Primääriset ja sekundaariset ikääntymisen muutokset

Primäärisillä muutoksilla tarkoitetaan sellaisia ikääntymisen vaikutuksia, jotka ovat biologisia ja väistämättömiä. Ne ovat luonteeltaan palautumattomia ja johtavat elimistön toimintakyvyn heikkenemiseen. Muutos voi kuitenkin olla hidasta ja tapahtua yksilöllisesti. Sekundaarinen muutos tarkoittaa sairaudesta tai

vammasta johtuvaa estettä, joka vaikuttaa toimintakykyyn. Usein ikääntyneen haasteet selvitä arjen toiminnoista ovat enemmän yhteydessä sekundaarisiin kuin primäärisiin muutoksiin. (Malm et al. 2004.)

5 Turvattomuus

Turvattomuuden tai turvallisuuden käsitteillä voidaan yksinkertaisimmillaan kuvata jotain konkreettista uhkaa tai yksilön sisäistä kokemusta. Toisin sanoen käsitteillä tarkoitetaan yksilön ulkoista eli objektiivista tai koettua eli subjektiivista tilaa taikka niiden keskinäistä suhdetta. Yksilötasolla turvattomuuden tunne ilmenee pelkoina, huolestuneisuutena ja psykosomaattisena oireiluna eli yhtä aikaa psyykkisenä sekä fyysisenä ongelmana. Yksilötasolla turvattomuus voidaan ymmärtää tarpeena, joka ei tyydyty, sillä turvallisuus on ihmiselle ominainen perustarve. Tarveteoreettinen käsitys pohjaa siihen, että yksilön mahdollisuus tyydyttää sekä henkiset että aineelliset tarpeensa on hyvinvoinnin perusta. (Niemelä 2000, 167-168.) Turvattomuuden kokemukset ovat yksilöllisiä, mutta toisaalta ne kytkeytyvät myös sukupuoleen, ikään, elämänvaiheeseen, sosio-ekonomiseen asemaan, toimeentuloon sekä varhaisiän kokemuksiin (Niemelä & Lahikainen 2000, 10).

Turvattomuus on käsitteenä laaja, eikä sen sisältöjä ole avattu kovinkaan kattavasti julkisessa keskustelussa. Tätä on pohtinut myös Koskela (2009, 16) toteamalla, että turvattomuuden moniulotteisuus ja kasvanut paine turvallisuuteen ovat yhteiskunnassamme melko uusia ilmiöitä. Tästä johtuen kukaan ei ole vielä kovinkaan jäsentyneesti tutkinut sitä, mihin kaikkeen turvattomuus ja pelko ovat yhteydessä ja kuinka ne vaikuttavat yhteiskuntaamme.

Turvattomuuden kokemukset ovat hyvin yksilöllisiä. Turvattomuutta aiheuttavat uhat koetaan eri tavoin. Se, mikä järkyttää toisen perusturvallisuutta, voi toiselle olla mitätön seikka. Niinpä toisen ihmisen kokeman turvattomuuden arviointi on vaikeaa. (Raatikainen 1991, Pitkälän, Routasalon, Savikon ja Tilviksen 2006, 198 mukaan.) Turvallisuutta lisäämään tarkoitettut tekijät, kuten turvapuhelimet tai kotipalvelun kontrollikäynnit, eivät välttämättä lisää ikäihmisen omaa turvallisuuden tunnetta (Leikas ym. 1996 & Saarenheimo 2004, Pitkälän et al. 2006,

198 mukaan). On myös tärkeää erottaa toisistaan riskitilanteisiin liittyvä turvattomuus ja jatkuva yleinen turvattomuus eli objektiivinen ja subjektiivinen turvattomuus (Pitkälä et al. 2006, 199).

Turvattomuuden tarkastelussa on tärkeää ymmärtää, että turvallisuus on perustuslakiin kirjattu oikeus. Suomen perustuslain 7 §:n mukaan jokaisella on oikeus elämään sekä henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Turvallisuus on myös YK:n ihmisoikeusjulistuksen kolmannessa artiklassa taattu oikeus: kullakin yksilöllä on oikeus elämään, vapauteen ja henkilökohtaiseen turvallisuuteen (Suomen YK-liitto).

6 Aiemmat tutkimukset turvattomuudesta

Suomalaisesta turvattomuudesta on julkaistu vuosien varrella useita tutkimuksia, esimerkiksi Poliisin valtakunnallinen turvallisuustutkimus ”Suomi—Euroopan turvallisin maa?” (2009), etujärjestöjen tutkimushankkeet, kuten vanhustyön keskusliiton ”Suomalaisten Ikääntyneiden yksinäisyys” (2002) sekä yliopistojen tutkimushankkeet, kuten Kuopion yliopiston laaja tutkimushanke ”Suomalainen turvattomuus” (1997), johon monissa käyttämissämme lähteissä viitataan.

6.1 Suomalainen turvattomuus

Valtakunnallinen tutkimus toteutettiin vuonna 1997, ja siihen osallistui 6784 henkilöä. Tuolloin merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia Suomessa tutkimuksen mukaan olivat ympäristön saastuminen, ihmisten keskinäinen välinpitämättömyys, väkivaltarikollisuus, sosiaali- ja terveystalouden supistaminen sekä työttömyys. Eri väestöryhmien välillä oli kuitenkin eroavaisuuksia turvattomuuden aiheuttajissa. Tuloksien perusteella paikannettiin kahdeksan erilaista turvattomuusryhmää, joista kolmanneksi suurin oli ryhmä eläkkeellä selviytymisen suhteen turvattomat. Tähän ryhmään kuuluivat selkeästi iäkkäimmät vastaajat. (Niemelä 1997; Niemelä 2000.)

Eläketulojen niukkuus, yksinasuminen ja joutuminen riippuvaiseksi toisen avustaja aiheuttivat tälle ryhmälle eniten turvattomuuden tunteita. Ryhmään kuuluvat

olivat huolissaan selviytymisestään ja itsenäisen toimintakykynsä säilymisestä. Naisia ja miehiä kuului tähän ryhmään lähes yhtä paljon, ja keskimääräistä useampi oli leski tai eronnut, naimattomia ryhmässä ei ollut juuri lainkaan. Tutkijat ovatkin päätelleet, että yksinasumisesta johtuva turvattomuus ei ole useinkaan oma valinta, vaan seurausta leskeydestä tai erosta. (Niemelä 1997; Niemelä 2000.)

Ryhmään kuuluvien tyypillisin toimeentulonlähde oli eläke, joka oli verraten niukka, ja kaikista vastaajista ryhmässä olikin eniten pienituloisia. Tuloksista ilmenikin useiden tyytymättömyys tulojen riittämättömyyteen. Yleisesti elämäänsä tyytymättömiä tässä ryhmässä oli keskimääräistä enemmän, samoin kuin elämäänsä melko tyydyttävänä pitäviä, mutta erittäin tyytyväisiä elämäänsä tässä ryhmässä oli vähän. Tälle ryhmälle oli tyypillistä kokea psykosomaattisia oireita, kuten väsymystä, ahdistuneisuutta, masennusta, keskittymisvaikeuksia, päänsärkyä, vatsavaivoja, unettomuutta, itsemurha-ajatuksia, yleistä turvattomuutta, yksinäisyyttä ja huomattavan paljon muistin heikkenemistä. Toisaalta ryhmään kuului myös terveeksi itsensä kokevia henkilöitä, joten hyvinvointi on jakautunut epätasaisesti. (Niemelä 1997; Niemelä 2000.)

Eläkkeellä selviytymisensä suhteen turvattomien ryhmässä otettiin paljon apua vastaan lapsilta, naapureilta ja yhteiskunnalta. Olennaista on se, että ryhmässä oli verraten paljon vastaajia, jotka kokivat, että lapset ja naapurit välittävät heistä. Hyvät ihmissuhteet eivät siis näyttäisi suojaavan täysin turvattomuuden kokemuksilta. Yhteistä ryhmään kuuluville olivat myös haastavat elämäntapahtumat, taloudelliset vaikeudet, kuolemantapaukset, sairaudet ja lapsuuden heikko huolenpito. Tulevaisuuden huolenaiheina ryhmässä nousivat esiin terveydentilan muutokset, ihmissuhteet sekä sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Tähän ryhmään kuuluvien elämänhallintakeinot näyttäytyivät melko negatiivisina. Ryhmään kuuluvat välttelivät keskimääräistä enemmän asioiden puntaroimista ja ongelmanratkaisua. He eivät luottaneet itseensä eivätkä löytäneet haasteellisten tilanteiden hyviä puolia, vaan hyväksyivät asiat sellaisina kuin ne olivat, yrittämättä vaikuttaa asiointilaan. (Niemelä 1997; Niemelä 2000.)

6.2 Suomi — Euroopan turvallisin maa?

Poliisi teki vuonna 2009 kansallisen turvallisuuskyselyn, jossa tiedusteltiin kansalaisten mielipiteitä ja kokemuksia turvallisuudesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä sekä huolestuneisuutta rikoksista ja mahdollisia rikoskokemuksia. Tutkimukseen osallistui 46 139 suomalaista, joten tutkimus oli laaja. Se tuotti tietoa erityisesti poliisiin toimintojen kehittämiseen. Tutkimuksessa selvitettiin kansalaisten turvallisuuden kokemuksia omalla asuinalueella ja julkisilla paikoilla sekä rikollisuuden vakavuutta asuinalueella ja asuinviihtyvyyttä häiritseviä tekijöitä. (Suominen 2009.)

Tutkimus osoitti, että iäkkäimmät vastaajat pitivät asuinalueensa turvattomuutta suurempana verraten nuorempiin vastaajiin. Yli 60-vuotiaista naisista jopa 28 prosenttia koki asuinalueellaan turvattomuutta, saman ikäryhmän miehillä vastaava luku oli 11 prosenttia. Turvattomuuden kokemukset julkisilla paikoilla ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä verraten vuosiin 2003 ja 2006, eikä ikääntyneitä ole kyseisissä tilastoissa eritelty. Huomionarvoista on se, että Etelä-Karjalan alueella julkisia paikkoja pidetään keskimääräistä turvallisempina. (Suominen 2009, 14.)

Tutkimuksessa kartoitettiin myös tulevaisuuden uhkakuvia ja huolenaiheita vastaajan omaan elämään, asuinkuntaan sekä yleisesti yhteiskuntaan liittyen. Huolen määrä näytti lisääntyvän iän myötä jokaisessa aihealueessa, pois lukien työelämää ja tietoturva koskevat huolenaiheet, jotka koskivat pääasiassa nuoria ja työikäistä väestöä. Ikääntyneillä vastaajilla korostui erityisesti huoli poliisi- ja pelastuspalvelujen saatavuuden heikkenemisestä, sillä puolet yli 60-vuotiaista vastaajista oli huolissaan tästä. (Suominen 2009.)

Tutkimus osoitti, että turvattomuuden tunteet lisäävät yksilön huolestuneisuutta eli jossakin asiassa turvattomuutta kokevat tuntevat muita enemmän huolta myös muista tekijöistä. Myös sosiaalinen aktiivisuus ja luottamus kanssaihmiin vaikuttavat huolestuneisuuden asteeseen, sillä harvemmin kuin kuukausittain ystäviään ja sukulaisiaan tapaavat vastaajat sekä varauksellisesti muihin suhtautuvat yksilöt olivat enemmän huolissaan kaikista kysytyistä asioista. (Suominen 2009.)

6.3 Suomalaisen ikääntyneiden yksinäisyys

Vanhustyön keskusliiton tutkimuksessa selvitettiin kotona ja palvelutaloissa asuvien ikääntyneiden kokemaa turvattomuutta ja sen yhteyttä yksinäisyyteen, psyykkiseen hyvinvointiin sekä sosiaalisten kontaktien määrään ja niiden laatuun. Tutkimus toteutettiin vuonna 2002, ja siihen osallistui 4113 vastaajaa, joista 9 prosenttia koki elämänsä turvattomaksi. Tutkimuksessa havaittiin, että turvattomuuden tunteisiin olivat yhteydessä vastaajan taustatekijät, fyysinen terveys, sosiaalinen toiminta sekä psyykinen hyvinvointi. Sukupuolella oli vaikutusta turvattomuuteen, sillä naiset kokivat olevansa turvattomampia kuin miehet. (Pitkälä et al. 2006.)

Vastaajan iällä ei näyttänyt olevan vaikutusta turvattomuuteen, mutta toisaalta tutkimus toteutettiin vain 75 vuotta täyttäneille henkilöille. Naimisissa olevat vastaajat kokivat tutkimuksen mukaan vähemmän turvattomuutta kuin muut vastaajat. Toimeentulolla ja koulutustasolla havaittiin olevan yhteys turvattomuuden kokemuksiin: mitä alhaisempi koulutus ja heikommaksi koettu toimeentulo, sitä turvattomammaksi vastaajat kokivat itsensä. Terveet ja toimintakykyiset vastaajat kokivat olonsa turvallisemmaksi kuin sairaaksi tai toimintakyvyltään rajoittuneeksi itsensä kokevat vastaajat. Mielenkiintoista oli havainto, että palvelutalossa asuvat vastaajat kokivat enemmän turvattomuutta kuin kotonaan asuvat. (Pitkälä et al. 2006.)

Tämä tutkimus antoi hieman toisenlaista tietoa sosiaalisten suhteiden yhteydestä turvattomuuden kokemukseen kuin aiemmin esitelty ”Suomalainen turvattomuus” -tutkimus, sillä tässä tutkimuksessa havaittiin, että sosiaalisella aktiivisuudella on vaikutusta turvattomuuteen. Ne vastaajat, jotka kävivät aktiivisemmin tapahtumissa, kuten kerhoissa, teatterissa tai seurakunnan toiminnoissa, kokivat elämänsä muita vastaajia turvallisemmaksi. Myös ne vastaajat, joilla oli enemmän kuin viisi ystävää, kokivat elämänsä turvallisemmaksi. (Pitkälä et al. 2006.)

Perhesuhteiden osalta tapaamistiheydellä ei näyttänyt olevan suurta vaikutusta turvattomuuteen, vaan oleellisempaa turvallisuuden kokemuksen kannalta näytti olevan vastaajan tunne siitä, että läheiset ymmärtävät häntä. Huomioitavaa on

kuitenkin se havainto, että vaikka tapaamiskertojen tiheys ei suoranaisesti vaikuttanut turvattomuuden kokemuksiin, niin näiden tapaamisten tuli täyttää odotukset ja olla laadukkaita vaikuttaakseen myönteisesti. Tosin ”Suomi — Euroopan turvallisin maa?” -tutkimus osoitti, että harvemmin kuin kuukausittain läheisiään tapaavat henkilöt tunsivat turvattomuutta muita vastaajia enemmän. (Pitkälä et al. 2006.)

Turvattomuuden kokemuksilla on yhteys psyykkiseen hyvinvointiin. Turvattomuutta tuntevat vastaajat olivat muita useammin tyytymättömiä elämäänsä, kokivat itsensä tarpeettomaksi ja heillä oli vähemmän elämänhalua kuin muilla vastanneilla. Yksinäiseksi ja masentuneeksi kokevat vastaajat tunsivat myös turvattomuutta enemmän kuin ne vastaajat, jotka eivät kärsineet yksinäisyydestä. (Pitkälä et al. 2006.)

Yhteenvetona tutkimuksen tuloksista voidaan todeta, että turvattomuuden tunne on yhteydessä sukupuoliin, heikko-osaisuuteen, sairastavuuteen, toimintakykyyn, yksinäisyyteen, sosiaalisesti köyhään elämään sekä psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkimuksen perusteella on mahdotonta tietää, onko turvattomuuden kokemus syy vai seuraus esimerkiksi yksinäisyyteen. Yksilö voi kokea olonsa turvattomaksi eikä uskalla hakeutua ihmisten seuraan tai kokea turvattomuutta, koska on yksinäinen. Yhteistä on kuitenkin näiden ilmiöiden elämänlaatua heikentävä vaikutus. Tutkimuksen mukaan ikääntyneen henkilön turvattomuuden ja yksinäisyyden kokemuksen tunnistaminen ja ilmiön lieventäminen ovat haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle, jotta ikääntyneiden kotona selviämistä voidaan tukea ja parantaa. (Pitkälä et al. 2006.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus

7.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja kohderyhmä

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ikääntyneiden turvattomuutta. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, onko turvattomuudella yhteys koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Kuvaamme saamiamme tuloksia tässä opinnäytetyöraportissa. Tavoitteenamme on, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset saisivat uutta tietoa ikääntyneiden turvattomuudesta. Lisäksi toi-

vomme, että tuloksemme toisivat uusia näkökulmia asiakastyöhön kotona asuvien ikääntyvien parissa. Tutkimuksemme kohderyhmänä olivat haja-asutusalueella Etelä-Karjalassa kotonaan asuvat 60–90 -vuotiaat ikääntyneet henkilöt.

7.2 Tutkimuskysymykset

1. Mitkä tekijät ovat merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia?
2. Onko merkittävimmillä turvattomuuden aiheuttajilla yhteyttä koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun?

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Tutkimustyyppi

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus pyrkii selvittämään vastauksia kysymyksiin *mikä, kuinka usein ja kuinka paljon*. Kvantitatiivisella tutkimuksella voidaan myös selvittää asioiden välisiä riippuvuuksia tai ilmiöissä tapahtuvia muutoksia. Selvitettävää ilmiötä pyritään siis kuvaamaan numeerisesti, ja tuloksia voidaan esittää taulukoin tai kuvioin. (Heikkilä 2010,16-17). Tutkimustyyppinä käytämme kvantitatiivista tutkimusmenetelmää.

8.2 Tiedonkeruumenetelmä ja tutkimusaineiston hankinta

Tiedonkeruumenetelmämme on survey-tutkimus eli laaja kyselytutkimus. Survey-tutkimus tarkoittaa laajaa kysely- tai haastattelututkimusta, jolloin aineisto kerätään tutkimuslomaketta käyttäen. Tämä tutkimusmenetelmä on tehokas ja taloudellinen, mikäli tutkittavia on runsaasti. (Heikkilä 2010, 19.) Lisäksi on huomioitavaa, että tutkimusryhmämme koostuu ikäihmisistä, joten esimerkiksi erilaiset sähköiset tutkimuslomakkeet eivät sovellu tarkoitukseen. Olisi ollut työlästä kerätä näin laaja aineisto, mikäli olisi pitänyt selvittää esimerkiksi sähköpostiosoitteita. Sen lisäksi monet ikäihmiset eivät käytä tietokonetta.

Tutkimusaineisto on kerätty HEA-hankkeessa toteutetussa postikyselyssä. Kyselyjä lähetettiin 3000 kappaletta. Tutkimukseen vastasi 1121 kohderyhmän henkilöä, joiden yhteystiedot hankittiin satunnaisotannalla väestörekisterikes-

kuksesta postinumeroiden ja vastaajien iän perusteella. Palautuneista lomakkeista hylättiin epätäydellisesti vastatut lomakkeet, joten lopulliseksi otoskooksi jäi 1014.

Tutkimuslomake oli 16-sivuinen ja sisälsi kysymyksiä muun muassa terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä seikoista, palvelujen tarpeista ja käytöstä sekä turvattomuudesta. Lomake testattiin ikääntyneillä ennen käyttöönottoa, jotta mahdolliset virheet olisivat tulleet esille.

Saimme opinnäytetyömme aineiston HEA-hankkeen toteuttamasta postikyselystä työelämäohjaajalta. Kysely postitettiin 3000:lle 60–90 -vuotiaalle henkilölle, jotka asuvat Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Kyselyn vastausprosentti oli 37,3 %. Hyväksytyjä vastauksia oli 1014. Vastaajien ikäjakauman keskiarvo oli 71,33 vuotta. Otoksen ikäjakauma mukailee Etelä-Karjalan väestön todellista ikäjakaumaa.

Rajasimme opinnäytetyömme aiheen koskemaan turvattomuutta ja sen vaikutusta koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Poimimme aineistosta näitä teemoja mittaavat osuudet käyttöömmee, sillä aineisto on kokonaisuudessaan laaja ja käsittää myös kokemuksia palveluista ja lähiympäristöstä.

8.3 Aineiston analysointi

Tietokoneohjelmat ovat yleistyneet määrällisen tutkimusaineiston analysoinnissa. Tekniikan kehittyessä yhä suurempien tutkimusaineistojen käsittely onnistuu helposti ja nopeasti erilaisten ohjelmien avulla. Tilasto-ohjelmat saattavat olla kuitenkin niin kalliita, ettei yksittäinen tutkija voi hankkia sellaista käyttöönsä. Raportointi tapahtuu tekstinkäsittelyohjelman avulla, joten valittaessa tilasto-ohjelmaa on huomioitava myös ohjelmien keskinäinen soveltuvuus. (Heikkilä 2010, 121).

Analysoimme aineiston SPSS-ohjelmalla (Statistical Package for Social Sciences), koska laajan aineiston käsittely vaatii jonkin tietokoneohjelmiston käyttöä (Heikkilä 2010, 122.) SPSS-ohjelmisto on käytössä oppilaitoksessamme ja saimme sen käyttöömmee opinnäytetyötä varten. Ohjelma on yhteensopiva Mic-

rosoft Office –ohjelmiston kanssa, joten kuvioiden ja taulukoiden siirtäminen raporttiin oli tällöin mahdollista.

Ensimmäisenä tarkastelimme aineiston jakaumaa eli sitä, noudattavatko vastaukset normaalijakaumaa. Teimme histogrammit, joista saatoimme havaita, ettei aineisto noudata normaalijakaumaa. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia. Teimme SPSS-ohjelmalla keskiarvokuvaajan turvattomuuden aiheuttajista. Selvitimme myös vastausten jakaantumista asteikolla 1-7 taulukossa, jossa pyydetään vastaamaan, missä määrin seuraavat asiat aiheuttavat turvattomuutta (1=Erittäin paljon, 4=Jonkin verran, 7=Ei lainkaan). Teimme näistä frekvenssitaulukot ja tarkastelimme vastausten jakautumista. Huomioimme kumulatiivisen prosenttiluvun, sillä mielenkiintomme oli nimenomaan niissä muuttujissa, jotka aiheuttivat voimakkaita turvattomuuden tunteita.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli selvittää, onko turvattomuudella yhteyttä koettuun terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Testasimme aineiston Spearmanin korrelaatiotestillä, sillä aineisto ei noudata normaalijakaumaa. Korrelaatiokertoimien avulla selvitimme vastausta tutkimuskysymykseemme. Pöimimme ohjelmasta lisäksi frekvenssitaulukot kuvaamaan vastausten jakaantumista. Tarkastelimme, miten vastaajat ovat arvioineet omaa toimintakykyään, terveyttään ja elämänlaatuaan.

Korrelaatiotesti ei antanut vastauksia tutkimuskysymykseemme, sillä emme saaneet juuri tilastollisesti merkitseviä tuloksia. Päädyimme tekemään ristiintaulukointia. Kokeilimme ensin ristiintaulukointia kaikkien muuttujien kesken. Tuloksissa ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, sillä yksittäiset vastausvaihtoehdot olivat saaneet pieniä arvoja vastausten jakaantuessa useampiin luokkiin. Päädyimme yhdistelemään luokkia, jotta saisimme ristiintaulukointia onnistumaan. Testasimme aineiston Khiin neliötestillä, sillä aineisto ei noudata normaalijakaumaa.

Olimme valinneet turvattomuutta kuvaaviksi muuttujiksi ne, jotka olivat aiheuttaneet eniten turvattomuutta. Yhdistimme näiden muuttujien vastaukset luokkiin *Paljon*, *Jonkin verran* ja *Ei lainkaan* aiemman 7-portaisen asteikon sijaan. Vas-

tauksissa vaihtoehdot 1-2 kuvaavat *Paljon*, 3-5 *Jonkin verran* ja 6-7 *Ei lainkaan*. Luokittelimme myös koettua terveyttä, elämänlaatua ja toimintakykyä koskevat vastaukset. Vastauksien vaihtoehdot olivat: 1-2 *Samaa mieltä*, 3-5 *Ei samaa eikä eri mieltä* ja 6-7 *Eri mieltä*.

9 Tutkimuksen arviointi

Hyvän tutkimuksen perusvaatimuksena voidaan pitää sitä, että saadaan todennukaiset vastaukset tutkimuskysymyksiin. Heikkilän (2010, 29–32) mukaan kvantitatiiviselle tutkimukselle asetettuja vaatimuksia ovat tutkimuksen validiteetti eli pätevyys, reliabiliteetti eli luotettavuus, objektiivisuus eli puolueettomuus, taloudellisuus, avoimuus, tietosuoja, käyttökelpoisuus ja sopiva aikataulu.

9.1 Reliabiliteetti

Luotettavan tutkimuksen tulokset eivät ole sattumanvaraisia, vaan niiden on oltava toistettavissa. On tosin tärkeää huomioida yhteiskunnalliset muutokset, jolloin tutkimuksen tulokset voivat poiketa aiemmista tai tutkimusta ei voida toistaa samanlaisena. Aineiston analysointiin on olemassa monenlaisia ohjelmistoja, joten tutkijan on hallittava käyttämänsä analysointimenetelmät ja osattava tulkita tulokset oikeellisesti. Myös tutkittavan joukon on oltava riittävän suuri ja edustettava perusjoukkoa. (Heikkilä 2010, 29–30.)

Tutkimuksen toistaminen edellyttää tutkimusprosessin tarkkaa kuvausta. Käyttämämme aineisto oli kerätty etukäteen, joten emme voi dokumentoida tai arvioida aineistonkeruuvaihetta. Olemme pyrkineet kuvaamaan aineiston analysointivaihetta mahdollisimman tarkasti. Vertailemme opinnäytetyössä saamiamme tuloksia aiempiin tutkimuksiin, joissa on käytetty samoja mittareita kuvaamaan turvattomuutta. Tutkimuksemme otos edustaa perusjoukkoa, joten tulokset ovat yleistettävissä.

9.2 Validiteetti

Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset vastaavat tutkimusongelmaan. Tutkimuksessa käytettyjen mittarien pitää antaa yksiselitteiset vastaukset tutki-

muskysymyksiin. Mittarit eivät saa sisältää systemaattisen virheen mahdollisuutta. Myös edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti lisäävät tutkimuksen validiteettia. (Heikkilä 2010.)

HEA-hankkeen kyselylomakkeen mittaristo perustui kansallisiin ja kansainvälisiin terveyttä ja hyvinvointia kuvaaviin mittareihin. Näin ollen voimme luottaa siihen, että mittarit vastaavat siihen, mitä niiden kuuluu mitata. HEA-hankkeen kyselyn otos edusti perusjoukkoa, joten tulokset ovat yleistettävissä. Tämä lisää myös tutkimuksemme validiteettia.

Toimintakykyä, terveyttä ja elämänlaatua mittaavassa osiossa pyydettiin arvioimaan omaa kokemusta asteikolla 1-7 (1=Täysin samaa mieltä, 4=Ei samaa eikä eri mieltä, 7=Täysin eri mieltä). Pohdimme tässäkin vastausten pätevyyttä ja sitä, ovatko henkilöt vastanneet oman arvionsa mukaisesti eivätkä vain valinneet neutraalia vaihtoehtoa. Tarkastelimme vastausten jakautumista ja havaitsimme, että ne olivat jakaantuneet eri vastausvaihtoehtoihin. Vain pieni osa vastauksista koostui neutraaleista arvoista. Kysymyslomake oli pitkä, joten riskinä olisi voinut olla se, että vastaajat eivät olisi jaksaneet täyttää huolellisesti lomaketta.

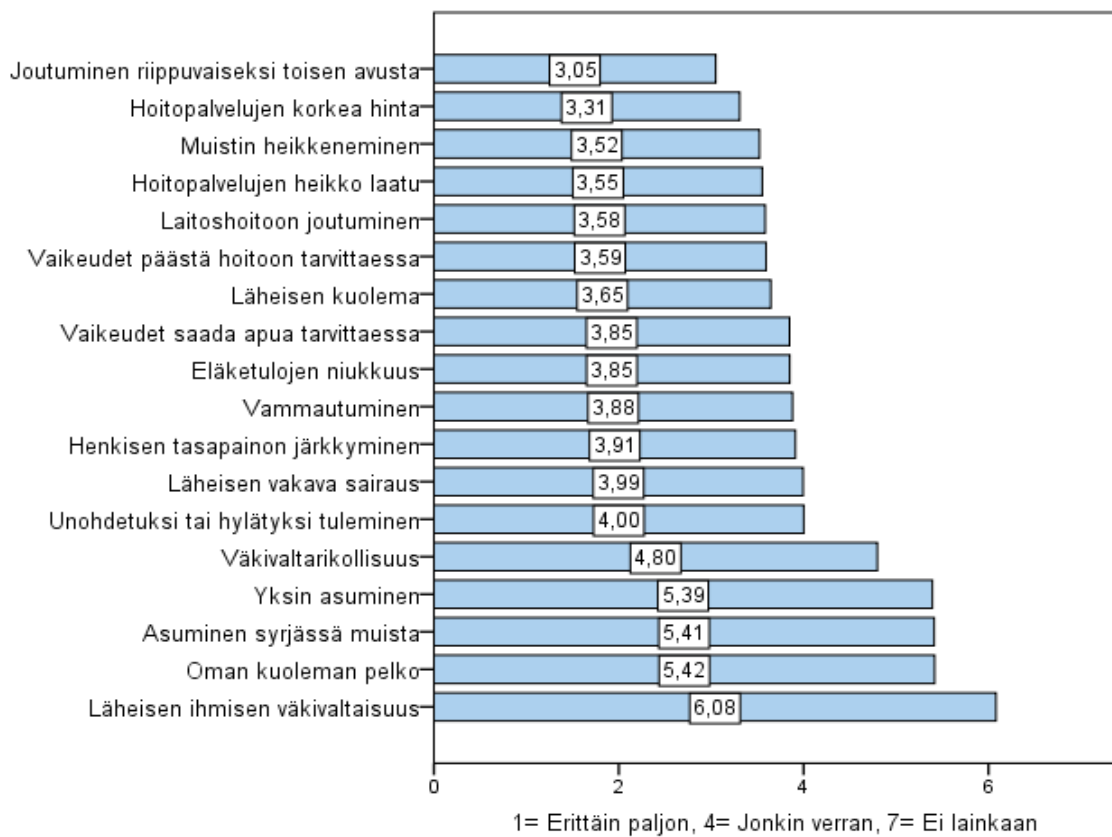
Turvattomuutta koskevan aineiston vastaukset olivat jakautuneet siten, että eniten vastauksia oli niillä sarakkeilla, joilla oli sanallinen selitys (1=Erittäin paljon, 4=Jonkin verran, 7=Ei lainkaan). Asteikon loogisuus herätti jonkin verran keskustelua opinnäytetyön aikana. Pohdimme numeraalisen arvioinnin totuttua järjestystä. Lomakkeessa arvo 1 kuvaa määritelmää erittäin paljon, ja arvo 7 määritelmää ei lainkaan. Olisi loogista, jos kokemuksen voimakkuutta ilmaistaisiin nousevalla numeroasteikolla. Tulosten pätevyyttä arvioitaessa tämä voi olla heikentävä tekijä vastausten oikeellisuuden kannalta.

10 Tulokset

10.1 Turvattomuuden aiheuttajat

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli selvittää, mitkä tekijät aiheuttavat vastaajille eniten turvattomuutta. Tulkitsimme keskiarvokuvaajaa (Kuvio 3) turvat-

tomuuden aiheuttajista. Vastaajat arvioivat turvattomuuden kokemuksiinsa asteikolla 1-7.



Kuvio 3. Turvattomuuden aiheuttajat, keskiarvot vastauksittain

Kuviossa 3 olevan keskiarvokuvaajan vastaukset mukailevat tuloksia, joita saimme tarkastelemalla frekvenssitaulukoita. Havaintojemme mukaan eniten turvattomuutta aiheutti joutuminen riippuvaiseksi toisten avusta. Vastanneista 50 prosentille se aiheutti voimakasta turvattomuuden tunnetta (Taulukko 2). Kiinnitimme huomiota siihen, että myös hoitoon ja huolenpitoon liittyvät tekijät nousivat esiin turvattomuuden aiheuttajina. Toisaalta oltiin huolissaan vaikeudesta päästä hoitoon tarvittaessa, mutta myös laitoshoidon joutuminen aiheutti turvattomuutta. Yksin tai syrjässä muista asuminen ei näyttäisi aiheuttavan juurikaan turvattomuutta vastausten perusteella. Vastanneista 12 prosenttia koki voimakasta turvattomuutta yksin tai syrjässä asumisen vuoksi.

Missä määrin seuraavat asiat aiheuttavat Teille turvattomuutta?	1 Paljon	2	3	4 Jonkin verran	5	6	7 Ei lainkaan	Yhteensä %
Joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta	32	17	11	18	6	5	11	100
Hoitopalvelujen korkea hinta	27	15	11	22	9	6	10	100
Muistin heikkeneminen	23	13	12	24	9	8	12	100
Hoitopalvelujen heikko laatu	23	13	12	23	10	7	12	100
Laitoshoitoon joutuminen	28	12	10	19	7	6	19	100
Vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa	24	13	13	20	8	7	16	100
Läheisen kuolema	34	9	7	15	5	5	25	100
Vaikeudet saada apua tarvittaessa	20	12	9	24	9	8	18	100
Eläketulojen niukkuus	21	9	10	24	10	11	15	100
Vammautuminen	21	10	10	24	8	7	20	100
Henkisen tasapainon järkkäytyminen	21	12	10	20	8	10	20	100
Läheisen vakava sairaus	23	11	8	18	7	6	27	100
Unohdetuksi tai hylätyksi tuleminen	21	11	8	21	7	8	23	100
Väkivaltarikollisuus	14	6	5	19	10	10	36	100
Yksin asuminen	8	4	5	17	6	13	48	100
Asuminen syrjässä muista	8	4	5	15	6	13	49	100
Oman kuoleman pelko	4	4	5	20	10	16	41	100
Läheisen ihmisen väkivaltaisuus	6	3	2	5	4	9	71	100

Taulukko 2. Turvattomuuden aiheuttajien voimakkuus asteikolla 1-7, vastaukset prosentteina

Tulkitsimme myös vastausten lukumääriä ja prosentiosuuksia turvattomuuden aiheuttajista (Taulukko 2). Havaitimme, että läheisen vakava sairaus aiheutti 34 prosentille vastaajista voimakasta turvattomuutta. Myös läheisen kuolema aiheutti 43 prosentille vastanneista voimakasta turvattomuutta. Vastaajista 20 prosenttia koki voimakasta turvattomuutta väkivaltarikollisuuden vuoksi.

Laitoshoitoon joutuminen aiheutti voimakasta turvattomuutta 39 prosentille vastaajista, mutta toisaalta myös vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa aiheuttivat merkittävää turvattomuutta 37 prosentille. Hoitopalvelujen korkea hinta aiheutti merkittävää turvattomuutta 42 prosentille vastaajista. Vastaajista 36 prosenttia koki voimakasta turvattomuutta myös hoitopalvelujen heikon laadun vuoksi.

Unohdetuksi tai hylätyksi tulemista pelkäsi 32 prosenttia vastanneista. Henkisen tasapainon järkkäminen aiheutti voimakasta turvattomuutta 33 prosentille vastanneista. Läheisen ihmisen väkivaltaisuus aiheutti vähiten turvattomuutta. Vastanneista 9 prosenttia kuitenkin koki turvattomuutta läheisen väkivaltaisuuden vuoksi.

10.2 Turvattomuuden yhteys koettuun hyvinvointiin

Tutkimme Spearmanin korrelaatiotestin avulla turvattomuuden yhteyttä toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Havaitsimme tuloksista kuitenkin vain muutaman heikon positiivisen korrelaation. Koetulla elämänlaadulla ja yksinasumisella oli heikko yhteys. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,000$), mutta korrelaatiokertoimet ovat välillä 0,304-0,369. Elämänlaatua arvioivat mittarit sisälsivät kysymyksiä mielialan muutoksista, itkuisuudesta ja yksinäisyyden tunteesta.

Teimme ristiintaulukoinnin koettua terveyttä, elämänlaatua ja toimintakykyä mittaavien muuttujien ja turvattomuuden kokemusten kesken. Havaitsimme, että 60 prosenttia niistä vastanneista, jotka olivat eri mieltä siitä, että muisti toimii hyvin, tunsivat myös paljon turvattomuutta hoitopalvelujen korkean hinnan vuoksi. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,000$).

Muistini toimii hyvin	Hoitopalvelujen korkea hinta aiheuttaa turvattomuutta			
	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yht. %
Samaa mieltä	38% (283)	45% (337)	17% (131)	100
Ei samaa eikä eri mieltä	55% (55)	31% (31)	15% (15)	100
Eri mieltä	60% (48)	33% (26)	8% (6)	100

Taulukko 3. Muistin toiminnan yhteys koettuun turvattomuuteen hoitopalvelujen korkean hinnan vuoksi

Löysimme tilastollisesti merkitsevän yhteyden ($p=0,001$) heikoksi koetulla muistilla ja turvattomuudella koskien laitoshoitoon joutumista. Niistä vastaajista 55 prosenttia, jotka olivat eri mieltä siitä, että muisti toimii hyvin, pelkäsivät paljon laitoshoitoon joutumista. Heikoksi koettu muisti oli yhteydessä myös pelkoon joutua riippuvaiseksi toisen avusta. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,002$).

Kognitiivista toimintakykyä mittaavilla muuttujilla oli yhteys laitoshoitoon joutumisen pelkoon ja myös turvattomuuteen liittyen vaikeuteen saada apua tarvittaessa. Laitoshoitoon joutumisen vuoksi turvattomuutta kokevista vastaajista 59 prosenttia oli eri mieltä siitä, että pystyy keskittymään. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,004$). Havaitimme myös, että 47 prosenttia niistä vastaajista, joilla oli ongelmia uusien asioiden omaksumisessa, kokivat paljon turvattomuutta hoitoon pääsyn vaikeudesta johtuen ($p=0,001$).

Pystyn keskittymään	Laitoshoitoon joutuminen aiheuttaa turvattomuutta			
	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yht. %
Samaa mieltä	38% (300)	35 % (281)	27 % (214)	100
Ei samaa eikä eri mieltä	40 % (30)	45 % (34)	16 % (12)	100
Eri mieltä	59 % (29)	36 % (16)	10 % (5)	100

Taulukko 4. Keskittymiskyvyn yhteys koettuun turvattomuuteen laitoshoitoon joutumisen vuoksi

60 prosenttia vastanneista, jotka kokivat turvattomuutta hoitopalvelujen korkean hinnan vuoksi, arvioivat uusien asioiden omaksumisessa olevan ongelmia

($p=0,001$). Saman prosenttiluvun saimme ristiintaulukoimalla heikentyneen keskittymiskyvyn ja koetun turvattomuuden koskien hoitopalvelujen korkeaa hintaa ($p=0,000$).

Myös itkemisellä ja mielialan muutoksilla oli yhteys muistin heikkenemisen aiheuttamaan turvattomuuteen. Niistä vastaajista 58 prosenttia, jotka tunsivat voimakasta tarvetta itkeä ja joiden mielialat muuttuivat usein, kokivat myös paljon turvattomuutta muistin heikkenemisestä ($p=0,000$).

Koetulla elämänlaadulla oli yhteys turvattomuuteen, joka aiheutui pelosta joutua riippuvaiseksi toisen avusta. Elämänlaatua mitattiin seuraavilla muuttujilla: *Mielialani muuttuvat lähes koko ajan*, *Tunnen itseni surulliseksi* ja *Koen olevani yksinäinen*. Jokaisen muuttujan kohdalla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,005$). 65 prosenttia niistä vastaajista, jotka kokivat olevansa yksinäisiä, kokivat myös voimakasta pelkoa joutumisesta riippuvaiseksi toisen avusta ($p=0,000$).

Tunnen itseni surulliseksi	Joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta aiheuttaa turvattomuutta			
	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yht. %
Samaa mieltä	71 % (52)	22 % (16)	7 % (5)	100
Ei samaa eikä eri mieltä	55 % (47)	42 % (36)	2 % (2)	100
Eri mieltä	48 % (373)	35 % (270)	18 % (139)	100

Taulukko 5. Koetun surullisuuden yhteys turvattomuuteen toisen avusta riippuvaiseksi joutumisen vuoksi

Ne vastaajat, jotka kokivat olevansa terveitä ja hyvinvoivia, tunsivat kuitenkin voimakasta turvattomuutta hoitopalvelujen korkeasta hinnasta ja saatavuudesta. Toisaalta myös laitoshoitoon joutuminen ja riippuvuus toisen avusta aiheuttivat turvattomuutta näille vastaajille. Niistä vastaajista 44 prosenttia, jotka kokivat olevansa terveitä ja hyvinvoivia, kokivat turvattomuutta laitoshoitoon joutumisen vuoksi ($p=0,000$). Vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa aiheuttivat tur-

vattomuutta 45 prosentille niistä vastaajista, jotka kokivat olevansa terveitä ja hyvinvoivia ($p=0,000$).

Tunnen itseni terveeksi ja hyvinvoivaksi	Hoitopalvelujen korkea hinta aiheuttaa turvattomuutta			
	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yht. %
Samaa mieltä	48 % (149)	39 % (121)	13 % (40)	100
Ei samaa eikä eri mieltä	46 % (58)	43 % (55)	11 % (14)	100
Eri mieltä	35 % (171)	45 % (218)	20 % (98)	100

Taulukko 6. Koetun terveyden ja hyvinvoinnin yhteys hoitopalvelujen korkean hinnan aiheuttamaan turvattomuuteen

Laitoshoitoon joutumista pelkäsi 48 prosenttia niistä vastaajista, jotka kokivat olevansa muita ikäisiään paremmassa kunnossa ($p=0,000$). Niistä vastaajista, jotka kokivat olevansa muita ikäisiään paremmassa kunnossa, 58 prosenttia tunsikin kuitenkin turvattomuutta toisen avusta riippuvaiseksi joutumisen vuoksi ($p=0,003$). Muistin heikkenemisen vuoksi voimakasta turvattomuutta kokevista vastaajista 46 prosenttia koki olevansa muita ikäisiään paremmassa kunnossa. Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ($p=0,000$).

Olen muita ikäisiäni paremmassa kunnossa	Muistin heikkeneminen aiheuttaa turvattomuutta			
	Paljon	Jonkin verran	Ei lainkaan	Yht. %
Samaa mieltä	46 % (114)	40 % (98)	14 % (34)	100
Ei samaa eikä eri mieltä	33 % (78)	49 % (117)	19 % (45)	100
Eri mieltä	30 % (132)	47 % (206)	23 % (99)	100

Taulukko 7. Ikäisiään paremmassa kunnossa olevien yhteys heikentyneen muistin aiheuttamaan turvattomuuteen

10.3 Yhteenveto

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme oli, mitkä tekijät ovat merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia.

Merkittävimmit turvattomuuden aiheuttajat ikääntyneiden kokemana olivat toisen avusta riippuvaiseksi joutuminen, hoitopalvelujen korkea hinta, muistin heikkeneminen, hoitopalvelujen heikko laatu, laitoshoitoon joutuminen ja vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa. Puolet vastanneista koki toisen avusta riippuvaiseksi joutumisen vuoksi voimakasta turvattomuutta, joka oli voimakkain turvattomuuden aiheuttaja. Turvattomuuden kokemukset liittyivät myös muistin heikkenemiseen, hoitopalvelujen saatavuuteen, hintaan ja laatuun.

Toinen tutkimuskysymyksemme oli, onko merkittävimmillä turvattomuuden aiheuttajilla yhteyttä koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun.

Kognitiivinen toimintakyky	Hoitopalvelujen korkea hinta	Hoitopalvelujen heikko laatu	Vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa	Laitoshoitoon joutuminen	Joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta	Muistin heikkeneminen
Muistini toimii hyvin	X		X	X	X	X
Pystyn keskittymään	X		X	X		X
Uusien asioiden omaksuminen sujuu	X			X		X
Heikentynyt muisti hankaloittaa arkea			X			X
Koettu elämänlaatu	Hoitopalvelujen korkea hinta	Hoitopalvelujen heikko laatu	Vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa	Laitoshoitoon joutuminen	Joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta	Muistin heikkeneminen
Tunnen tarvetta itkeä						X
Mielialani muuttuvat usein	X		X		X	X
Tunnen itseni surulliseksi	X		X		X	X
Koen olevani yksinäinen			X		X	X
Koettu terveys	Hoitopalvelujen korkea hinta	Hoitopalvelujen heikko laatu	Vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa	Laitoshoitoon joutuminen	Joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta	Muistin heikkeneminen
Tunnen itseni terveeksi ja hyvinvoivaksi	X		X	X	X	X
Terveydentilani on mielestäni hyvä	X		X	X	X	X
Olen muita ikäisiäni paremmassa kunnossa			X	X	X	X

Taulukko 8. Turvattomuuden aiheuttajien yhteys koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun

Taulukossa 8 olemme esittäneet tiivistetysti turvattomuuden aiheuttajien yhteyden koettuun terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. X kuvaa muuttujia, joiden välillä on tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p < 0,05$). Turvattomuuden kokemuksilla oli yhteys kognitiiviseen toimintakykyyn, koettuun terveyteen ja elämänlaatuun. Erityisesti esille nousi hoitopalvelujen korkeasta hinnasta ja toisen avusta riippuvaiseksi joutumisesta aiheutuva turvattomuus, sillä nämä turvattomuuden aiheuttajat ilmenivät myös niillä vastaajilla, jotka kokivat itsensä terveeksi ja hyvinvoivaksi.

Kognitiivisen toimintakykynsä heikoksi arvioineet vastaajat kokivat turvattomuutta erityisesti laitoshoitoon joutumisen vuoksi. Laitoshoitoon joutuminen aiheutti turvattomuutta myös niille vastaajille, jotka kokivat olevansa muita ikäisiään paremmassa kunnossa.

Elämänlaatua mittaavilla muuttujilla oli yhteys turvattomuuteen. Vastaajat, jotka tunsivat olevansa surullisia ja yksinäisiä, kokivat turvattomuutta, joka aiheutui toisen avusta riippuvaiseksi joutumisesta.

11 Pohdinta

11.1 Tutkimuksen tulokset, tavoitteet ja luotettavuus

Merkittävin turvattomuuden aiheuttaja oli joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta. Seuraavaksi eniten turvattomuutta aiheuttivat hoitopalvelujen korkea hinta, muistin heikkeneminen ja hoitopalvelujen heikko laatu. Myös laitoshoitoon joutuminen ja vaikeudet päästä hoitoon tarvittaessa aiheuttivat voimakasta turvattomuutta.

Havaitsimme, että turvattomuudella oli yhteyttä kognitiiviseen toimintakykyyn, koettuun elämänlaatuun ja terveyteen. Muistin heikkenemisellä oli yhteys kaikkiin edellä mainittuihin osa-alueisiin. Hoitopalvelujen laatu aiheutti voimakasta turvattomuutta, mutta sillä ei ollut yhteyttä kognitiiviseen toimintakykyyn, koettuun elämänlaatuun ja terveyteen.

Itsensä terveeksi ja hyvinvoivaksi tuntevat vastaajat kokivat voimakasta turvattomuutta hoitopalvelujen saatavuudesta ja toisaalta hoidettavaksi joutumisesta.

Kognitiivisista toimintakyvyn mittareista heikentyneellä muistilla vaikutti olevan vähiten yhteyttä merkittävimpiin turvattomuuden aiheuttajiin. Laitoshoitoon joutumisen vuoksi turvattomuutta eivät kokeneet ne vastaajat, jotka tunsivat itsensä surullisiksi ja yksinäisiksi.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa ikääntyneiden turvattomuuden aiheuttajista sekä näiden mahdollisesta yhteydestä koettuun elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn. Tavoitteenamme oli, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset voisivat saada uutta tietoa ikääntyneiden turvattomuudesta ja hyödyntäisivät tietoa työelämässä. Pyrimme myös omalta osaltamme lisäämään tietoisuutta ikääntyneiden kokemasta turvattomuudesta.

Kuvasimme opinnäytetyössä ikääntyneiden kokemaa turvattomuutta. Lisäksi selvitimme, että turvattomuudella oli yhteyttä koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun. Olemme vastanneet asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tavoitteena oli se, että ammattilaiset saisivat uutta tietoa ikääntyneiden turvattomuudesta ja voisivat hyödyntää tätä työelämässä. Emme voi tietää, toteutuuko edellä mainittu tavoite. Pyrimme itse jakamaan tietoa tutkimuksemme tuloksista.

Pohdimme tutkimuksen luotettavuutta tuloksien yleistämisen näkökulmasta. Tulokset ovat yleistettävissä, mutta kyselyn ikäjakauma oli 60 - 90 vuotta. Opinnäytetyössä käytetään käsitettä ikääntynyt, mutta on tärkeää ottaa huomioon, että 60-vuotias voi olla hyvin erilaisessa ikääntymisen vaiheessa kuin 90-vuotias. Toisaalta kyselyssä käytetyt mittarit perustuvat omaan kokemukseen eivätkä mihinkään objektiiviseen arvioon. Tällöin yksilölliset kokemukset määrittävät tuloksia enemmän kuin fyysinen ikä.

11.2 Mitä tulokset merkitsevät sosiaali- ja terveysalan näkökulmasta?

Tulosten perusteella pohdimme hoitopalvelujen merkitystä turvattomuuden aiheuttajana. On huolestuttavaa, että ikääntyneet kokevat voimakasta turvattomuutta hoitopalvelujen hinnan, laadun ja saatavuuden vuoksi. Voi kysyä, onko hoitopalvelut hinnoiteltu liian kalliiksi ja onko kustannusten nousu ennustamaton. Hoitopalvelujen hinnoittelu pitäisi muuttua selkeämmäksi. Nykyinen malli, jossa hinnoittelu perustuu tuloihin, voi lisätä ikääntyneiden kokemaa turvatto-

muutta entisestään. Toisaalta ymmärrämme kustannuspaineet, mutta hinnoittelua on vaikea ammattilaisenkaan arvioida, ja sen vuoksi esitämme, että hinnoittelua voisi selkiyttää.

Hoitopalvelujen laatuun voi vaikuttaa omalta osaltaan jokainen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevä ammattilainen. Ikääntyneiden hoitopalvelujen laatua on seurattava ja kehitettävä jatkuvasti. Lisäksi pohdimme henkilöstön riittävyyttä. Liian pienellä henkilöstömäärällä kasvavan asiakaskunnan hoitaminen ei ainaakaan paranna laatua, joskin se voi näyttää kustannustehokkaalta. On vaikea arvioida, mikä olisi sopiva henkilöstömitoitus esimerkiksi kotihoidossa, mutta hoitajilla pitäisi olla aikaa kohdata jokainen asiakas yksilönä ja huomioida hänen tarpeensa. Emme suhtaudu kovinkaan optimistisesti siihen, että henkilöstöresursseja saataisiin lisää, mutta toimintatapoja muuttamalla voidaan tuottaa laadukkaampia palveluja. Tämä edellyttää henkilöstöltä myönteistä suhtautumista uusiin toimintamalleihin ja ennen kaikkea näiden mallien pikaista käyttöönottoa. Toisaalta ikääntyneiden palvelujen kehittämishankkeista ei ole viime vuosina ollut pulaa.

Käsittelimme myös moniammatillisuutta hoitopalvelujen laatuun ja saatavuuteen liittyen. Palveluohjauksen ja palvelutarpeen arvioinnin pitäisi olla yksilöllistä ja ammattilaisten olisi hyödynnettävä toistensa osaamista asiakkaan tai potilaan hyväksi. Palveluohjaus voisi olla jatkossa moniammatillista tai sen olisi painotettava henkilöille, joilla on laaja osaaminen sosiaali- ja terveysalalta.

Laitoshoitoon joutuminen aiheutti voimakasta turvattomuutta kaikille muille, paitsi niille vastaajille, jotka kokivat elämänlaatunsa heikoksi eli tunsivat yksinäisyyttä, surullisuutta ja mielialan muutoksia. Yksi tuloksemme oli, että terveet ja hyvinvoivat kokivat turvattomuutta vaikeudesta päästä hoitoon tarvittaessa ja laitoshoidon joutumisesta. Pohdimme, ovatko terveysasemien lakkauttamiset ja palveluverkoston uudistaminen vaikuttaneet ikääntyneiden huoleen terveyspalvelujen saatavuudesta. Olisi ollut mielenkiintoista saada selville, mikä aiheuttaa turvattomuutta laitoshoidon joutumisen vuoksi. Pelätäänkö kenties laitoshoidoa itsessään vai mahdollisesti omaa heikentynyttä terveyttä? Myös medialla voi olla vaikutusta ikääntyneiden mielipiteisiin laitoshoidosta. Ehkä olisi syytä tutkia, kuinka moni ikääntynyt kokee jäävänsä ilman hoitoa eli perustuuko vaikeus

päästä hoitoon tarvittaessa todelliseen tilanteeseen vai onko kyseessä mielikuva. Tällöin voitaisiin saada selville syy turvattomuuteen ja tarttua ongelmakohtiin.

Koettuun elämänlaatuun liittyen vastaajilta kysyttiin mielialoista, surullisuudesta ja yksinäisyydestä. Ne vastaajat, jotka kokivat itsensä surulliseksi ja yksinäiseksi ja joiden mielialat vaihtelivat usein, eivät tunteneet turvattomuutta laitoshoitoon joutumisen vuoksi. Pohdimme selityksiä tälle havainnolle. Mietimme sitä, onko laitoshoitoon joutuminen jopa käänteisesti odotettu tapahtuma. Nykyiset suositukset painottavat kotihoidon ensisijaisuutta, joten ikääntyneen pitäisi voida kotonaan hyvin. Mikäli koettuun elämänlaatuun kiinnitettäisiin enemmän huomiota, voisi sillä olla positiivisia vaikutuksia ikääntyneen kotona selviytymiseen. Ikääntyneen masentuneisuuden tunnistamista olisi pyrittävä tehostamaan entistä enemmän kotihoidossa. Myös ikääntyneen kokemaan yksinäisyyteen olisi syytä löytää entistä parempia lievityskeinoja.

Tuloksien mukaan asuminen yksin tai syrjässä muista ei aiheuttanut merkittävästi turvattomuutta. Tämä olisi tärkeää huomioida, kun arvioidaan sitä, mikä olisi paras asuinpaikka ikääntyneelle. Syrjäinen asuinpaikka voi tuntua työntekijästä turvattomalta, mutta ikääntynyt voi kokea sen tutuksi ja turvalliseksi. Ammatillaisen olisi hyvä tiedostaa omat ennakkokäsityksensä siitä, mikä on turvallinen asuinympäristö.

Havaitsimme, että ne vastaajat, jotka tunsivat kognitiivisen toimintakykynsä hyväksi, kokivat turvattomuutta kaikesta muusta paitsi hoitopalvelujen heikosta laadusta. Ne vastaajat, jotka kokivat muistinsa heikoksi, kokivat turvattomuutta muistin heikkenemisen vuoksi, mutta muut asiat eivät juuri aiheuttaneet turvattomuutta. Voisiko olla niin, että muistinsa heikoksi kokevat eivät enää kykene arvioimaan hoitopalvelujen hintaa tai laatua, jotta voisivat kokea turvattomuutta niiden vuoksi? Tällä hetkellä kotonaan asuu ikääntyneitä, joilla heikentynyt muisti hankaloittaa arkea. Ainakin terveysalalla ikääntyneiden heikentyneeseen muistiin tulisi panostaa enemmän, jotta kotona asuminen ei vaarantuisi. Sekä sosiaali- että terveysalalla muistisairaudet voivat näkyä esimerkiksi huolestuneiden läheisten yhteydenottoina, joten yhteistyö ja tiedottaminen läheisten ja omaisten kanssa voisi olla entistäkin tiiviimpää.

Pohdimme sitä, kuinka erityisesti hoitopalvelut turvattomuuden aiheuttajina voitaisiin nostaa esiin konkreettisella tasolla. Eräs vaikutuskeino voisi olla aiheen nostaminen esille mediassa esimerkiksi mielipidekirjoituksen avulla tai kirjoittamalla artikkelin ammattilehteen. Moniammatillisuutta voisi tuoda esille tässä yhteydessä ja painottaa sen merkitystä ikääntyneiden hoitopalvelujen laadun ja saatavuuden parantamiseksi.

11.3 Aiemmat tutkimustulokset

Tutkimuksessa *Suomalainen turvattomuus* oli kysytty osittain samoja kysymyksiä koskien turvattomuutta, joten käytämme sitä vertailukohteena. Havaitimme, että turvattomuuden aiheuttajat ovat olleet erilaisia 1990-luvulla, mutta löysimme myös yhtäläisyyksiä. Yksin asuminen ei aiheuttanut merkittävää turvattomuutta kyseisen tutkimuksen mukaan, eikä se noussut myöskään meidän aineistossamme esiin. Väkivaltarikollisuus oli viidenneksi merkittävin turvattomuuden aiheuttaja yli 65-vuotiailla Suomalainen turvattomuus -tutkimuksen mukaan, mutta omien tulostemme mukaan se aiheutti vain vähän turvattomuutta. (Niemelä 2007.)

Merkittävin turvattomuuden aiheuttaja tutkimuksemme mukaan oli joutuminen riippuvaiseksi toisen avusta, kun taas 1990-luvulla tehdyn tutkimuksen mukaan kyseinen asia ei ollut merkittävimpiä turvattomuuden aiheuttajia. Saman havaitimme tarkastellessamme laitoshoitoon joutumisen aiheuttamaa turvattomuutta. Tutkimuksemme mukaan laitoshoitoon joutuminen aiheutti vastaajille turvattomuutta. Muistin heikkeneminen ei ole aiheuttanut merkittävää turvattomuutta 1990-luvulla, mutta tutkiessamme HEA-hankkeen aineistoa se nousi merkittäväksi turvattomuuden aiheuttajaksi. Havaitimme Suomalainen turvattomuus – tutkimuksessa, että välinpitämättömyys toisiaan kohtaan oli kolmanneksi merkittävin turvattomuuden aiheuttaja. HEA-hankkeessa välinpitämättömyydestä ei ollut erikseen kysymystä, mutta olisi mielekäästä tietää, aiheuttaako se edelleen turvattomuutta. (Niemelä 2007.)

Suomi – Euroopan turvallisin maa? –turvallisuuskyselyssä poliisi- ja pelastuspalvelujen saatavuuden heikkeneminen aiheutti turvattomuutta ikääntyneillä. HEA-hankkeen kyselyssä tätä ei erikseen kysytty, mutta sen sijaan hoitopalve-

lujen saatavuutta kysyttiin. Havaitimme, että hoitopalvelujen saatavuus aiheuttaa turvattomuutta ikääntyneillä. Poliisin turvallisuuskyselyssä havaittiin, että eteläkarjalaiset ikääntyneet pitivät asuinympäristöään muita vastanneita turvallisempina. (Suominen 2009.) Väkivaltarikollisuus aiheutti vain vähän turvattomuutta tutkimuksemme mukaan.

Suomalaisten ikääntyneiden yksinäisyys –tutkimuksessa havaittiin, että vastaajat, jotka kokivat itsensä sairaaksi, tunsivat myös muita enemmän turvattomuutta. Myös toimintakykynsä heikoksi kokevat vastaajat kärsivät turvattomuuden kokemuksista. (Pitkälä et al. 2006.) Omissa tutkimustuloksissa havaitimme, että myös terveeksi ja toimintakykyiseksi itsensä kokevat vastaajat tunsivat voimakkaita turvattomuuden tunteita. Turvattomuuden aiheuttajat vain poikkesivat toisistaan sen mukaan, miten vastaajat olivat arvioineet hyvinvointiaan.

11.4 Jatkotutkimusaiheet

Pohdimme median vaikutusta heränneeseen huoleen hoitopalvelujen saatavuudesta. Olisikin mielenkiintoista tutkia sitä, millä tavoin ikääntyneiden käyttämä media käsittelee hoitopalveluja koskevaa uutisointia.

Mietimme myös HEA-aineiston laajuutta ja monikäyttöisyyttä koskien jatkotutkimusaiheita. HEA-aineistoa hyödyntämällä voisi myös tutkia tilastollisen tutkimuksen menetelmillä koetun hyvinvoinnin eri osioita.

Laadullisena tutkimuksena voisi toteuttaa haastatteluja saamistamme tutkimustuloksista. Tutkimusongelmana voisi olla tarkentaa etenkin hoitopalveluihin liittyviä kokemuksia ja merkityksiä ikääntyneille.

Havaitimme, että laitoshoitoon joutuminen aiheuttaa turvattomuutta ikääntyneillä. Voisi olla aiheellista tutkia, miksi ikääntyneet pelkäävät laitoshoitoon joutumista.

11.5 Opinnäytetyöprosessi

Valitsimme tutkimustyypiksi kvantitatiivisen tutkimuksen. Pohdimme suunnitelmavaiheessa aineiston täydentämistä laadullisella aineistolla. Ajatuksena oli saada opinnäytetyöhön myös ikääntyneen oma ääni sekä selvittää mahdollises-

ti heränneitä kysymyksiä. HavaitSIMME kuitenkin, että opinnäytetyöstä olisi tullut tällöin liian laaja. Hylkäsimme ajatuksen menetelmätriangulaatiosta.

Jo aloittaessamme opinnäytetyötä tiedostimme suurimmaksi haasteeksi SPSS-ohjelman käyttämisen. Ohjelman käyttötaidot ja aineiston analysoiminen veivät alussa paljon aikaa, ja jouduimme kokeilemaan useita erilaisia tapoja aineiston käsittelyssä. Emme kuitenkaan päätyneet vaihtamaan opinnäytetyömme aihetta näiden haasteiden vuoksi. Olimme innostuneita saatuamme ensimmäiset tulokset ja jatkoimme aineiston käsittelyä. Saimme apua oppilaitoksemme yliopettajalta SPSS-ohjelman käytössä. Tämä helpotti paljon työskentelyämme ohjelman kanssa. Tulevaisuudessa voimme hyödyntää SPSS-ohjelmaa myös työtehtävissämme. Haasteista huolimatta tai niistä johtuen kvantitatiivinen opinnäytetyö oli opettavainen ja mielenkiintoinen. Kannustamme muitakin sosiaali- ja terveysalan opiskelijoita harkitsemaan määrällistä opinnäytetyötä.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme hyödyntäneet ohjaajilta ja opponoojilta saamaamme palautetta. Hoitotyön näkökulmasta potilasturvallisuus on tärkeä tekijä. Saimme ehdotuksen pohtia potilasturvallisuutta turvattomuuden näkökulmasta. Tiedostimme potilasturvallisuuden tärkeyden, mutta emme saaneet kytkettyä sitä työmme teemoihin. Kyselyyn on vastannut satunnaisotannan perusteella hyvin erilaisissa elämäntilanteissa olevia ikääntyneitä, emmekä tiedä, kuinka moni vastaaja on tällä hetkellä terveydenhuollon asiakas- tai potilassuhteessa. Näin ollen potilasturvallisuuden käsite ei ole työmme kannalta relevantti. Saimme myös ehdotuksen perehtyä kansainvälisiin tutkimuksiin. Työmme käsittelee kuitenkin turvattomuutta suomalaisesta ja paikallisesta näkökulmasta, joten vertailukohteena olemme käyttäneet suomalaisia tutkimuksia. Yhdysvaltalaisissa ja intialaisissa tutkimuksissa näyttivät korostuvan köyhyyteen ja aliravitsemukseen liittyvät tekijät, emmekä löytäneet vertailukelpoista kansainvälistä tutkimusta.

Tämä opinnäytetyö on toteutettu moniammatillisena työnä. Monialainen työskentely on sujunut kitkattomasti, ja olemme saaneet näkemystä toistemme osaamisalueisiin. Toinen meistä on aikaisemmin kouluttautunut sosionomiksi, ja aloittaessamme työskentelyä pohdimme sitä, kuinka hän löytää hoitotyön roolin ja näkemyksen aiheeseemme. Ajattelutavan muutos ei ole ollut helppo, mutta

työn edetessä molemmille on selkiytynyt oma rooli. Valitsimme monialaisen työotteen sen vuoksi, että kokemuksiemme mukaan aidosti moniammatillista työtettä harjoitellaan opintojen aikana liian vähän. Toivomme, että tulevaisuudessa yhä useampi opiskelija voisi hyödyntää monialaisuutta opinnäytetyössään.

Ihmisen kokonaisvaltaisen huomioinnin takia myös sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden tulisi laajentaa näkökulmaansa yli oman ammatillisen roolinsa. Kävimme aiheesta paljon keskustelua ja päädyimme siihen johtopäätökseen, että oma ammatillisuus rakentuu suhteessa muihin ammattilaisiin. Olemme työstäneet opinnäytetyötä ja kirjoittaneet raportin yhdessä alusta loppuun saakka. Aidosti omat ammatilliset rajat ylittävä työote ei olisi toteutunut näin hyvin, jos emme olisi käyneet runsasta keskustelua koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Moniammatillisuuden merkitystä korostaa myös Eloranta (2009, 6). Hän esittää, että asiakkaiden voimavarojen tukemista edistää hyvä tiedonkulku sekä yhteistoiminnallinen työote, jossa korostuvat asiakkaan oma asiantuntijuus sekä monialainen osaaminen. Elorannan mukaan moniammatillisen työotteen kehittämiskohteita kotihoidossa ovat toimintakulttuurin muuttaminen asiakaslähtöisemmäksi ja tavoitteellisemmäksi sekä ammattihenkilöiden roolien ja vastuiden selkiyttäminen.

Pyrimme opinnäytetyössämme huomiomaan kohderyhmämme kokonaisvaltaisesti. Kotonaan asuvan ikääntyneen hyvinvointi koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta osa-alueesta. Monialaisen työskentelyn avulla kykenemme tarkastelemaan ikääntyneen hyvinvointia kokonaisuutena. Tulevaisuudessa olemme mahdollisesti tekemisissä samojen asiakkaiden kanssa. Yhteisten toimintatapojen ja ymmärrettävän työkielen luominen toisen ammattialan edustajan kanssa on ensisijaisen tärkeää, jotta voimme toimia asiakkaan ja potilaan parhaaksi hyvässä yhteistyössä. Konkreettisesti moniammatillisuus voi ilmetä pieninä arjen työkäytäntöinä, kuten myönteisenä suhtautumisena muihin ammattiryhmien edustajiin. Olemme samaa mieltä Elorannan kanssa siitä, että työnjakoa, tiedonkulkua ja tietämystä muista ammattiryhmistä olisi lisättävä. Opinnäytetyömme on ollut pyrkimys moniammatillisuuden lisäämiseen sosiaali- ja terveysalalla.

Kuviot

Kuvio 1. Suomen ikärakenne 2012, s. 12

Kuvio 2. Suomen ikärakenne 2030, s. 12

Kuvio 3. Turvattomuuden aiheuttajat, keskiarvot vastauksittain, s. 26

Taulukot

Taulukko 1. Hyvinvoinnin teoria (capabilities approach), s. 9

Taulukko 2. Turvattomuuden aiheuttajien voimakkuus asteikolla 1-7, vastaukset prosentteina, s.27

Taulukko 3. Muistin toiminnan yhteys koettuun turvattomuuteen hoitopalvelujen korkean hinnan vuoksi, s. 29

Taulukko 4. Keskittymiskyvyn yhteys koettuun turvattomuuteen laitoshoitoon joutumisen vuoksi, s. 29

Taulukko 5. Koetun surullisuuden yhteys turvattomuuteen toisen avusta riippuvaiseksi joutumisen vuoksi, s. 30

Taulukko 6. Koetun terveyden ja hyvinvoinnin yhteys hoitopalvelujen korkean hinnan aiheuttamaan turvattomuuteen, s. 31

Taulukko 7. Ikäisiään paremmassa kunnossa olevien yhteys heikentyneen muistin aiheuttamaan turvattomuuteen, s. 31

Taulukko 8. Turvattomuuden aiheuttajien yhteys koettuun toimintakykyyn, terveyteen ja elämänlaatuun, s. 32

Lähteet

Eloranta, S. 2009. Supporting older people`s independent living at home through social and health care collaboration. University of Turku. Turun yliopiston julkaisu. Sarja D. Osa 869. Turku: Painosalama Oy.

Etelä-Saimaa. 2012. Itsepetosta puheissa vanhusten hoidossa. 15.11.2012. <http://www.esaimaa.fi/Mielipide---Sana-on-vapaa/2012/11/15/Itsepetosta+puheissa+vanhusten+hoidosta/2012114545213/68>. Luettu 30.9.2013.

Etelä-Saimaa. 2013. Vuodepaikat katoavat, Eksote keskittyy kotihoitoon. 14.1.2013. <http://www.esaimaa.fi/Online/2013/01/14/Vuodepaikat+katoavat%2C+Eksote+keskittyy+kotihoitoon/2013115014504/4>. Luettu 30.9.2013.

HEA-hanke. Metropolia Ammattikorkeakoulu. <http://hea.metropolia.fi/>. Luettu 24.9.2013.

HEA-hanke. Saimaan ammattikorkeakoulu. <http://www.saimia.fi/hea/?sivu=etusivu>. Luettu 24.9.2013.

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Duodecim. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903&p_haku=terveys. Luettu 24.2.2014.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1063089#fi, luettu 28.11.2012.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2013. Suomen kuntaliitto. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/laatusuositus/Sivut/default.aspx>. Luettu 24.2.2014.

Immonen, M., Koivuniemi, J., Natunen, S. & Laasonen, K. 2012. Liikkuvat palvelukonseptit hyvinvointipalvelujärjestelmässä: Ikäihmisten hyvinvointipalvelutarpeet Etelä-Karjalan haja-asutusalueella. Lappeenranta: Lappeenrannan teknillinen yliopisto.

Kananoja, A., Niiranen, V. & Jokiranta, H. 2008. Kunnallinen sosiaalipolitiikka. Jyväskylä: PS-kustannus.

Karvinen, M. 2009. Vanhuspotilasta on hoidettava monialaisesti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/9_2009/moniammattillisuus/vanhuspotilasta_on_hoidettava_mo/. Luettu 25.2.2014.

Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Helsinki: Suomen Senioriliikery.

Koskela, H. 2009. Pelkokierre. Helsinki: Gaudeamus.

Lappeenrannan kaupunki. Turvallisuuskysely.
<http://lappeenranta.fi/news/Turvallisuuskyselyn-mukaan-Lappeenranta-apidetaan-hyvin-turvallisena-asuinkaupunkinaLiikenneturvallisuus-huolestuttaa-kyselyyn-vastanneita-eniten-/24537/f0097485-8255-4fa4-9a8e-e798475d3a23>.
Luettu 24.2.2014.

Lyyra, T-M. 2007. Terveiden edistämisen lähtökohdat. Teoksessa Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 15-28.

Malm, M. Matero, M. Repo, M. & Talvela, E. 2004. Esteistä mahdollisuuksiin. Vammaistyön perusteet. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Mattila, S. 2009. Hyvinvoinnin teorit. Duodecim. Terveyskirjasto.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ont00039. Luettu 24.2.2014.

Mönkkönen, J. 2013. Moniammatillisuus tuo parempaa palvelua. Medi uutiset.
<http://www.medi uutiset.fi/keskustelutjamielipiteet/kolumnit/moniammatillisuus+tu o+parempaa+palvelua/a898971>. Luettu 25.2.2014.

Niemelä, P. 1997. Suomalainen turvattomuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Niemelä, P. 2000. Turvallisuuden käsite ja tarkastelukehikko. Teoksessa Inhimillinen turvallisuus. Niemelä, P. & Lahikainen A-R. (toim.) Tampere: Vastapaino. 21-37.

Niemelä, P. & Lahikainen, A-R. 2000. Johdanto. Teoksessa Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino. 10-17.

Niemelä, P. 2007. Vanhuus ja turvattomuus. Teoksessa Vanhuus ja sosiaalityö. Seppänen, M., Karisto, A. & Kröger, T. (toim.) Jyväskylä: PS-kustannus, 167-179.

Pitkälä, K., Routasalo, P., Savikko, N. & Tilvis, R. 2006. Ikääntyneiden turvattomuus ja sen yhteys yksinäisyyden kokemiseen. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006: 43, 198- 206.

Raitanen, M. 2013. Vanhusverkosto.
<http://www.socom.fi/node/478>. Luettu 10.3.2014.

Suomen kuntaliitto. Tilastot. Väestö.
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tilastot/indikaatori/Sivut/ind.aspx?ind=8002&h=800>. Luettu 24.2.2013.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen YK-liitto. Ihmisoikeuksien yleismaailmallinen julistus.

<http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>. Luettu 14.11.2012.

Suominen, P. 2009. Suomi—Euroopan turvallisin maa?
<http://www.poliisi.fi/intermin/biblio.nsf/vwByseriesPol/3D6379853B32E72DC225768C003279F0>. Luettu 29.11.2012.

Sisäisen turvallisuuden ohjelma. Sisäasiainministeriö.
http://www.intermin.fi/fi/turvallisuus/sisaisen_turvallisuuden_ohjelma. Luettu 14.11.2012.

Sufuca. Toimintakyvyn tukemisen prosessi. Hengellinen toimintakyky.
http://www.sufuca.fi/fi/spiritual_capacity_fi.html. Luettu 10.3.2014.

Tiihonen, A. 2007. Kokemuksellinen toimintakyky tutkimuksen ja käytännön haasteena. Teoksessa Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa (toim.) Pohjolainen, P., Sarvimäki, A. & Syren, I. 24-29.
<http://www.ikainstituutti.fi/binary/file/-/id/3/fid/17/>. Luettu 24.2.2014.

Turvallinen elämä ikääntyneille - Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriö. <http://www.intermin.fi/julkaisu/192011>. Luettu 29.11.2012.

Vaarama, M., Luoma, M-L., Siljander, E. & Meriläinen, S. 2010. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2010 (toim.) Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen S. Helsinki: Yliopistopaino, 150-167.

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen S. 2010. Johdanto. Teoksessa Suomalais-ten hyvinvointi 2010 (toim.) Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen S. Helsinki: yliopistopaino, 10-20.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2006. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.

Väestöennuste 2012. Tilastokeskus.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html. Luettu 14.11.2012.

Väestörakenne 2012. Tilastokeskus.
http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2012/vaerak_2012_2013-03-22_tie_001_fi.html?ad=notify. Luettu 25.2.2014.