

Julkaisutoimikunta:

Sirkkaliisa Heimonen, toimialapäällikkö

Elina Karvinen, toimialapäällikkö

Pertti Pohjolainen, vanhempi tutkija

Anneli Sarvimäki, johtaja

Ilkka Syrén, tutkimussihteeri

IKÄÄNTYMINEN JA MIELEN VOIMAVARAT

Seminaariesityksiä 29.-30.11.2010

AGEING AND MENTAL HEALTH

Seminar presentations 29-30 Nov 2010

Toim. Anneli Sarvimäki & Ilkka Syrén

ISBN 978-952-5968-03-3 (PDF)

ORAITA 2/2011

GRODDAR

SPROUTS

© Ikäinstituutti ja kirjoittajat

ESIPUHE

Ikääntyminen ja mielen voimavarat oli Ikääntyminen, hyvinvointi ja teknologia -tutkijakoulun, Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry:n sekä Ikäinstituutin perinteisen yhteisseminaarin teemana syksyllä 2010. Teema oli johdonmukainen jatko edellisen syksyn seminaariin, joka käsitteli ikääntymistä ja ruumiillisuutta.

Seminaariesitykset avasivat sekä teoreettisia että empiirisiä näkökulmia teemaan. Professori Mima Cattan Northumbrian yliopistosta tarjosi ensin katsauksen ikäihmisten mielenterveyden edistämiseen. Hän tarkasteli mielenterveyttä määrittäviä tekijöitä ja esitteli ikäihmisten mielenterveyttä edistäviä interventioita tutkimustiedon valossa. Cattanin mukaan me liikumme vielä hataralla pohjalla, koska vahvaa näyttöä interventioiden ja toimenpiteiden vaikuttavuudesta ei ole. Anneli Sarvimäen ja Jyrki Jyrkämän esitykset avasivat teoreettisia näkökulmia seminaarin teemaan. Sarvimäki tarkasteli ikäihmisten mielen ydinprosesseja haavoittuvuusnäkökulmasta ja esitti, että haavoittuvuus on sekä riski että voimavara. Sarvimäki esitti taulukon, jonka avulla voidaan analysoida sekä mielenterveyttä että muistisairautta haavoittuvuuden ilmentyminä. Jyrkämä yhdisti kehittämänsä toimija-mallin reflektiivisyyteen. Reflektiivisyys on osa tietoista toimijuutta – toimija arvioi, kontrolloi, kritisoi, tulkitsee ja luo merkityksiä.

Empiirisiin tutkimuksiin ja kehittämishankkeisiin perustuvat esitykset nostivat esille yleisesti ikäihmisten mielenterveyteen liittyviä teemoja, omaisena olemista ja muistisairauksia. Regina Santamäki Fischerin esitys perustui Umeå 85+ tutkimukseen, jonka tulosten valossa tutkimusryhmä on kehittämässä sisäisen voiman teoriaa. Teorian keskeiset käsitteet ovat *connectedness*, *flexibility*, *firmness* ja *creativity*. Marja Saarenheimo esitteli MielenMuutos -hanketta ja sen tuloksia. Alustavat tulokset osoittavat, että hankkeen interventioilla on pystytty lievittämään masennusta. Raija Leinosen esittämän HyväMieli -hankkeen neuvojatoiminnan lievästi masentuneet ja yksinäiset osallistujat olivat kokeneet hyötyneensä toiminnasta ja arvioivat sen lisänneen sosiaalista aktiivisuutta.

Omaiskysymykset olivat tarkastelun kohteena kahdessa esityksessä. Bettina Stenbock-Hult esitteli SUFACARE-hanketta (Supporting Family Caregivers and Receivers in Finland and Estonia), jonka kyselyosiossa oli vertailtu mm. omaishoitajien koettua mielenterveyttä ja elämänlaatua suhteessa samanikäisiin, jotka eivät ole omaishoitajia. Suomen aineistossa vertailu osoitti, että molemmat ryhmät kokivat mielenterveytensä ja elämänlaatunsa hyvänä, mutta ei-omaishoitajat vielä parempana. Mari Helin-Tuominen esitteli Koto-hanketta (Kotiin tukea ikääntyvälle omaiselle), jossa on kehitetty koulutuksellisen perhetyön menetelmä ikääntyvien omaisten tueksi. Alustavat kokemukset menetelmän toimivuudesta ovat hyvät ja mallia arvioidaan edelleen kuluvana vuonna.

Kolme esitystä nosti esiin muistisairaudet. Sirkkaliisa Heimonen korosti mielen voimavarojen tarkastelun tärkeyttä erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Hän perusti näkemyksensä haavoittuvuusnäkökulmaan ja Ikäinstituutin Vanhuksen koti keskellä kaupunkia -hankkeessa tuotettuun tietoon. Saman hankkeen aineistoon perustui Elisa Virkolan esitys yksinasuvan muistisairaana ihmisen toimijuudesta. Hänen aineistonsa keruu on vielä kesken ja hän pohti esityksessään aineiston keruuseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Myös Leena Viinisalo-Heiskasen esityksen mielenkiinnon kohteena olivat muistisairaat yksinasuvat ikäihmiset. Hänen haastateltavansa toivat esiin oman kontrollin ja aloitteen tekemisen sekä valinnanmahdollisuuksien ja oman tilanteen hallinnan tärkeyden.

Yhteisseminaari tarjosi taas hyvän mahdollisuuden pohtia ikääntymiseen liittyviä aiheita teoreettisesta ja tutkimuksellisesta näkökulmasta. Osanottajia oli lähes 50 ja keskustelu sujui vilkkaasti.

Huhtikuussa 2011
Anneli Sarvimäki

SISÄLLYS

Mima Cattan Mental health promotion in later life – Myths and evidence	4
Anneli Sarvimäki Mielen haavoittuvuus voimavarana	11
Jyrki Jyrkämä Refleksiivisyys toimijuuden ainesosana	14
Regina Santamäki Fischer Inner strength – A theoretical model for understanding the core of inner strength and its meaning for ageing	19
Marja Saarenheimo Voiko mieli muuttua vielä vanhuudessakin? – Ikäihmisten psyykkisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tukeminen	22
Raija Leinonen HyväMieli – Iäkkäiden henkilöiden mielenterveyden edistäminen	27
Bettina Stenbock-Hult SUFACARE – Närståendevårdares mentala hälsa och livskvalitet	30
Mari Helin-Tuominen Perheohjaus ikääntyvien omaisten tukimuotona	35
Sirkkaliisa Heimonen Muistisairaus ja mielen voimavarat	39
Elisa Virkola Yksinasuvan muistisairaana ihmisen toimijuus arjessa	43
Leena Viinisalo-Heiskanen Asuminen ja toimijuus voimavaroina yksinasuvilla iäkkäillä henkilöillä, joilla on muistisairaus	47

MENTAL HEALTH PROMOTION IN LATER LIFE MYTHS AND EVIDENCE

Introduction

We are living in an ageing world. The demographic change facing most countries resulting from lower birth rates and increased longevity means that the way we view and treat ageing and old age will need to be reappraised. The most important issue for everyone is that older people and old age cannot be ignored. By 2030, about 25 per cent of the population in many European countries, including Finland and the UK will be aged 65 years and over, and in Finland those aged 80 years and over will constitute over 8 per cent of the population. The number of people aged 80 years and older is projected to increase by about 150% in Finland between 2008 and 2060 (Soule et al. 2005; Giannakouris 2008; European Commission and Economic Policy Committee 2009). This will have major implications for policy, finance, commerce, resources and services.

With such projections, the promotion and protection of older people's mental health and well-being should be at the forefront of policy and practice. Several national and international publications have indeed focused on older people (see for example: Allen 2008; World Health Organization 2008; Department of Health 2010; Lang et al. 2010), but how can we be certain that the promoting interventions we propose and implement are of any value and effective?

The first thing to bear in mind is that older people are not a homogenous group. They range in age from 60 to 120 years, belong to different ethnic and religious groups, they have varying degrees of income and affluence, health, their experiences, living circumstances, culture and values are different and they may or may not be in employment. All such factors impact on older people's mental health and well-being and should be taken into account when developing mental health promotion interventions.

In a recent study we found that older people defined mental well-being as personal resources (e.g. good health, ability to adjust, freedom from stress and worries), individual characteristics (e.g. self-esteem, self-efficacy, independence and control), environmental resources (e.g. availability of support from social networks, safe environment), and attitudes (to keep involved with change, to keep busy) (Giuntoli and Cattan 2010). When we asked them what promoted their mental health, they mentioned environmental resources, attitudes and individual characteristics. They emphasised the importance of reciprocity and having a role in life, that interventions were geared towards individual desires and needs, the need for support to maintain confidence and be able to cope with loss, the importance of transport and older people friendly environments and finally they mentioned the need to tackle ageism. The most important point was that they often felt ignored because of their age and that everybody else seemed to know what was best for them.

'Being old is when you know all the answers, but nobody asks you the questions'
(anonymous)

The determinants of mental health

There has been a great deal of debate about what constitutes the basis for mental well-being in later life. It is quite clear that the determinants that impact on older people's mental health and well-being function at different levels: the individual or micro-level (biology, genes, health behaviour, emotions, coping, self-esteem, etc), the interpersonal or meso-level (interaction with friends and family and our ability to function in the community), the societal or macro-level (transport, housing, economy, environment) and finally the global level (information flow, climate and seasons, resources and migration). The interaction between these levels is complex and multi-functional. This is important because the levels are interlinked and therefore the success of an intervention on one level is dependent not only on factors on that level but factors on other levels as well.

Mental health promotion works by strengthening individuals (micro-level) by increasing resilience, promoting self-esteem, life and coping skills; strengthening communities (meso-level) by increasing social cohesion, improving neighbourhood environments, and service development in different settings; and reducing structural barriers to mental health (macro-level) by combating ageism, reducing inequalities and discrimination, improving housing and transport (Tilford 2006; Lehtinen 2008). The impact of cultural values, such as equity, human rights, stigma and tolerance, is thought to be cross-cutting although the processes are not fully understood.

Mental health promotion – the myths and evidence

The New Horizons report in the UK (Department of Health 2010) identified eight evidence-based areas for promoting mentally healthy later years and developing sustainable, connected communities. These are: psycho-social interventions, prevention of social isolation, walking and physical activity, prevention of social isolation and loneliness, peer support, the enhancement of individual and community empowerment, and psycho-education interventions for carers. Volunteering was also mentioned, but was not backed by research evidence.

The European Union has suggested four areas for mental health promotion: Social participation and inclusion; personal factors and lifestyle; living spaces, environment and neighbourhood; and occupational issues and retirement policies (Lang et al. 2010). Each of these areas will now be considered in turn with regards to 'myths and evidence'.

Social participation and inclusion

The main problem in this category is the lack of robust research evidence on the effectiveness and impact of different interventions. In addition, most of the research has been conducted in a small number of countries (mainly the US, with some studies in Scandinavia, UK, the Netherlands, Germany and Australia), with few studies considering the heterogeneity of older people.

We have a fairly clear idea from qualitative research and research on factors associated with mental health and in particular, social isolation and loneliness, areas for likely interventions that may have an impact on older people's mental health and well-being. There is some evidence that bereavement support for older widows/widowers is effective in improving mental well-being and reducing their sense of loneliness. The evidence for one to one support, either face to face or telephone is less clear (Cattan et al. 2005). There is increasing qualitative research suggesting that telephone befriending can improve older people's mental well-being, but the interaction between the factors associated with this change in well-being is not yet fully understood (Cattan et al. 2010). Having access to friends and family, being able to take part in intergenerational activities (grand parenting) and being able to share enjoyable activities (reciprocity) may have a positive impact on older people's mental well-being (Forte 2009). However, the research is sketchy and there are virtually no evaluation studies of such interventions.

Although lifelong learning and the acquisition of new skills are put forward as important interventions to maintain older people's mental well-being, the 'jury is still out' because of lack of evidence (Clow and Aitchison 2009). Reported improvements in self-esteem and self confidence are dependent on several other factors, which are not well understood. We should not forget that the experience of education can be extremely negative for some! Volunteering similarly is seen by many as an effective way of maintaining mental well-being. It should be noted that most of our research evidence comes from the US (see for example Wheeler et al. 1998; Morrow-Howell et al. 2003; Musick and Wilson 2003), where perspectives on volunteering are quite different from many European countries. There are indications, at least in the UK, that the number of older people volunteering is actually dropping.

Personal factors and lifestyle

Although research has shown that physical activity seems to have a positive impact on mental well-being, mood and cognitive function, the factors and processes involved are not completely clear. We need to distinguish between different forms of physical activity and different forms of exercise. So far, most research has evaluated the impact of aerobic exercise, which requires older people to attend exercise classes. We know that people who are active as children and through adulthood are more likely to remain active in later life (Clow and Aitchison 2009).

The evidence for 'mental activity' is currently quite weak, although some anecdotal evidence is available. The main problem is defining and measuring 'mental activity'. There may be an indirect or associated effect of physical, mental and social activity, which we do not fully understand (Clow and Aitchison 2009).

The relationship between nutrition and mental health is complex and not well documented. There may be a two way interaction between nutrition and depression (including lack of social support) (Clark et al. 2002; Johnson 2005). The European Nutrition for Health Alliance has stated there is a clear association between malnutrition and loneliness, social isolation, lack of motivation and depression (The European Nutrition for Health Alliance 2006).

There is an association between depression and smoking in older people. The direction of causality between smoking and depression is not completely clear, however (Almeida and Pfaff 2005). There seems to be an association between smoking, higher co-morbidity levels of poor mental health, and health-related quality of life, but tobacco smoking is also used by people to cope with stress and provide pleasure. The association between alcohol consumption and mental health in later life has been debated. The main triggers associated

with heavy drinking are said to be bereavement and widowhood, mental stress, physical ill health, social isolation and loneliness, loss, racism and social pressures from the family. It is possible that alcohol consumption is a reflection of cultural norms attached to drinking rather than of old age or ageing per se (Cattan 2006).

Living spaces, environment and neighbourhood

Most of the evidence in this category comes from studies on the negative impact of particular events (e.g. falls on busses), or environments (e.g. perceptions of safety, walking friendly parks), the lack or inappropriateness of transport, the availability of green spaces etc. Most evidence on the positive impact of improved housing on mental health comes from research with 'adults' rather than with older people specifically. Qualitative research has shown that there are issues around geographical location (neighbourhood), accessibility and affordability which impact on mental well-being (Cattan 2006).

There are particular issues for older people living in care homes. Research suggests that older people with sight or hearing loss are at risk of isolation and/or loneliness because their specific experiences and needs are rarely considered or understood by care home staff or other residents, and that in addition some staff do not see it as their role to find out (Cattan et al. 2010).

Most published research on transport and older people has focused on older car drivers and not being able to drive, with a few studies considering the mental health impact of other forms of transport, including walking. A recent study found that older people often avoided busy streets, did not go out after dark or did not use public transport because of fear of falling, fear of crime or because transport was inaccessible or not appropriate. This increased their risk of isolation, depression and loneliness (Marsden et al. 2010).

Occupational issues and retirement policies

This is the area where there is least research evidence for mental health promotion initiatives and interventions. We know that the transition into retirement and retirement can have both positive and negative impact on older people's mental health. Research suggests that support to prepare for retirement and a flexible transition into retirement may have a positive impact on older people's mental health (Moffatt 2009).

Social isolation and loneliness

A range of interventions to alleviate loneliness in older people ranging from 'hi-tech' Internet or phone based services to small low-cost self-help groups have been developed and evaluated over time. Some are theory driven while others have evolved through practitioners' experiences and local knowledge. Most interventions set out to help lonely individuals establish satisfying interpersonal relationships, prevent loneliness from evolving into more serious health problems or prevent loneliness from occurring in the first place. In 2005, our systematic review showed that effective interventions shared several characteristics:

- They were group interventions with a focused educational input, or provided targeted support activities.

- They targeted specific groups, such as women, care-givers, the widowed, the physically inactive, or people with serious mental health problems.
- They were representative of the intended target group.
- They enabled some level of participant and/or facilitator control or consulted with the intended target group before the intervention.
- They were developed and conducted within an existing service
- Many participants were identified through statutory services, e.g. GPs, social services, housing waiting lists or through advertisements in the press.

The review also found that the impact of one to one support was less clear. This may have had more to do with study design and methods than with the actual interventions (Cattan et al. 2005).

Technology – contradictory findings

There are surprisingly few studies concerned with technology and older people's mental health, despite technology frequently being put forward as a major solution or at least a useful tool. Most studies are quite small with several methodological weaknesses. There are indications that telephone and Internet support groups may be effective in reducing loneliness among housebound older people, caregivers, older people living with HIV/AIDS and people in congregate housing. Research has shown that email and the Internet are used for different purposes: Email is mostly used for social contact, to reduce loneliness, whereas the Internet is used for practical purposes such as information and to pass the time. One study found that Internet use reduces loneliness among chronically ill older adults (Fokkema and Knipscheer 2007; Torp et al. 2008; Lam and Lam 2009). It would seem that video conferencing and mobile technology such as cell phones or social networking sites might help to decrease individuals' feelings of loneliness. However, little is currently known about *how* different groups utilise cell phones or websites for this purpose (e.g. texting versus voice calls; perceptions of purpose of internet communication).

As research on older people's use of technology becomes more sophisticated and technology use becomes more wide spread among older people, it is likely that we will gain a clearer picture of what elements of technology have a function in maintaining older people's mental well-being.

References

- Allen J (2008) Older People and Wellbeing. London, Institute for Public Policy Research.
- Almeida O P & Pfaff J J (2005) Depression and smoking amongst older general practice patients. *Journal of Affective Disorder* 86(2-3): 317-21.
- Cattan M (2006) Older people: the retirement years. In M Cattan and S Tilford (eds) *Mental Health Promotion: A lifespan approach*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill.
- Cattan M, Hughes S, Fylan F, Kime N, Giuntoli G (2010) *The Needs of Frail Older People with Sight Loss*. London, Pocklington Trust.

Cattan M, Kime N, Bagnall A-M (2010) The use of telephone befriending in low level support for socially isolated older people - an evaluation. *Health and Social Care in the Community*. Doi: 10.1111/j.1365-2524.2010.00967.x

Cattan M, White M, Bond J, Learmonth A (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing and Society* 25(1): 41-67.

Clark P G, Nigg C R, Greene G, Riebe D, Saunders S D (2002) The Study of Exercise and Nutrition in Older Rhode Islanders (SENIOR): translating theory into practice. *Health Education Research* 17(5): 552-61.

Clow A & Aitchison L (2009) Keeping active. In M Cattan (ed.) *Mental Health and Well-being in Later Life*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill.

Department of Health (2010) *New Horizons. Confident Communities, Brighter Futures. A framework for developing well-being*. London, Department of Health.

European Commission and Economic Policy Committee (2009) *The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU Member States (2008-2060)*. Brussels, European Commission.

Fokkema T & Knipscheer K (2007) Escape loneliness by going digital: A quantitative and qualitative evaluation of a Dutch experiment in using ECT to overcome loneliness among older adults. *Ageing & Mental Health* 11(5): 496-504.

Forte D (2009) Relationships. In M Cattan (ed.) *Mental Health and Well-being in Later Life*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill.

Giannakouris K (2008) Population and social conditions. Eurostat, *Statistics in focus*. Luxembourg, Eurostat.

Giuntoli G & Cattan M (2010) Constructing a model to guide investment in older people's mental capital, mental health and wellbeing. Leeds Metropolitan University/Northumbria University.

Johnson C S J (2005) Psychosocial correlates of nutritional risk in older adults. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research* 66: 95-7.

Lam L & Lam M (2009) The use of information technology and mental health among older care-givers in Australia. *Ageing & Mental Health* 13(4): 557-62.

Lang G, Resch K, Hofer K, Braddick F, Gabilondo A (2010) Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older People. Luxembourg, European Communities.

Lehtinen V (2008) *Building up Good Mental Health. Guidelines based on existing knowledge*. Jyväskylä, STAKES.

Marsden G, Cattan M, Jopson A, Woodward J (2010) Do transport planning tools reflect the needs of the older traveller? *Quality in Ageing and Older Adults* 11(1): 16-24.

Moffatt S (2009) Work, retirement and money. In M Cattan (ed.) *Mental Health and Well-being in Later Life*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill.

Morrow-Howell N, Hinterlong J, Rozario P A, Tang F (2003) Effects of Volunteering in the Well-Being of Older Adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 58: S137-S145.

Musick M A & Wilson J (2003) Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science and Medicine* 56(2): 259-69.

Soule A, Babb P, Evandrou M, Balchin S, Zealey S (2005) *Focus on Older People*. London, National Statistics.

The European Nutrition for Health Alliance (2006) *Older People in the Community. Policy Recommendations for Change*. London, European Nutrition for Health Alliance.

Tilford S (2006) Mental health promotion. In M Cattan and S Tilford (eds) *Mental Health Promotion. A Lifespan Approach*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill.

Torp S, Hanson E, Hauge S, Ulstein I, Magnusson L (2008) A pilot study of how information and communication technology may contribute to health promotion among elderly spousal carers in Norway. *Health & Social Care in the Community* 16(1): 75-85.

Wheeler F A, Gore K M, Greenblatt B (1998) The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta analysis. *International Journal of Ageing and Human Development* 47(1): 69-79.

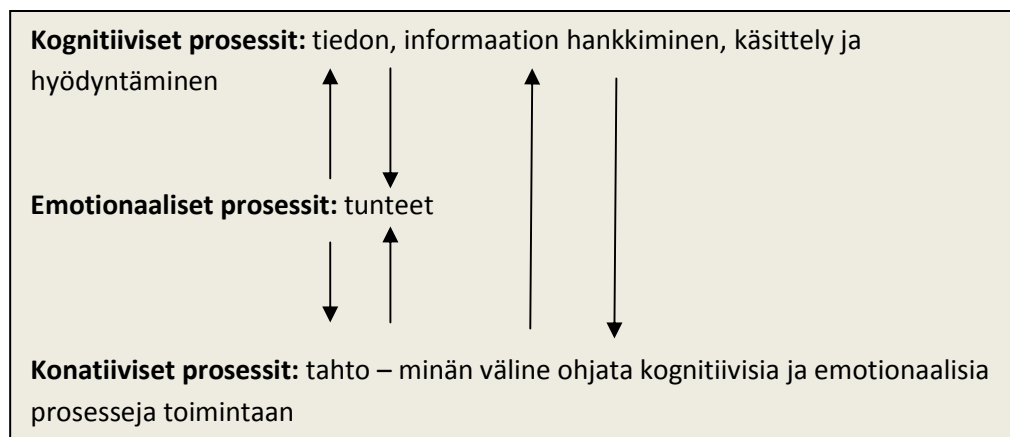
World Health Organization (2008) *Policies and practice for mental health in Europe - meeting the challenges*. Copenhagen, World Health Organization.

MIELEN HAAVOITTUVUUS VOIMAVARANA

Esitykseni taustalla on Ikäinstituutin ja Arcadan yhteinen tutkimusteema, haavoittuvuus. Teema koostuu eri projekteista, joiden yhteinen tavoite on haavoittuvuuden ymmärryksen lisääminen ja syventäminen ikääntymisen ja mielenterveyden konteksteissa. Hanke alkoi vuonna 2003, ja vuosien varrella se on tuottanut useita opinnäytetöitä, artikkeleita, kongressiesityksiä, koulutustilaisuuksia ja kirjoja.

Aikaisempien analyysiemme perusteella haavoittuvuus voidaan määritellä helppoudeksi tai vaaraksi loukkaantua fyysisesti (kehon haavoittuvuus), psyykkisesti (mielen haavoittuvuus) ja sosiaalisesti (sosiaalisten suhteiden ja yhteiskunnallisen aseman haavoittuvuus). Haavoittuvuutta voidaan tarkastella sekä riskinä että voimavarana. Riskinä haavoittuvuus merkitsee sitä, että ihminen on haurautensa, heikkoutensa tai suojaamattomuutensa takia vaarassa särkyä fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. Voimavarana haavoittuvuus käsittää empatian ja vastaanottavaisuuden edellyttämää avoimuutta ja herkkyyttä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2004, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2010, Stenbock-Hult & Sarvimäki 2006). Tämän esityksen tavoitteena on valottaa mielen haavoittuvuutta.

Ihmismielen kolme ydinprosessia ovat kognitiiviset, emotionaaliset ja konatiiviset prosessit. Kognitiiviset prosessit käsittävät informaation hankkimista, käsittelyä ja hyödyntämistä. Emotionaaliset prosessit liittyvät sisäisten ja ulkoisten ärsykkeiden vastaanottamiseen tunnetasolla, tunnereaktioihin ja palautumiseen reaktioiden jälkeen. Konatiiviset prosessit taas käsittävät ihmisen minää välineenä ohjata muita psyykkisiä prosesseja toimintaan. (Assagioli 2003, Käver & Nilsson 2002, Sarvimäki, Stenbock-Hult & Heimonen 2010) Nämä prosessit eivät toimi täysin irrallaan toisistaan, vaan niiden välillä on jatkuva vuorovaikutus (kuvio 1).



Kuvio 1. Mielen prosessit

Mielen haavoittuvuus merkitsee sitä, että nämä prosessit ovat 1. hauraita ja heikkoja 2. suojaamattomia tai 3. avoimia ja herkkiä. Voidaan puhua mielen hauraudesta, mielen suojaamattomuudesta ja mielen herkkyydestä.

Analyysitarkoituksessa ihmismielen kolmea ydinprosessia voidaan tarkastella suhteessa haavoittuvuuden merkityksiin seuraavan taulukon avulla (taulukko 1).

Taulukko 1. Mielen haavoittuvuuden ulottuvuudet

	Hauraat ja heikot	Suojaamattomat	Avoimet ja herkäät
Kognitiiviset prosessit	A	B	C
Emotionaaliset prosessit	D	E	F
Konatiiviset prosessit	G	H	I

Riski

Voimavara

A: Tietoprosessit eivät toimi – esimerkiksi kun muisti pettää tai ei pysty hahmottamaan kokonaisuuksia.

B: Tiedon määrä ylittää sen, mitä ihminen pystyy vastaanottamaan ja käsittelemään.

C: Tiedon käsittely on nyansoitua, ajattelua luonnehtii käsitteellinen ja teoreettinen sensitiivisyys (vrt. Glaser 1978).

D: Tunnereaktiot ovat epäadekvaatteja tilanteeseen nähden.

E: Tunteet ottavat ylivallan, ihminen ei pysty suojaautumaan niitä vastaan.

F: Ihminen on tunneherkkä, hän aistii herkästi mitä hänessä itsessään tapahtuu ja miten ulkoinen ilmapiiri muuttuu.

G: Ihmisellä on heikko tahto, hän ei pysty kanavoimaan tietoaan ja tunteitaan toiminnaksi.

H: Ihmisen tahto taipuu helposti ulkoisen paineen alla.

I: Ihmisen tahto kuuntelee sisäisiä ja ulkoisia viestejä, ja ihminen pystyy muuttamaan tahtoaan, jos tilanne muuttuu. Vastakohtana on jääräpäisyys.

Riskinäkökulma mielen haavoittuvuuteen merkitsee sitä, että ihmisen mieli on haurauden tai suojaamattomuuden takia vaarassa loukkaantua ja särkyä. Voimavaranäkökulma taas korostaa, että haavoittuvuus (suojaamattomuus, avoimuus, herkkyyys) on edellytys mielen hyvinvoinnille ja eheydelle. Mihän suuntaan mieli kallistuu, riippuu paljolti siitä, miten ihminen pystyy tasapainottelemaan itsensä suojelemisen ja avoimuuden välillä. (Sarvimäki, Stenbock-Hult & Heimonen 2010)

Taulukko mielen haavoittuvuuden ulottuvuuksista antaa mahdollisuuden tutkia ja analysoida monenlaisia vanhenemiseen ja vanhustyöhön liittyviä ilmiöitä. Esimerkiksi muistisairaus voidaan todeta eroavan masennuksesta tiettyjen haavoittuvuustekijöiden osalta (vrt. Heimonen 2010 ja Suni 2010). Haavoittuvuutta kuvaavat mallit ja taulukot antavat myös mahdollisuuden tarkastella vanhustyöntekijöiden kokemuksia, merkityksiä ja voimavaroja. Vanhustyöntekijöiden parissa tehdyt haastattelut (Stenbock-Hult & Sarvimäki 2011) osoittivat, että haavoittuvuus merkitsi heille sekä riskiä että voimavaraa. Eettinen herkkyyys, moraalinen tuska, epävarmuus ja myötäeläminen ovat vanhustyöntekijän voimavaroja, jotka samalla kertovat jotakin oleellista ihmisenä olemisesta. Eettinen herkkyyys tarkoittaa sitä, että

hoitaja huomaa tilanteen eettiset piirteet ja reagoi niihin moraalisisilla tunteilla (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009). Hän reagoi huonolla omatunnolla, jos hän esimerkiksi huomaa loukkauksensa jotakuta, hyvällä omatunnolla, jos hän tietää tehneensä parhaansa, ja suuttumuksella, jos hän huomaa että toista ihmistä kohdellaan kaltoin. Eettinen herkkyyden edellyttää avoimuutta, vastaanottavuutta ja aktiivista kuuntelemista. Se on tärkeä voimavara haavoittuvan vanhuksen kohtaamisessa.

Lähteet

Assagioli R (2003) Om viljan. Västra Frölunda: MareldBöcker.

Glaser B (1978) Theoretical sensitivity. Mill Valley, CA: The Sociology Press.

Heimonen S (2010) Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Kirjassa: Sarvimäki A, Heimonen S, Mäki-Petäjä-Leinonen A(toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 60 – 89.

Kåver A, Nilsson Å (2002) Dialektisk beteendeterapi vid emotionellt instabil personlighetsstörning. Stockholm: Natur och Kultur.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B (2004) Sårbarhet som utgångspunkt för etiken i äldrevården. Gerontologia 18, 153 – 158.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B (2009) Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B (2010) Vanhuus, haavoittuvuus ja hoidon eettisyys. Kirjassa: Sarvimäki A, Heimonen S, Mäki-Petäjä-Leinonen A (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 33 – 58.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B, Heimonen S (2010) Ikääntyminen ja mielen haavoittuvuus – haavoittuvuus riskinä ja voimavarana. Gerontologia 24, 169 – 178.

Stenbock-Hult B, Sarvimäki A (2006) Sårbarhet - att vara människa i äldrevården. En delrapport inom projektet ”Sårbarhet som styrka och svaghet inom det mentala området”. Publikation 1/2006. Helsingfors: Arcada.

Stenbock-Hult B, Sarvimäki A (2011) The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. Nursing Ethics 18, 31 – 41.

Suni A (2010) Masentuneet vanhukset haavoittuvana ryhmänä. Kirjassa: Sarvimäki A, Heimonen S, Mäki-Petäjä-Leinonen A (toim.) Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita, 90 – 125.

REFLEKSIIVISYYS TOIMIJUUDEN AINESOSANA

Refleksiivisyys - tai reflektiivisyys¹ - on käsite, joka etenkin sosiologiassa vilahtelee eri yhteyksissä ja teoreettisissa konteksteissa. Hyvä esimerkki tästä on puhuminen mielestä tai minuudesta, esimerkiksi meadilaisessa symbolisessa interaktionismissa. Usein käsite liitetään toiseen käsitteeseen, puhutaanhan vaikkapa 'refleksiivisestä ruumiillisuudesta' tai 'institutionaalista refleksiivisyydestä'. Valitettavan harvoin käsitettä pyritään eksplisiittisesti aukaisemaan, saattaisipa jopa sanoa: refleктоimaan.

Tässä koetan pohtia käsitteen sisältöä ja ulottuvuuksia, sen mahdollisia eri merkityksiä ja yhteyksiä. Erityisenä tavoitteenani on pohtia refleksiivisyyttä ja käsitteen käyttöä toimijuuden kontekstissa: Mitä ihmiset tekevät tai eivät tee, kun heidän sanotaan refleктоivan? Kysymyksen tekee relevantiksi ja tarpeelliseksi se, että juuri refleksiivisyyden katsotaan olevan toimijuuden keskeisiä aines- tai perusosia (esim. Gecas 2006). Tavoitteenani on myös pohtia, millaisia sisältöjä käsitteelle saattaisi löytyä ikääntymisen yhteydessä: mitä saatettaisiin ymmärtää vaikkapa erityisellä ikärefleksiivisyydellä.

Arkitermit ja refleksiivisyys

Suomen kielen sanastoista löytyy varsin monia 'refleksiivisyyteen' – jos tehdään perusoletus, että siinä on jollain tavalla kyse ajattelemisesta, mietinnästä, harkinnasta, pohdinnasta – liittyviä teonsanoja ja -ilmauksia: Kun ihminen refleктоi, tapahtuu jotain, jota synonyymeinä ilmentävät muun muassa seuraavat ilmaukset:

Ajatella, arvioida, järkeillä, mietiskellä, miettiä, pohtia, tuumailla, punnita, puntaroida

Tarkastella, tarkistaa, katsastaa, kontrolloida, käydä läpi, tutkia, tarkkailla

Havainnoida, katsella, kosketella, käsitellä, pohtia, selvittää

Ennakoida, arvioida ennalta, ottaa huomioon

Eritellä, jaotella, lajitella, luokitella, analysoida, jäsentää, jäsentellä

Hahmotella, antaa hahmo, luonnostella, kaavailla, suunnitella

¹ Refleksiivisyys ja reflektiivisyys viittaavat monessa yhteydessä samoihin asioihin; tosin käsitteille joissakin tilanteissa näytetään annettavan erilaisetkin merkitykset. Tässä käsitteitä käytetään hieman niiden käyttöä yksinkertaistaen synonyymeinä.

Hieman toisenlaisen näkymän antavat kielten väliset sanakirjat. Katsottaessa suomenkielisiä vastineita englannin kielen sanoille *reflect* ja *reflection* sekä niiden eri muodoille saadaan käännoiksi:

Reflect: heijastaa, kuvastaa, harkita, pohtia, miettiä

Reflection: heijastus, kuva, peilautuminen, peilikuva, harkinta, pohdinta, mietelmä

Reflective: heijastava, ajattelu-, mieteliäs, hiljainen, vakava

Reflex: refleksi, heijaste

Reflexion: ks. reflection

Suomalaisessa sivistyssanakirjassa puolestaan refleksiivisyyden latinankielisinä juurina esitetään ”taivuttaa taaksepäin, kääntää” ja itse termille annetaan merkitys ”itsekohtainen, taaksepäin tai itseensä viittaava”. Termi refleksio puolestaan suomentuu arkikielelle sanoin ”harkinta, mietiskely ja itsensä tarkkailu”. Nämä määrittelyt viittaavat vahvasti myös psykologiaan, jonka alueella erityisen runsaasti viljellään erilaisia self-alkuisia käsitteitä, self-regulation, self-evaluation ja self-definition käsitteestä self-reflection puhumattakaan (ks. esim. Dittman-Kohli 2005).

Refleksiivisyys sosiologiassa

Reflektiivisyys on olennainen osa myös sosiologiaa. Toteaapa esimerkiksi Kimmo Jokinen (2005), että...

”...sosiologia on näin ollen refleksiivinen tiede. Monet sen peruskäsitteistä ovat sellaisia, että se on osallinen niiden itsemäärittelyissä ja siten niihin kiinteästi sidoksissa. Itsereflektio on sosiologialle niin tyypillistä, että sitä on moitittu tieteenä, joka erittelee omia lähtökohtiaan, selitysmallejaan ja metodejaan jopa innokkaammin kuin tutkii varsinaista kohdettaan. Sosiologia näyttää olevan aina kriisissä.”

Teorioiden reflektiivisyys puolestaan Abercrombien (1988) mukaan tarkoittaa tiedonsosiologisesti niiden itseensä viittaamista, pohdintaa siitä, miten teoriat sosiaalisuutta tulkitsevat teoriat voidaan ymmärtää sosiaalisesti. Myös Lawson ja Garrod (2003) katsovat refleksiivisyyden tarkoittavan ”itseensä viittaamista” (self-reference), tilaa, jossa yksilö pohtii omaa toimintaansa tai tietämystään. Sosiologiassa reflektiivisyys viittaa siihen, että sosiaalisessa maailmassa toimivat yksilölliset toimijat pystyvät refleктоimaan toimiaan ja tavoitteitaan. Refleksiivisyys näyttäytyy sosiologiassa myös useina toisistaan poikkeavina keskustelu- ja teoretisointijuonteina: Pierre Bourdieu on kehittänyt erityistä ”refleksiivistä sosiologiaa”, Anthony Giddens, Ulrich Beck ja Scott Lash ovat käyneet keskustelua ”refleksiivisestä modernista”, Giddens on pohtinut minuutta, ruumiillisuutta ja elämänkulua erityisenä ”refleksiivisenä projektina” ja Lash käsitteellistänyt refleksiivisyyttä puhumalla muun muassa rakenteellisesta, esteettisestä, eettisestä ja etnisestä refleksiivisyydestä.

Kohti toimijuutta

Itseen kohdistuva pohdinta ja itsensä tarkkailu ovat olennainen osa inhimillistä toimintaa, jonka esimerkiksi Mike Hepworth (2004) näkee sosiologiassa perinteisesti tulleen

määritellyksi refleksiivisenä ja tulkitsevana. Toiminta motivoituu merkityksistä, joita yksilöt kohdistavat niihin sosiaalisiin yhteyksiin, joissa he kokemuksellisesti elävät. Vaikka inhimilliset olennot nähdäänkin tietoisina ja reflektiivina toimijoina, he eivät kuitenkaan ole täysin vapaita toimimaan kulloisenkin historiallisen, sosiaalisen kontekstin ulkopuolella.

Puhuessaan refleksiivisyydestä Viktor Gecas (2004) puolestaan viittaa sosiaalipsykologian klassikkoon George Meadiin ja toteaa hänen nähneen refleksiivisyyden yksilön toimijuuden peruslähteenä. Meadilla (1934) refleksiivisyys viittaa ihmisten kyvykkyyteen olla sekä subjekteja että objekteja itselleen – viittaus Meadin klassiseen ”I” vs. ”me” -erotteluun sekä reflektoida itseään ja toimia itseään kohtaan kuten objektia kohtaan toimitaan. Reflektiivisyys - edelleen Gecasin (2004) mukaan - mahdollistaa laajan kirjon erilaisia itse kohtaan suuntautuvia prosesseja kuten itsensä arviointia, kontrollointia, kritikointia ja motivointia. Yksilön minäkäsitys puolestaan ohjaa näitä objektivointiprosesseja mutta ne koostuvat myös rooleihin liittyvistä identiteeteistä, arvoista, puhutuista minäkuvauksista, odotuksista ja muista minää määrittelevistä elementeistä. Refleksiivisyys näin nähtynä on perusta lukuisille, erityisemmille toimijuuden ilmaisumuodoille.

Refleksiivisyydellä on myös perustavanlaatuinen yhteys ihmisen omaksumaan ja mukanaan kantamaan tietoon. Kuten Anthony Giddens (1984) toteaa, on inhimillisen toimijan reflektiivinen kyvykkyys sisäänrakennettuna sosiaalisen toiminnan päivästä päivään toistuvan tapahtumisen virtaan. Refleksiivisyys operoi kuitenkin vain osittain diskursiivisella, sanallistettavalla tasolla. Giddens puhuu tässä toimijoiden tietävyydestä (knowledgeability): ”Siinä, mitä toimijat tietävät siitä, mitä he ovat tekemässä ja miksi he sitä tekevät, on suurelta osin kysymys heidän käytännöllisestä tietoisuudestaan”.

Praktinen tietoisuus on osa Giddensin kolmiportaista näkemystä tiedosta. Praktisella tiedolla Giddens viittaa arkipäiväiseen toimintaan ja toimintakäytäntöihin liittyvään ja sisältyvään itsestään selvään, tapoihin ja rutiineihin sisäänrakennettua tietoa: me toimimme ja osaamme toimia sen enempää miettimättä, miten ja miksi näin toimimme. Tämän praktisen tiedon ohella meillä on alitajuista - deep-seated - tietoa, jossa on kyse osin myös meidän tiedostamattomista motiiveistamme ja tunteistamme. Näiden kahden ”tason” yläpuolella on sitten diskursiivinen, ilmaistavissa oleva, ”tietoinen” tieto, jonka me voimme tuoda myös sanallisesti näkyviin. Refleksiivisyyden suhteen nämä tiedon ideaalityypit ymmärrettävät tasot merkitsevät erilaisia lähtökohtia.

Tiedon tasot, reflektiivisyys ja toimijuus

Toimijuus käsitteenä on mainio esimerkki termistä, jota on sovellettu monissa yhteyksissä, monilla tutkimusalueilla ja jolla eri yhteyksissä viitataan hyvinkin erilaisiin ilmiöihin. Aiemmissa yhteyksissä (ks. esim. Jyrkämä 2008) olen kehitellyt tietynlaista toimijuusnäkemystä, jonka perusta on yhtäältä giddensiläisessä strukturaatioteoriassa, semiotiikassa ja toimijuudesta elämäntutkimuksen alueella lisääntyvästi käytävässä keskustelussa. Kehittelyn yhtenä lähtökohtana on ollut näkemys, että toimijuutta hahmotettuna tällaisista lähtökohdista on mahdollista ja itse asiassa tarpeellista lähestyä tai purkaa kolmesta perusnäkökulmasta, elämäntutkimus-, rakenne- ja tilannenäkökulmasta. Näkökulmia voi pohtia myös reflektiivisyyden ja edellä kuvailun giddensiläisen tiedon tasoerotuksen kautta lyhyesti ja alustavasti.

Ensimmäinen näkökulma vie kysymään, mitä tässä yhteydessä tarkoittaisi erityinen *elämäkulkureflektiivisyys* ja miten sitä voisi lähestyä alitajuisen, praktisen ja diskursiivisen tiedon näkökulmasta. Tässä toki tullaan kysymyksiin myös siitä, miten ja millaisen me muistellemme ja arvioimme mennyttä elämää, miten me erilaisissa yhteyksissä kerromme siitä ja millaisena me näemme ja ennakoimme tulevaa. Tietoerottelu puolestaan vie meidät pohtimaan elämäkulun itsestänselvyyksiä mutta myös tiedostamattomia motiivejamme ja emootioitamme

Toiseksi on mahdollista hahmotella *rakennereflektiivisyyttä*, reflektiivisyyttä niiden rakenteiden suhteen, joita yksilöt kohtaavat tai joissa he elävät. Tämänkin osalta myös tehty tietoerottelu on jälleen relevantti. Missä määrin meidän rakenteisiin – esimerkiksi ikään, sukupuoleen, sukupolveen, etniseen taustaan, yhteiskuntaluokkaan ja tämän hetken arkiympäristöön kohdistuva tietomme on alitajuisia, praktista tai diskursiivista? Miten me tässä mielessä reflektion kautta paikannamme itsemme – ja toisemme – rakenteellisesti? Millaisina me näemme ja tulkitsemme tässä ja nyt elettyämme olevat rakenteet: esteinä, rajoituksina, mahdollisuuksina, tarjoumina?

Kolmas näkökulma kohdistuu toimijuuden modaliteetteihin (ks. Jyrämä 2008) ja toimijuuden tilanteellisuuteen, jolloin reflektiivisyyden osalta voi käyttää käsitettä *tilannereflektiivisyys*. Mitä kykenen, mitä osaan, mitä haluan, mitä tunnen ja millaisena näen tilanteeni – esteet, mahdollisuudet, vaihtoehdot, tarjoumat - tässä nyt: näihin kysymyksiin kohdistuvaan reflektioon kietoutuu myös kysymys tiedontasoista ja niiden yhteisdynamiikasta. Kyse on myös siitä, millaisena tilanteisiin ja siihen kohdistuvaan reflektiivisyyteen liittyvät esimerkiksi luovan toiminnan mahdollisuus (vrt. Joas 2005), tulkinnat yhdessäolon rakenteista (ks. Deneulin 2008) sekä kyvykkyys joustaviin itsemäärätelyihin, jonka Richard Settersten ja Molly Trauten (2009) näkevät yhtenä niistä ”navigaatiovälineistä”, joita soveltaen ikääntyvät ihmiset menestyksellisesti voivat selviytyä elämäkulkunsa viime vaiheissa.

Reflektiivisyys tutkimuskohteena ja -otteena

Terhi Aaltosen (2010) kuvataiteilijoiden vanhenemista käsitelleessä väitöskirjassa haastatellut, ikääntyvät taiteilijat pohtivat elävästi ikääntymistään ja elämäänsä kuten 71-vuotias Fanny:

”Se on sitten myöskin sillä tavalla vapauttava asia, ikääntyminen, että ajattelee, että onhan tässä tullut tehtyä, niin kuin määrättyssä pilttuussa pysyttyä aika kauan, että olenko mää enää velvollinen olemaan kenelläkään se mikä mä olin ennen, vai mähän voin olla ihan jotain muuta, jos musta tuntuu nyt, että ikään kuin vapauttaa, antaa enemmän mahdollisuuksia...”

Parhaimmillaan siis tutkimuksen tekeminen on osaltaan mahdollisuuden antamista tutkittavien reflektiivisyydelle: tämän voi myös ymmärtää eräänlaisena yhteisenä reflektiona, yhteisenä neuvotteluna ja tiedon tuottamisena. Tässä lähestytään pohdintoja, joita esimerkiksi James Holstein ja Jaber Gubrium (1995) käyvät niin sanotusta aktiivisesta haastattelusta.

Osa tutkimusreflektiivisyyttä on myös tutkijan oman aseman, paikan ja tilanteen reflektointi, jota korostetaan esimerkiksi erilaisissa toimintatutkimustraditioissa. Mainiota reflektiivisyyden reflektointia käy vaikkapa Paul McIntosh (2010) pohtiessaan tutkijan monia

”minuuksia”, jotka saattavat aktualisoitua erilaisissa tutkimustilanteissa, ja analysoidessaan refleksiivisyyttä lähtien erilaisista teoreettisista, filosofisista ja menetelmällisistä traditioista.

Lähteet

Aaltonen T (2010) Taiteilija ei vanhene. Haastattelututkimus kuvataiteilijoiden ikääntymiskokemuksista taidemaailmassa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research. 397. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Abercrombie N, Hill S & Turner B S (1988) The Penguin Dictionary of Sociology. Penguin Books, London.

Deneulin S (2008) Beyond individual freedom and agency: Structures of living together in the capability approach. Teoksessa: Comim F, Qizilbash M & Alkire S (eds.): The Capability Approach. Cambridge University Press, Cambridge.

Dittman-Kohli F (2005) Self and identity. Johnson M L (ed.): The Cambridge Handbook of Age and Aging. Cambridge, Cambridge.

Gecas V (2004) Self-agency and the life course. Teoksessa: Mortimer J & Shanahan M (eds.) Handbook of the Life Course. Springer, New York.

Giddens A (1984) Constitution of Society. Polity, Cambridge.

Hepworth M (2004) Embodied agency, decline and the masks of aging. Teoksessa: Tulle E (ed.) Old Age and Agency. Nova Science Publishers, New York.

Holstein J & Gubrium J (1995) The Active Interview. Sage, Newbury Park, CA.

Joas H (2005) The Creativity of Action. Polity Press, Cambridge.

Jokinen K (2005) Sosiologia ja kulttuurintutkimuksen ”kulttuurinen” käänne. Teoksessa: Kovala U, Eskola K, Jokinen K, Niinikangas V & Sironen E (toim.) Tarkkoja siirtoja. Erkki Vainikkalan juhlapöytäkirja, Jyväskylä.

Jyrkämä J (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viittekehukseksi. Gerontologia 22: 4, 190-203.

Lawson T & Garrod J (2003) Complete A-Z Sociology Handbook. Hodder&Stoughton, London.

McIntosh P (2010) Action Research and Reflective Practice. Creative and Visual Methods to Facilitate Reflection and Learning. Routledge, London and New York.

Marshall V (2005) Agency, events and structure at the end of the life course. Teoksessa: Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course. Advances in Life Course Research, Vol. 10: 57-91.

Mead G (1934) Mind, Self, and Society. University of Chicago Press, Chicago.

Settersten R A & Trauten M E (2009) The new terrain of old age. Hallmarks, freedoms, and risks. Teoksessa: Bengtson V L, Gans D, Putney N M & Silverstein M: Handbook of Theories of Aging. Second edition. Springer, New York.

INNER STRENGTH – A THEORETICAL MODEL FOR UNDERSTANDING THE CORE OF INNER STRENGTH AND ITS MEANING FOR AGEING

This text is mainly based on the work and the article from professor Berit Lundman and collaborates at the Department of Nursing, Umeå University, Sweden (Lundman, Aléx, Jonsén, Norberg, Nygren, Santamäki Fischer & Strandberg, 2009).

In ageing, and especially in advanced age, when bodily changes, previous illness and new deceases mark everyday life, there is a common perspective on ageing as only suffering. Anyhow, growing very old holds also a possibility to enjoy, mature and develop into wisdom. There seem to be strengths in life, and also in advanced age. To transcend self; time, space and bodily weaknesses are seen as a resource in ageing (Reed 1991). In gerontology, gerotranscendence theory has been developed as a new paradigm (Tornstam 1997). Gerotranscendence is to transcend the ego; to be less self-important. It is to transcend socially, not finding previous demands on social life as important as before. It also means to develop a new perspective in life. Cosmic-transcendence is to experience oneself as part of a whole, on nature, of universe.

Inner strength may also be described through the theory of selection, optimization and compensation (Baltes et al.1999). They propose that elderly people that grow very old and still are having a good functional capacity select those tasks that they still manage well and enjoy. They optimize them and so compensate those tasks and abilities that are too heavy or demanding to do.

Feeling whole was found as a core theme in a qualitative study (Santamäki Fischer et al 2007) where elderly people were interviewed about experiences of ageing and on what console them. Being very old and feeling whole was possible when there was a sense of being carried by one's connectedness to a higher being or God, and sensing connectedness and support with and from other people, creatures and the universe. Being able to transform weakness and losses in ageing and feel whole is one way of having inner strength.

In the Umeå 85+ study on the good ageing and threats for a good ageing, inner strength was assessed by scales measuring resilience, sense of coherence, purpose in life and self-

transcendence. The result showed that elderly scored high on all scales. These results implied that there is an overlap between these concepts suggesting a common core of inner strength.

No studies have been found that focus on what these concepts have in common. The research group Lundman and collaborators (2009) conducted from a idea for meta-analysis by Paterson et al (2001) a theoretical analysis of the concepts of resilience, sense of coherence, hardiness, purpose in life, and self-transcendence, in order to identify their core dimensions and get an overarching understanding of inner strength. Hardiness was added to complete the perspective as it also was a concept much used.

All studies concerning the mentioned concepts where studied and an analysis inspired by the procedure of a meta theory construction was performed. The collaborating researchers were all familiar to one and also to all the concepts. During a process over some years the concepts were read over and discussed. This part of the process took considerably long time. The analysis resulted in an identification of four core dimensions. Inner strength relies on the interaction between these dimensions. The core dimensions are *connectedness*, *firmness*, *flexibility* and *creativity* (Lundman et al. 2009)

Connectedness was described as engagement, commitment, meaningful involvement with people, things, context, society and the universe. Also as a willingness and ability to reach beyond oneself and experience communion with others or connectedness with the universe

Flexibility was described to resist and endure when life is experienced as hard and demanding. Also to transform personal tragedies into meaningful experiences and to extend oneself beyond constricted views of self and the world.

Firmness was described as self-discipline, self-esteem and awareness of one's boundaries. Also as a view of the world as predictable, structured and lawful and having existential courage to cope with stressful situations instead of giving up

Creativity was described as having good problem-solving skills and the ability to think and act in various ways – the capacity to adapt. Also having a predisposition to struggle to influence outcomes and to learn, a refusal to sink into passivity and avoidance, and belief that changes provides opportunities for growth, and being able to use one's resources to transcend body, time, and space (Lundman et al. 2009)

An overarching understanding of inner strength is that it means to stand steady and firm connected to family, friends, society, nature and spiritual dimensions. It means to be creative and stretchable; believe in one's possibilities to act, to make choices and influence life's trajectory in a perceived meaningful direction. To shoulder responsibility for one self and others, endure and deal with difficulties and adversities (Lundman et al. 2009).

Implications for elderly care concerns the actual encounter with the person suffering. It means to understand the meaning of inner strength and take supporting actions. That can be by paying attention to *connectedness* by helping persons to be in contact with family and friends and important activities. To support *creativity* is by listening to patients' suggestions and ideas of solving treatment problems. *Firmness* may be supported by believing in and encouraging persons choices and their own believe in recovery. Professionals who encounter elderly patients or clients and believe that persons have strengths even in illness and dependency and give hope may support *flexibility*.

The theoretical model needs to be studied empirically. Narrative interviews with community living elderly women are expected to give stories describing how the four dimensions of inner strength may be expressed in the lived experience of ageing.

References

Baltes P B, Baltes M M, Freund A M & Lang F R (1999) The measurement of selection, optimization, and compensation (SOC) by self-report: Technical report 1999. Berlin: Max Planck Institute for Human Development.

Lundman B, Aléx L, Jonsén E, Norberg A, Nygren B, Santamäki Fischer R, Strandberg G (2009) Inner strength - A theoretical analysis of salutogenic concepts. *International Journal of Nursing Studies*, 47 (22) 251-260.

Paterson B L, Thorne S E, Canam C, Jillings C (2001) *Meta-study of qualitative health research. A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*. Thousand Oaks, California: Sage.

Reed P G (1991) Spirituality and mental health in older adults. *Extant knowledge for nursing. Family Community Health*, 14 (29) 14-25.

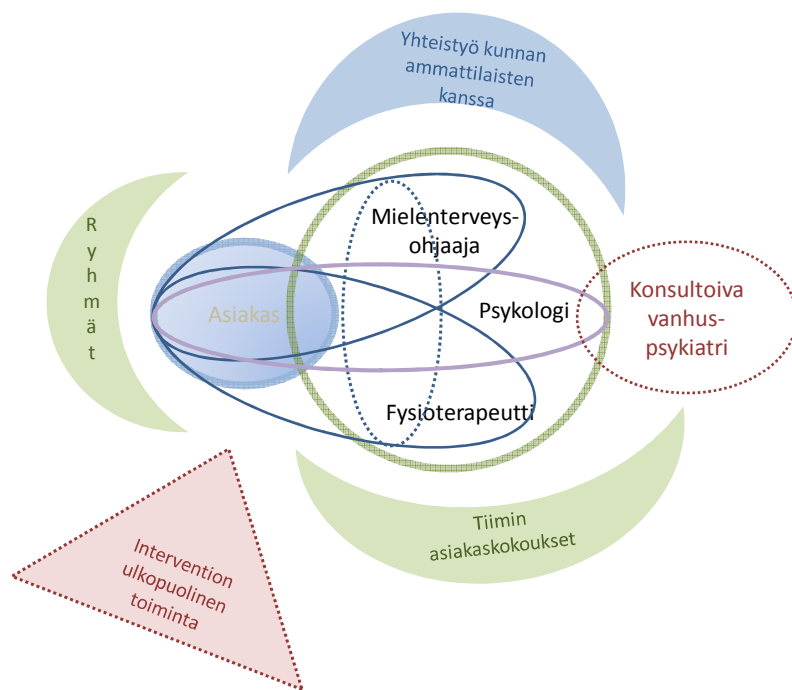
Tornstam L (1997) Gerotranscendence: the contemplative dimension of ageing. *Journal of Ageing Studies*, 11 (2) 143-154.

VOIKO MIELI MUUTTUA VIELÄ VANHUUDESSAKIN? - IKÄIHMISTEN PSYYKKISEN HYVINVOINNIN KOKONAISVALTAINEN TUKEMINEN

Vanhustyön keskusliitossa toteutettiin vuosina 2007-2010 kolmiosainen MielenMuutos – tutkimus- ja kehittämishanke, jossa tutkittiin iäkkäiden ihmisten mielenterveyttä ja hyvinvointia sekä tehtiin aiheeseen liittyvää kehittämistyötä. Laajan kokonaisuuden yhdessä osahankkeessa kehitettiin Suomen oloihin sopivaa mallia ikäihmisten masennuksen hoitoon ja tutkittiin mallin mukaisen hoidon vaikutuksia yhdessä kunnassa verrattuna niin sanottuun tavanomaiseen hoitoon. Tavanomaisin masennuksen hoito ikäihmisillä näyttää olevan yksinomaisen mielialalääkityksen, sillä yli 65 –vuotiaiden on havaittu ohjautuvan heikosti perusterveydenhuollon mielenterveyspalveluiden piiriin eikä vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon tavoita kuin kaikkein vakavimmin masentuneet jos heitäkään. (Esim. Pietilä & Saarenheimo 2010; Leinonen & Alanen 2011.)

MielenMuutos –mallin suunnittelussa hyödynnettiin uusinta tutkimustietoa, jonka perusteella parhaat tulokset ikäihmisten masennuksen hoidossa saadaan moniammatillisella yhteistyöllä ja yhdistelemällä yksilöllisesti erilaisia psykososiaalisia ja lääketieteellisiä menetelmiä. Hoidon tulisi olla kokonaisvaltaista ja seurannan riittävän pitkäaikaista. Esimerkiksi Barry Gurland kollegoineen (2000) toteaa, että ammattilaisten tulisi kyetä sietämään hoitoon liittyvää epävarmuutta ja etsimään käyttökelpoisia vaihtoehtoja, jotka ottavat huomioon masennuksen ja fyysisten sairauksien väliset monimutkaiset syy-vaikutussuhteet.

MielenMuutos -masennushankkeessa oli tavoitteena rakentaa menetelmäpaletti, josta asiakas ja ammattilaiset yhdessä valitsisivat mielekkäimmät elementit. Lähtökohtana olisi aina asiakkaan senhetkinen tilanne, siinä ilmenevät keskeiset ongelmat ja kulloinkin käytössä olevat voimavarat. Intervention toteutti moniammatillinen tiimi, joka koostui psykiatrisesta sairaanhoitajasta sekä osa-aikaisesta fysioterapeutista ja psykologista. Intervention ydinperiaatteina olivat jalkautuminen, tavoitteiden määrittely yhdessä asiakkaiden kanssa, voimavarakeskeisyys sekä hoidon yksilöllinen ja joustava räätälöinti. Keskeistä oli myös yhteistyö muiden asiakasta hoitavien tahojen sekä omaisten kanssa. Hoito muodostui palveluohjauksesta, psykososiaalisesta ryhmätoiminnasta, fyysisestä harjoittelusta ja yksilöterapiasta (Kuvio 1).



2

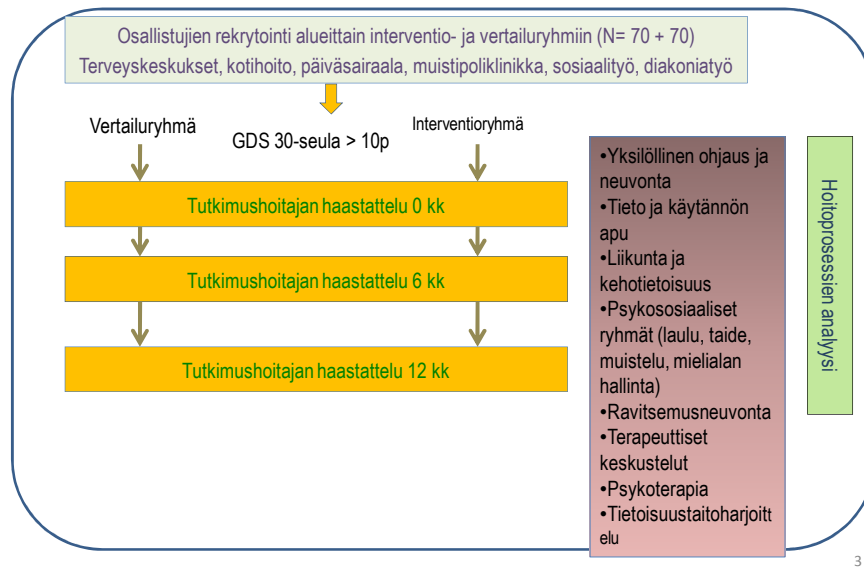
Kuvio 1. Hankkeen menetelmäpaletti

Tutkimus

MielemMuutos -masennustutkimukseen osallistui 139 yli 60-vuotiasta espoolaista, masennuksesta kärsivää ihmistä. He jakautuivat asuinalueensa mukaan interventio- ja vertailuryhmään. Tutkimuksen tavoitteiksi asetettiin 1) selvittää, auttaako kokonaisvaltainen, yksilöllisesti räätälöity psykososiaalinen interventio lievittämään masennuksesta kärsivien ikäihmisten (60+) masennusoireita ja parantamaan heidän mielialaansa, 2) selvittää, auttaako interventio parantamaan siihen osallistuvien ikäihmisten elämänlaatua ja elämänhallintaa sekä vähentämään heidän yksinäisyyden kokemuksiaan sekä 3) tarkastella laadullisesti hoitoprosessien variaatiota interventiossa sekä sitä kautta intervention ja sen osa-alueiden toimivuutta.

Kaikki osallistujat haastateltiin kolme kertaa: tutkimuksen alkaessa, kuuden kuukauden kohdalla ja vuoden kohdalla, jolloin tutkimus heidän kohdallaan päättyi. Haastattelujen rungon muodostivat erilaiset psyykkisiin oireisiin, mielialaan, elämänlaatuun, elämänhallintaan ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvät validoidut mittarit. Päättulosmuuttujia olivat masennus ja elämänlaatu, joita tarkasteltiin GDS-30 –mittarilla (Yesavage ym. 1982-3) ja WHO:n elämänlaatumittarilla (WHOQOL-BREF, WHO 2003). Lisäksi tarkasteltiin laadullisilla menetelmillä yksilöllisiä asiakaspolkuja, jolloin päästiin käsiksi siihen, *miten interventio toteutui* yksittäisten asiakkaiden kohdalla sekä *mitä interventio merkitsi* asiakkaille ja tiimissä työskennelleille ammattilaisille (Kuvio 2).

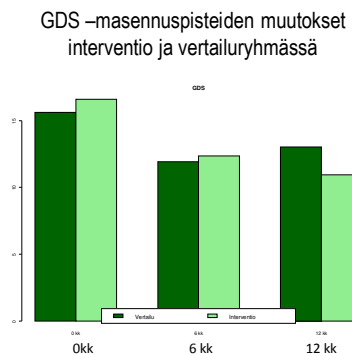
Tutkimusasetelma



Kuvio 2. Tutkimusasetelma

Tutkimuksen tuloksia

Verrattuna tavanomaiseen masennuksen hoitoon Mielenmuutos –intervention räätälöity hoito kohensi masennuksesta kärsivien ikäihmisten elämää monin tavoin. Tutkimuksen kaikissa määrällisissä päätulosmuuttujissa tapahtui myönteisiä muutoksia, joista suuri osa oli tilastollisesti merkitseviä. Erityisen merkittävää oli GDS –mittarilla arvioitun masennuksen lieveneminen interventoryhmässä (Kuvio 3).



Kuvio 3. GDS-masennuspisteiden muutokset: tumma = vertailuryhmä, harmaa = interventoryhmä.

Masennus lieveni molemmissa ryhmissä kuuden kuukauden kohdalle tultaessa, mutta sen jälkeen vertailuryhmän keskimääräiset masennuspisteet alkoivat nousta, kun ne interventoryhmässä jatkoivat laskuaan. Tulokset olivat johdonmukaisia myös mielialan, elämänlaadun ja elämäntilanteen kohdalla, joissa interventoryhmän kohdalla tapahtui merkittävää paranemista suhteessa vertailuryhmään.

Yksittäisten asiakasprosessien laadullinen tarkastelu toi esiin huomattavan variaation sekä osallistujien alkutilanteissa että masennuksen merkityssisällöissä ja tuen tarpeissa. Asiakkaiden tilanteiden muutokset intervention aikana vaihtelivat sekä arvioidulta suuruudeltaan että merkitykseltään. Tutkimuksessa laaditut tapausselostukset konkretisoivat erityisesti asiakaslähtöistä työtapaa ja räätälöinnin ideaa. Niiden kautta hahmottuvat myös asiakkaiden erilaiset tavat hyödyntää mielenterveyspalveluita ja siten ne tarjoavat yhden tärkeän näkökulman palveluiden suunnitteluun. (Saarenheimo & Pietilä 2011.)

Johtopäätöksiä

Tulosten perusteella interventio onnistui hyvin, mutta toimivien yhteistyökäytäntöjen synnyttäminen kunnallisessa palvelujärjestelmässä olisi vaatinut pidemmän aikajänteen. MielenMuutos –masennushoitomalli muodostaa kuitenkin hyvän pohjan ikäihmisten mielenterveystyölle kunnallisessa palvelujärjestelmässä. Moniammatillisen mielenterveystiimin luontevin tukikohta on terveyskeskus, josta käsin ammattilaiset voivat jalkautua asiakkaiden luo ja jossa yhteistyö muiden toimijoiden kanssa järjestyy helpoiten. Yhteydet erikoissairaanhoidon vanhuspsykiatriaan ovat tärkeitä erityisesti vakavista häiriöistä kärsivien asiakkaiden kohdalla. Psykososiaalisella ja sosiokulttuurisella ryhmätoiminnalla on keskeinen rooli. Sitä voivat kunnan lisäksi järjestää kolmannen sektorin toimijat, kuten järjestöt ja seurakunnat. Tärkeää on, että ikäihmiset pääsevät palveluiden äärelle, mitä työntekijöiden jalkautumisen lisäksi vahvistaa asianmukaisen kuljetusavun tarjoaminen.

Tutkimuksen pohjalta kunnille voi suositella moniammatillisten ikäihmisten mielenterveystiimien perustamista perusterveydenhuoltoon. Lisäksi valtakunnallisesti tutkimus antaa pontta vaatimuksille edistää ikäihmisten masennuksen tunnistamista, kiinnittää vakavien masennustilojen ohella huomiota lievään masennusoireiluun sekä laajentaa psykoterapian korvausjärjestelmää yli 65-vuotiaisiin ja parantaa psykoterapian saatavuutta.

Lähteet

Gurland B, Katz S & Pine Z M (2000). Complex unity and tolerable uncertainty: Relationships of physical disorder and depression. Kirjassa G M Williamson, D R Shaffer & P A Parmelee (toim.), Physical illness and depression in older adults. Handbook of theory, research, and practice (ss. 311-330). New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Leinonen E & Alanen H (2011). Psykiatrista hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. *Duodecim* 127(4): 371-2.

Pietilä M & Saarenheimo M (2010). Ikäihmisten mielenterveys: Julkiset käsitykset, tavoitteet ja käytännöt. Vanhustyön keskusliitto. Loimaa: Newprint.

Saarenheimo M & Pietilä M (toim.) (2011.) *MielenMuutos masennuksen hoidossa. Mielialaongelmista kärsivien iäkkäiden ihmisten psykososiaalinen tukeminen*. Vanhustyön keskusliitto. Raisio: Newprint."

WHO (2003). WHOQOL-BREF. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Field trial version December 1996. Kirjassa M Rapley (toim.), *Quality of life research. A critical introduction*. London: Sage.

Yesavage J A, Brink T L, Rose T L, Lum O, Huang V, Adey M ym. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.

HYVÄMIELI - IÄKKÄIDEN HENKILÖIDEN MIELENTERVEYDEN EDISTÄMINEN

Tausta

Kolmivuotinen HyväMieli – hanke alkoi vuonna 2008 ja se toteutettiin yhteistyössä Jyväskylän kaupungin, Jyväskylän ammattikorkeakoulun ja Jyväskylän yliopiston kanssa. Hanketta rahoittivat STM (2008 – 2009) ja RAY (2010). Hanke keskittyi erityisesti mielenterveysongelmien promootioon ja primaaripreventioon ja sen päämääränä oli edistää iäkkäiden ihmisten mielen hyvinvointia ja psykososiaalista toimintakykyä painottamalla varhaista puuttumista, ehkäisevää toimintaa ja yksilön vastuuta eli.

Ikääntyminen tuo mukanaan monia mielen hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, kuten menetyksiä ja muutoksia terveydessä ja toimintakyvyssä sekä ihmissuhteissa. Masentuneisuus ja yksinäisyys ovat keskeisiä iäkkäiden ihmisten mielen hyvinvointia ja kotona selviytymistä heikentäviä tekijöitä (mm. Perlman 2004). Useissa tutkimuksissa (mm. Vaarama 1999, Routasalo ym. 2003, Tiikkainen 2006) on todettu, että noin kolmasosa 65 vuotta täyttäneistä kokee jossain määrin masentuneisuutta ja yksinäisyyttä. Näiden molempien ilmiöiden on todettu olevan kiinteässä yhteydessä toisiinsa, ja ne aiheuttavat erilaisia haasteita sekä iäkkäille ihmisille itselleen että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille.

Iäkkäitten ihmisten mielen hyvinvointia uhkaavat riskit ja siten myös tarpeet ovat hyvin erilaisia, mikä edellyttää yksilöllistä arviointia ja riskitekijöihin puuttumista. Toimivien sosiaalisten suhteiden merkitys terveyden kannalta on todettu lukuisissa tutkimuksissa. Ulkopuolisen henkilön tuoma tuki ja turva saattavat olla korvaamattomia. Henkilöt, joilla on masennusoireita tai ovat yksinäisiä, tarvitsevat tukea ja rohkaisua osallistua kodin ulkopuoliseen toimintaan.

Yksinäisyyden ja masentuneisuuden riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää. Ehkäisevä mielenterveystyö ja masennuksen ehkäisy on nostettu yhdeksi painoalueeksi valtakunnallisissa tavoitteissa (Kivelä 2006). Ikääntyneille suunnatuista ehkäisevistä, terveyttä edistävästä ja varhaisen puuttumisen toimintamalleista on todettu olevan kunnissa puutetta (STM 2006). Yksilötason preventiivisten työmenetelmien rinnalle tarvitaan uusia näyttöön perustuvia, osallisuutta lisääviä ryhmä- ja yhteisötason työmenetelmiä, joita hyödynnetään ikääntyneiden ihmisten omissa elin- ja asuinympäristöissä.

Tutkimuksen toteutus

Tutkimus koostui kahdesta osasta: mielenterveyden riskitekijöiden ja ongelmien seulonnasta sekä interventtiosta. Sisäänottokriteereinä olivat: masentuneisuus oireita ja/tai yksinäisyyttä vähintään silloin tällöin, MMSE \geq 22 ja suostumus RCT – tutkimukseen. Seulonta toteutettiin puhelin haastatteluna.

Kohdejoukkona olivat 75 - 79 – vuotiaat kotona asuvat henkilöt (N = 1165), joista tutkimukseen soveltuvia oli 475. Heistä 296 henkilöä osallistui kotihaastatteluun, jonka jälkeen he kävivät neuvojan vastaanotolla. Tämän jälkeen osallistujat (n = 257) satunnaistettiin interventio- ja kontrolliryhmään. Interventoryhmä jaettiin edelleen kolmeen osaan tutkittavien ilmoittaman mielenkiinnon mukaan: neuvopakontaktit (henkilökohtainen käynti ja/tai puhelinyhteys), liikuntaryhmä ja virikeryhmä. Interventio kesti kuusi kuukautta, jonka jälkeen tehtiin alkumittauksia vastaavat seuranta haastattelut. Lisäksi mielialan ja yksinäisyyden kokemuksia sekä sosiaalista aktiivisuutta seuranta varten tehtiin puhelinhaastattelut 3, 6 ja 12 kuukauden kuluttua intervention päättymisestä.

Tutkimusmenetelminä käytettiin monipuolisia strukturoituja haastattelu- ja kyselylomakkeita. Pääteipistemuuttujina olivat elämänlaatu, masennusoireet, yksinäisyys, sosiaalinen yhteisyys, itsearvioitu terveys sekä sosiaalinen ja fyysinen aktiivisuus.

Neuvojatoiminnan tavoitteena oli yksilöllisen tarvekartoituksen ja motivoivan haastattelun avulla tukea ja edistää henkilön ja hänen sosiaalisen verkostonsa voimavaroja ja oman vastuun ottamista omasta terveydestään, ohjata mielenterveyttä edistäviä itsehoitokeinoja sekä ohjata palvelujen tai toimintojen piiriin. Ryhmätoiminnan tavoitteena oli osallistujien sosiaalinen aktivoiminen ja ystävystyminen muiden ryhmäläisten kanssa. Ryhmien sisältö suunniteltiin yhdessä osallistujien kanssa.

Interventoryhmiin osallistuneet kokivat hyötyneensä toiminnasta ja arvioivat sen lisänsä myös muuta kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistumista sekä yhteydenpitoa muihin ihmisiin. Lisäksi he arvioivat, että ikätoverit hyötyisivät vastaavasta toiminnasta ja olivat itse halukkaita osallistumaan vastaavaan toimintaan jatkossa.

Lähteet

Kivelä S-L (2006) Geriatriksen hoidon ja vanhustyön kehittäminen. STM selvityksiä, 30.

Perlman D (2004) European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging* 23(2), 181-188.

Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R (2003) Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto.

STM. Terveiden edistämisen laatusuositus (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006:19, Helsinki.

Tiikkainen P (2006) Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta.

Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S (1999) Vanhusbarometri. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1999:3, Helsinki.

SUFACARE

Närståendevårdares mentala hälsa och livskvalitet

Förkortningen SUFACARE står för Supporting Family Caregivers and Receives in Finland and Estonia. Projektet är ett samarbetsprojekt mellan Arcada i Helsingfors och universitetet i Tallinn, finansierat av det fjärde Interreg-programmet och Egentliga Finlands förbund (2009 – 2011). Syftet med hela projektet är att utveckla en praktisk modell för formell och informell äldreomsorg i Finland och Estland genom att tillhandahålla lösningar för närståendevårdare, vårdmottagare och professionella i hemvården. Projektchef är Jukka Surakka. Till projektgruppen hör också Annikki Arola, Anne Kokko och Åsa Rosengren.

Syfte

I denna framställning presenteras preliminära resultat från den inledande enkätundersökningen i Finland. Syftet med enkäten var att utreda närståendevårdares situation samt behov av stöd och service. Den skickades ut till 3000 slumpmässigt valda personer i åldern 65+ i Helsingfors, Åbo och Salo. Av de 604 personer som svarade var 144 närståendevårdare. Närståendevårdare var i denna undersökning personer som minst fyra timmar i veckan vårdade en anhörig eller annan närstående. Syftet med denna delstudie var att jämföra närståendevårdarnas och de övrigas mentala hälsa och livskvalitet.

Metod

Enkäten som helhet var uppdelad i olika delar och områden och den omfattade 75 frågor med underfrågor. De 39 första frågorna var riktade till alla informanter, medan de 35 följande frågorna var riktade enbart till närståendevårdare.

Frågorna om mental hälsa och livskvalitet var riktade till alla informanter. Frågorna var åtta till antalet. Den första var en allmän fråga om upplevelsen av mental hälsa. Därefter följde en fråga som mätte psykisk belastning, General Health Questionnaire (GHQ-12). GHQ-12 är ett mått på psykiska reaktioner vid påfrestningar (Boström & Nyqvist 2008) och har i Finland använts bl.a. i Hälsa 2000 –undersökningen (Pirkola & Lönnqvist 2002) och Österbottenprojektet (Forsman m.fl. 2009). Livskvalitet mättes med en fråga om upplevelsen av meningsfullhet, en om trygghet och otrygghet och en om ensamhet. Därtill användes en bedömning av livskvaliteten med VAS-skala och en fråga om framtiden. Dessa frågor har använts bl.a. i Ikihyvä Päijät-Häme -undersökningen (Fogelholm, Haapola, Absetz m.fl. 2007). Data har analyserats med korstabeller och Chi-kvadrat på SPSS.

Beskrivning av samplet

Över hälften av respondenterna i båda grupperna var kvinnor. Det var ingen signifikant skillnad i könsfördelning mellan närståendevårdarna och de övriga. Majoriteten i båda grupperna var gifta, men skillnaderna i civilstånd mellan grupperna var ändå signifikant. Bland närståendevårdarna var andelen gifta ännu större, medan andelen frånskilda och sällskapande var mindre. Knappt hälften i båda grupperna tyckte att deras ekonomi var bra eller mycket bra.

Närståendevårdarna uppgav i större utsträckning än de övriga att de hade diagnostiserade sjukdomar i stöd- och rörelseorganen och neurologiska sjukdomar. När det gällde diagnostiserad depression förekom ingen signifikant skillnad. De som inte var närståendevårdare bedömde sin funktionsförmåga som bättre än närståendevårdarna. (Tabell 1)

Tabell 1. Beskrivning av samplet

KATEGORI	NÄRSTÅENDEVÅRDARE		ÖVRIGA		p
	n	%	n	%	
KÖN	81	56	264	58	
Kvinnor					
Män	63	44	191	42	ns
CIVILSTÅND	8	6	38	8	
Ogift					
Gift	105	73	246	55	
Sambo	4	3	20	4	
Frånskild	9	6	63	14	
Sällskapar	0	0	6	1	
Änka, änklings	17	12	77	17	.004
DIAGNOSTISERAD SJUKDOM					
Stöd- och rörelseorgan	67	47	137	30	.000
Neurologiska	15	10	16	4	.002
Depression	7	5	20	4	ns
FUNKTIONSFÖRMÅGA					
Utmärkt	8	6	42	9	
God	60	42	242	54	
Varken eller	58	41	138	31	
Dålig	14	10	24	5	
Mycket dålig	2	1	3	1	.017

Resultat

Resultaten rörande mental hälsa visar att närståendevårdarna över lag upplevde sin mentala hälsa som god eller mycket god, men de respondenter som inte var närståendevårdare upplevde sin mentala hälsa som ännu bättre. (Tabell 2)

Tabell 2. Upplevd mental hälsa

KATEGORI	NÄRSTÅENDEVÅRDARE		ÖVRIGA		p
	n	%	n	%	
UPPLEVD MENTAL HÄLSA					
Mycket god	19	14	79	18	
God	75	53	279	62	
Varken eller	41	29	85	19	
Dålig	5	4	7	2	
Mycket dålig	1	1	1	0	.032

Frågorna om reaktioner vid psykisk belastning visar att största delen (ca 70 – 90 %) av alla informanter inte upplevde den psykiska belastningen som väldigt stark. Ett undantag var frågorna om nedstämdhet och om informanten hela tiden kände sig utsatt för påfrestning. På dem svarade 37 % respektive 51 % av närståendevårdarna att de upplevt detta något eller mycket mera än vanligt. (Tabell 3)

I de flesta frågor fanns det en signifikant skillnad mellan närståendevårdarna och de övriga i det avseendet att närståendevårdarna ändå upplevde en större belastning än de övriga. Trots att också majoriteten av dem upplevde liten belastning kände 21 % - 30 % att de hade svårt att koncentrera sig, att de hade vakat mer än vanligt av bekymmer samt att de hade svårt att klara av och möta svårigheter. De upplevde att de inte kunde njuta av sina dagliga förehavanden och de kände sig mindre lyckliga än vanligt. Den enda fråga som inte uppvisade någon skillnad var förmågan att fatta beslut. (Tabell 3)

Såväl bland närståendevårdarna som bland de övriga upplevde omkring 70 % att livet var meningsfullt eller synnerligen meningsfullt. Anhörigvårdarna upplevde till 73 % att livet var tryggt och 87 % kände sig ibland eller aldrig ensamma. Här kan man dock också notera att 10 % av närståendevårdarna kände sig otrygga och 13 % kände sig ofta ensamma. När det gäller

Tabell 3. Psykiska reaktioner vid påfrestning

KATEGORI	NÄRSTÄENDEVÅRDARE		ÖVRIGA		p
	n	%	n	%	
KONCENTRATION					
Lika bra/bättre än vanligt	99	70	382	86	
Sämre/mycket sämre än vanligt	42	30	64	14	.001
VAKAT AV BEKYMMER					
Inte mer än vanligt/inte alls	100	71	405	90	
Något/mycket mer än vanligt	41	29	44	10	.000
UTS. FÖR PÅFRESTNING					
Inte mer än vanligt/inte alls	70	49	380	85	
Något/mycket mer än vanligt	72	51	67	15	.000
KLARAR INTE SVÄRIGH.					
Inte mer än vanligt/inte alls	98	70	398	89	
Något/mycket mer än vanligt	42	30	50	11	.000
KUNNAT NJUTA					
Lika mycket/mer än vanligt	98	70	395	88	
Mindre/mycket mindre än vanl.	42	30	55	12	.000
KUNNAT MÖTA SVÄRIGH.					
Lika bra/bättre än vanligt	102	74	400	89	
Sämre/mycket sämre än vanligt	36	26	47	11	.000
OLYCKLIG, NEDSTÄMD					
Inte mer än vanligt/inte alls	89	63	382	85	
Något/mycket mer än vanligt	53	37	67	15	.000
FÖRLORAT SJÄLVFÖRTR.					
Inte mer än vanligt/inte alls	119	83	412	93	
Något/mycket mer än vanligt	24	17	37	8	.026
RÄTT LYCKLIG					
Lika mycket/mer än vanligt	110	79	411	92	
Mindre/mycket mindre än vanl.	30	22	37	8	.000
BETYDELSEFULL ROLL					
Lika mycket/mer än vanligt	122	86	397	90	
Mindre/mycket mindre än vanl.	20	14	46	10	.000
KAPABEL FATTA BESLUT					
Lika bra/bättre än vanligt	120	85	410	91	
Sämre/mycket sämre än vanligt	21	15	40	9	ns
KÄNT SIG VÄRDELÖS					
Inte mer än vanligt/inte alls	120	84	413	92	
Något/mycket mer än vanligt	23	16	36	8	.017

frågorna om otrygghet och ensamhet var skillnaden mellan närstående vårdare och övriga mycket respektive svagt signifikant. De övriga kände sig ännu tryggare och mindre ensamma än närstående vårdarna. Mätt på en skala 1 – 100 var medeltalet för närstående vårdarnas livskvalitet 63 och de övrigas 71.

Till slut

- De flesta närstående vårdare bedömde sin mentala hälsa som relativt god, men ännu fler av de övriga bedömde sin mentala hälsa som relativt god.
- Signifikant fler närstående vårdare hade diagnostiserade sjukdomar i stöd- och rörelseorgan samt neurologiska sjukdomar, men när det gällde diagnostiserad depression fanns inga signifikanta skillnader. Här kan man undra om detta beror på att depressioner lätt blir odiagnostiserade, ifall personen har sökt hjälp för annat, t.ex. ont i ryggen eller nacken.
- Ca 20 – 30 % av närstående vårdarna bedömde sin mentala hälsa som mindre god i de olika frågorna, men bara 5 % hade diagnostiserad depression. Detta resultat kan tolkas så att det kan finnas en grupp närstående vårdare som befinner sig i riskzonen för att bli deprimerade. I så fall vore det viktigt att fånga upp denna grupp.
- Det stora bortfallet gör att resultaten inte kan generaliseras. Det är allmänt känt att det oftast är de som har det svårast som inte svarar på enkäter. Resultaten kan därför ge en för positiv bild av närstående vårdarnas mentala hälsa och livskvalitet.

Projektet fortsätter med fördjupade analyser av enkätresultaten, strukturerade intervjuer med närstående vårdare, information och skolning för närstående vårdare samt utvärdering och cost-effect analyser.

Litteratur

Boström G, Nyqvist K (2008) Hälsa på lika villkor. Syfte och bakgrund till frågorna i nationella folkhälsoenkäten. Statens folkhälsoinstitut A 2008:06. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Fogelholm M, Haapola I, Absetz P m.fl. (2007) Ikihyvä Päijät-Häme – tutkimus. Peruseraportti 2005. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Lahti: Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä.

Forsman A, Herberts K, Aromaa E, Tuulari J, Wahlbeck K (2008) Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008. Menetelmäraportti. Diskussionsunderlag 3/2009. Helsingfors: Institutet för hälsa och välfärd.

Pirkola S, Lönnqvist J (2002) Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. I rapporten: Aromaa A, Koskinen S (red.) Hälsa och funktionsförmåga i Finland. Basresultat från undersökningen Hälsa 2000. Folkhälsoinstitutets publikationer B3/2002. Helsingfors: Folkhälsoinstitutet, 51-54.

PERHEOHJAUS IKÄÄNTYVIEN OMAISTEN TUKIMUOTONA

Johdanto

Kun yksi perheessä sairastuu psyykkisesti, vaikuttaa se myös muiden perheenjäsenten elämään. Omaisena oleminen kuormittaa usein psyykkisesti, sosiaalisesti ja fyysisesti. Omaisilla on lisääntynyt riski masentua itse (Charles & Carstensen 2002, Nyman & Stengård 2001, Nyman & Stengård 2005). Omaiset, joiden läheinen on sairastunut psyykkisesti, tarvitsevat tietoa, käytännön- ja taloudellista tukea sekä tunteiden jakamista (Stengård 2005). Koulutuksellinen perhetyö tarjoaa hyvän viitekehyksen omaisten tukemiseen muuttuneessa elämäntilanteessa, kun läheisellä on mielenterveyden häiriö. Koulutuksellisen perhetyön sovellutuksia ovat omaisten ryhmät, koulutusryhmät ja perheinterventiot (Stengård 1998). Perheohjaus on yksi perheintervention muoto.

Koto-hankkeessa omainen on ymmärretty laajasti. Omaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka läheisellä (sukulainen, ystävä, naapuri tmv.) on jokin mielenterveyden häiriö (diagnosoitu tai diagnosoimaton). Omainen voi asua yhdessä sairastuneen läheisensä kanssa, mutta he voivat asua myös eri talouksissa pitkänkin välimatkan päässä toisistaan. Ikääntyvällä tarkoitetaan eläkeikäistä henkilöä.

Kotiin tukea ikääntyvälle omaiselle (Koto) - hanke

Kotiin tukea ikääntyvälle omaiselle - hanke (Koto) toteutetaan yhteistyössä Tampereen ja Nokian kaupunkien sekä Ruoveden kunnan kanssa vuosina 2008 - 2011. Hankkeen rahoittaa RAY ja hankkeen toteuttaa Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry, jonka toiminnan tavoitteena on edistää omaisten selviytymistä ja hyvinvointia, kun läheisellä on mielenterveyden ongelmia. Yhdistys on perustettu vuonna 1988 ja sen toimialueena on Pirkanmaa. Yhdistys tarjoaa omaisneuvontaa, koulutusta, ryhmätoimintaa, sopeutumisvalmennuskursseja sekä virkistys- ja lomatoimintaa. Lisäksi yhdistyksen toimintamuotoja ovat omaisten edunvalvonta, omaisten hyvinvointiin ja sen edistämiseen keskittyvä tutkimustoiminta sekä aluetyö. Yhdistyksen toiminnan lähtökohtina ovat koulutuksellinen perhetyö ja elämänkaarinäkökulma.

Koto-hankkeessa kehitetään perheohjausta ikääntyvien, kotonaan asuvien omaisten tukimuodoksi. Läheisellä sairastuneella ei välttämättä ole diagnoosia mutta läheisen psyykinen oireilu kuitenkin herättää huolta omaisessa ja aiheuttaa omaisen kuormittumisen.

Hankkeessa ovat työntekijöinä Mari Helin-Tuominen (YTM) ja Katariina Ella (psyk.erik.sh.) Hankkeessa on koulutettu erityisesti kotihoidon ammattilaisia käyttämään perheohjausta omassa työssään. Omaisille on järjestetty virkistys- ja ryhmätoimintaa sekä perheohjausta. Hankkeessa on järjestetty myös kaikille avoimia yleisötilaisuuksia, joissa on tarjottu perustietoa mielenterveyden häiriöistä sekä omaisten tilanteesta ja omaisten tukemisen keinoista. Vapaaehtoistoimijoille on järjestetty tukihenkilökoulutusta. Kuntayhteistyöllä on pyritty parantamaan kunnallisten toimijoiden ja eri järjestöjen välistä yhteistyötä sekä rakentamaan omaisia tukevia alueellisia käytäntöjä.

Koulutuksellinen perhetyö

Koulutuksellisen perhetyön tavoitteita ovat stressin ja kuormituksen vähentäminen, hallintakeinojen ja elämänlaadun parantaminen sekä itseluottamuksen lisääntyminen (Stengård 2004).

Lähtökohtana ovat omaisten tarpeet sekä omaisten tietojen ja taitojen hyödyntäminen. Ammattilaiset toimivat omaisten kanssa yhtenä tiiminä. Läheisen sairastuminen ymmärretään alttius-stressiteorian kautta. Koulutuksellinen perhetyö sisältää kokemuksellisia ja koulutuksellisia elementtejä. Kokemuksellisuus sisältää sen, että omaisilla on mahdollisuus jakaa omaa kokemustaan omaisena esimerkiksi vertaistukiryhmässä. Koulutuksellisuus sisältää sen, että omaisen saa tietoa (läheisen sairauden diagnoosi, etiologia, ja sairauden kulku ja hoito) sekä ohjausta tarvittavien taitojen (hallintakeinot sekä ongelmanratkaisu ja vuorovaikutustaidot) kehittämisessä. Työskentelyssä korostetaan ongelmien sijaan perheen voimavaroja (Stengård 1998.)

Perheohjaus ikääntyvien omaisten tukimuotona

Ikääntyviä omaisia usein arjessa koskettavia huolia ovat oman ja läheisen toimintakyvyn heikkeneminen, kiinteä hoivasuhde ja huolenpitotehtävän rajaamisen vaikeus, suru läheisen sairastumisesta, yksinäisyys, häpeä ja syyllisyys, kuormittuminen, tietämättömyys läheisen sairaudesta ja hoidosta, vaikeudet perheen vuorovaikutuksessa, tulevaisuuden ja hoidon jatkuvuuden epävarmuus, epätietoisuus tarpeellisista palveluista ja kynnys ottaa yhteyttä näihin toimijoihin. Vaikka ikääntyvä omaisen olisikin jo jotenkin sopeutunut läheisen sairauteen, niin heitä tuntuu erityisesti huolettavan se, kuka huolehtii sairastuneesta läheisestä sitten, kun he itse eivät enää jaksaa.

Omaiset ovat tulleet Koto-hankkeessa toteutettuun perheohjaukseen mielenterveystoimiston, muistihoitajan, omalääkärin, kotihoidon, päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakasohjauksen, sosiaalitoimiston ja seurakunnan kautta. Osa omaisista on ottanut yhteyttä itse.

Omaiset ovat asettaneet perheohjauksen tavoitteeksi saada tukea omaan jaksamiseensa sekä huolenpitotehtävän rajaamiseen, arjen hallinnan tukemiseen (vuorovaikutustaidot, ongelmanratkaisutaidot, kriisisuunnitelma) sekä sopeutumiseen muuttuneessa elämäntilanteessa. Myös uuden näkökulman löytäminen tilanteeseen, vastuun jakaminen ja

oman ajan lisääminen ovat olleet tavoitteina.

Koto-hankkeen työntekijät ovat tavanneet omaisia henkilökohtaisesti kolmen viikon välein puolen vuoden ajan. Olennaista perheohjauksessa on ollut omaisen aito kohtaaminen kuunteluineen ja keskusteluineen. Keskusteluaiheita ovat olleet arjen toimivuus / toimimattomuus sekä vuorovaikutus perheessä, perheen voimavarat ja vahvuudet, omaisen kokemus ja ymmärrys läheisen sairaudesta, omaisen jaksaminen, ongelmanratkaisu, stressi / kriisi ja niiden hallinta perheessä. Perheohjaus on tarvittaessa sisältänyt myös ohjausta tarpeellisten palveluiden piiriin. Perheohjauksen kotikäynnille on voinut osallistua myös vertainen eli omainen ammattilaisen mukana. Tästä saadut kokemukset ovat vielä hankkeen tässä vaiheessa vähäisiä mutta myönteisiä.

Perheohjaukseen on osallistunut 27 perhettä / 44 henkilöä. Omaiset ovat antaneet perheohjauksesta myönteistä palautetta. He ovat kertoneet kokeneensa hyvänä sen, että ovat tulleet perheohjauksessa kuulluiksi, ovat voineet jakaa omaisena olemisen kokemusta, saaneet uutta näkökulmaa omaisena olemiseen ja luvan omaan hyvään oloon on koettu hyvänä. Myös se, että on voinut ottaa omat huolensa puheeksi ja saanut rinnalle jonkun toisen henkilön miettimään eri vaihtoehtoja on koettu hyvänä. Omaa jaksamista on tukenut myös se, että on saanut ymmärrystä läheisen sairaudesta ja hoidosta / kuntoutuksesta sekä keinoja helpottaa vuorovaikutusta ja rajojen asettamista.

Lopuksi

Palautteen perusteella näyttää siltä, että perheohjaus on toimiva keino vahvistaa ikääntyvien omaisten elämänlaatua vahvistamalla mielen voimavaroja ja edistämällä arjen sujuvuutta. Perheohjaus on luotu Hyvä käytäntö - malliksi ja löytyy osoitteesta www.sosiaaliportti.fi nimellä Perheohjaus ikääntyvien omaisten tukena kotihoidossa. Vuoden 2011 aikana perheohjauksen toimivuutta ikääntyvien omaisten tukemisen keinona arvioidaan lisää haastatteluaineiston avulla.

Lähteet

Charles S T & Carstensen L L (2002) Marriage in Old Age. Teoksessa: Yalom M (toim.) Inside the American Couple: New Thinking, New Challenges. University of California Press.

Nyman M & Stengård E (2001) Mielenterveyspotilaan omaisten hyvinvointi. Saarijärvi: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Nyman M & Stengård E (2005) HILJAISET VASTUUNKANTAJAT. Omaisten hyvinvointi 2001 - 2004. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry.

Stengård E (1998) Koulutusryhmä skitsofreniapotilaiden omaisten tukimuotona. Tampereen yliopisto. Psykologian lisensiaattityö. Tampere: Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.

Stengård E (2004) Koulutus Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n henkilöstölle.

Stengård E (2005) Journey of hope and despair. The short-term outcome in schizophrenia and the experiences of caregivers of people with severe mental disorder. Acta Universitatis Tamperensis 1066. Tampere.

MUISTISAIRAUS JA MIELEN VOIMAVARAT

Muistisairauksiin liittyvä tieto on lisääntynyt viime vuosien aikana, mutta siitä huolimatta näihin sairauksiin liittyy valitettavan usein negatiivinen leima (McColgan 2004). Tämän leiman taustalla on yleinen sairauksien keskivaikean ja vaikean vaiheen kautta valottuva kuva, jossa toimintakyky ja itsenäinen selviytyminen ovat heikentyneet vahvasti ja riippuvuus toisten avusta on ilmeinen. Muistisairaajat ihmiset tulevat herkästi nähtyiksi tämän kuvan valossa, vaikka he olisivat vielä sairautensa alkuvaiheessa ja selviytyisivät arjessaan verrattain hyvin. Muistisairasta ihmistä voidaan näin pitää kykenemättömämpänä kuin hän onkaan, koska huomio kiinnittyy helposti juuri toimintakyvyn ja pystyvyyden heikentymiseen (Heimonen ym. 2008) ja hänet nähdään subjektin sijasta objektin roolissa (Heimonen & Virkola 2008). Muiden ihmisten asennoituminen heijastuu muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun ja sisäistyy hänen käsityksiinsä omasta itsestään ja arvostaan (Cheston & Bender 2003).

Muistisairauden kuva on väritymässä toisin sävyin ja täydentymässä kokemusten tarkastelun myötä. Muistisairaiden ihmisten kokemusten tarkastelu auttaa näkemään diagnoosin, oireiden ja kykyjen heikentymisen takaa ihmisen, jolla on tarpeita, mielipiteitä, kiinnostuksen kohteita ja voimavaroja (Kitwood 1997). Muun muassa maailmanlaajuinen muistisairaiden ihmisten elämänlaadun edistämiseksi toimiva järjestö Dementia Advocacy and Support Network International (DASNI) nostaa näkyvästi esiin muistisairaiden ihmisten ääntä ja tarjoaa heille vertaistuen mahdollisuuksia. Tutkimuksen saralla muistisairaiden ihmisten kokemuksiin liittyvä kiinnostus on kasvamassa. Muistisairaiden ihmisten kokemuksia käsitteleviä kirjoja on julkaistu (Bryden 2005, Genova 2010, Taylor 2008). Bryden (2005) kuvaa kirjassaan selviytymisensä haasteita sairauden kanssa sekä yritystään elää aktiivista elämää pitääkseen elämänlaatunsa mahdollisimman hyvänä mahdollisimman pitkään.

Kokemusten tarkastelu valottaa muistisairauksiin liittyvää moninaista haavoittuvuutta, mutta myös muistisairaiden ihmisten mielen voimavaroja ja selviytymiskeinoja. Muistisairauksiin liittyvä haavoittuvuus kattaa mielen, ihmissuhteiden ja kehon haavoittuvuuden. Mielen haavoittuvuus kytkeytyy tiedonkäsittelytoimintojen heikentymiseen, jossa uuden oppimisen vaikeutuminen, lähimuistin heikentyminen sekä toiminnanohjauksen ongelmat pirstovat päivittäisten toimintojen sujuvuutta (Heimonen 2010). Kognitiiviset oireet heijastuvat minäkuvaan ja sosiaalisiin suhteisiin (Clare 2002).

Mielen haavoittuvuus käsittää myös emotionaalisen ulottuvuuden eli sairauden aiheuttamien muutosten ja menetysten yksilölliset merkitykset, huolen tulevaisuudesta sekä itsenäisyyden vähittäiseen menettämisen tai ennakoivan pelon sitä sen menettämistä koskien. (Heimonen 2010.) Muistisairauden alkuvaiheessa muistisairas ihminen pohtii sairauden merkityksiä elämässään ja ennakoiden valmistautuu tulevaan. Sairastumiseen liittyy moninaisia tunteita:

vihaa, turhautumista, pelkoa ja epävarmuutta sekä luottamuksen ja pystyvyyden tunteen heikentymistä (Cheston & Bender 2003, Phinney 2002). Taitojen ja kykyjen heikentyminen sekä muutokset rooleissa ja vastuissa vaikuttavat itsetuntoon, - luottamukseen ja - arvostukseen (Heimonen 2010).

Sosiaalisten suhteiden haavoittuvuus kuvaa puolestaan niitä muutoksia, joita tapahtuu perheessä ja muissa läheisissä ihmissuhteissa sekä muistisairaana ihmisen osallistumisen mahdollisuuksissa. (Heimonen 2010.) Sairastuminen ravistelee käsitystä itsestä, omasta elämästä sekä sosiaalisista suhteiden merkityksestä ja omasta paikasta sosiaalisten suhteiden verkostossa (Heimonen & Virkola 2008). Muistisairas ihminen voi kokea vaikeuksia osallistua aktiviteetteihin, eristäytymistä sosiaalista suhteista ja kuuluvuuden tunteen heikentymistä (Phinney 2009).

Muistisairaalla ihmisellä on tarve selviytyä sairauden muuttamassa elämäntilanteessa ja hänellä on siihen käytössään yksilöllisiä keinoja (Cheston & Bender 2003). Muistisairas ihminen yrittää etsiä mieltä tilanteelleen, säilyttää elämänhallinnan erilaisten yksilöllisten strategioiden avulla sekä säilyttää toisten ihmisten arvostuksen (Heimonen & Virkola 2008). Muuttuvassa elämäntilanteess hän yrittää ylläpitää identiteettiään sekä sopeutua muutoksiin, joita sairaus on aiheuttanut (Steeman ym. 2007).

Selviytymiskeinot ja - strategiat voidaan jaotella aktiivisiin keinoihin ja tunnesuuntautuneisiin strategioihin. Aktiiviset keinot sisältävät mm. sitkeän yrittämisen tilanteissa selviytymiseksi, vaatimusten tietoisesti vähentämisen, konkreettisten muistin tukikeinojen käytön ja haasteellisten tilanteiden välttämisen. Myös avun hakeminen sekä aktiivisena pysyminen kuvaavat aktiivisia selviytymiskeinoja. Tunnepohjaisiin selviytymisstrategioihin kuuluvat vaikeuksien minimointi tai tilanteiden normalisointi, positiivinen asennoituminen, nykyhetken keskittyminen, huumori ja toivon ylläpitäminen. (Phinney 2009.) Selviytymiskeinojen avulla muistisairas ihminen pyrkii ylläpitämään ihmisarvoa ja arvokkuuden tunnetta (Sorensen ym. 2008).

Ikäinstituutin Vanhuksen koti keskellä kaupunkia – projektissa tarkasteltiin muistisairauden alkuvaiheessa olevien ihmisten koettua toimintakykyä ja arkiselviytymistä. Tarkastelua ohjasivat kysymykset siitä, miten he selviytyivät sairautensa aiheuttamista elämänmuutoksista, minkälaisia yksilöllisiä merkityksiä he antoivat sairautelleen, minkälaisia voimavaroja ja kykyjä heillä oli, minkälaisista asioista he kokivat joutuvansa luopumaan sairautensa myötä, mitkä asiat tuottivat heille vaikeuksia, ja mitkä seikat tuottivat heille iloa ja tukivat heidän selviytymistään arjessa.

Projektissa toteutettiin vertaisryhmäprosessi, jonka tavoitteena oli tarjota mahdollisuus jakaa kokemuksia ja saada tukea toisilta vastaavassa tilanteessa olevilta. Ryhmäprosessin kehikon muodosti elämänkulkuviitekehys ja sen toteutus pohjautui voimavaralähtöisyyteen. Kyseessä oli suljettu ryhmä, joka sisälsi kahdeksan teemoitettua puolentoista tunnin keskustelukertaa noin kolmen viikon välein toteutettuna.

Ryhmäprosessiin osallistui viisi naista, jotka olivat iältään 75–87 vuotta. Ryhmäkeskusteluissa tarkasteltiin elämänkulun eri vaiheisiin liittyviä muistoja ja pohdittiin myös sairauden vaikutuksia sekä selviytymiskeinoja. Osallistujat nostivat esiin fyysisen kunnon ylläpitämisen tärkeyden, yleisen aktiivisuuden säilyttämisen ja mielekkäiden toimintojen merkityksen. Muistitoimintojen harjoittamista ja muistin tukikeinojen käyttämistä pidettiin tärkeänä. Asennoitumisen merkitystä korostettiin: ei saa luovuttaa eikä huolehtia

liikaa, oli yritettävä säilyttää positiivinen elämänasenne ja kiinnittää huomio siihen, mikä elämässä on hyvin, mitä on jäljellä ja mitkä asiat tuottavat iloa ja nautintoja. Keskeisenä sairauden alkuvaiheessa esiin nousevana kokemuksena oli itsenäisyyden säilyttämisen ja vähittäisen avun tarpeen välinen tasapainottelu.

Ryhmäkeskustelujen valossa muistisairauden alkuvaiheessa olevat ihmiset tiedostavat sairauden vaikutukset, yrittävät hahmottaa sen merkitystä elämässään, pyrkivät säilyttää tutut tavat ja arjen rakenteet sekä samalla valmistautua tulevaisuuteen. Tästä näkökulmasta on entistä vahvemmin panostettava siihen, että muistisairauden vaikutusten tarkastelu rikastuu mielen voimavarojen tarkasteluksi erityisesti sairauden alkuvaiheessa. Merkityksellistä on tällöin se, miten tavoitetaan sairauden alkuvaiheen psyykkisesti haasteellinen luonne, miten tunnistetaan yksilöllisesti haavoittuvuutta aiheuttavia tekijöitä sekä löydetään mahdollisuuksia vahvistaa mielen hyvinvointia ja yksilöllisiä voimavaroja. Muistisairauden alkuvaiheessa tulee korostaa sosiaalisten kontaktien merkitystä, tukea osallisuutta ja luoda mahdollisuuksia osallistua mielihyvää tuottaviin toimintoihin sekä tunnistaa ne seikat, jotka vahvistavat pystyvyyden tunnetta (Clare 2002).

Lähteet

Bryden C (2005) *Dancing with Dementia*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Cheston R, Bender M (2003) *Understanding Dementia. The Man with the Worried Eyes*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Clare L (2002) We'll fight it as long as we can: coping with the onset of Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 6(2):139-148.

Genova L (2010) *Edelleen Alice*. Helsinki:WSOY.

Heimonen S (2010) Muistisairaiden ihmisten haavoittuvuus. Kirjassa: Sarvimäki A, Heimonen S, Mäki-Petäjä-Leinonen A (toim.) *Vanhuus ja haavoittuvuus*. Helsinki:Edita, 60-89.

Heimonen, Topo P, Voutilainen P (2008) Laadukkaiden dementiapalveluiden pääperiaatteet. Kirjassa: Sormunen S, Topo P (toim.) *Laadukkaat dementiapalvelut. Opas kunnille*. Helsinki:Stakes, 145-152.

Heimonen S, Virkola E (2008) Muistisairauden mukanaan tuomat psykososiaaliset ongelmat ja arjesta selviytymisen haasteet. *Dementiauutiset* 4/2008:26-28.

Kitwood T (1997) *Dementia reconsidered: The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

McGolgan G (2004) *Images, Constructs, Theory and Method: Including the Narrative of Dementia*. Kirjassa: Innes A, Archibald C, Murphy C (ed.) *Dementia and Social Inclusion. Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care and Practice*. London: Jessica Kingsley Publishers, 169-183.

Phinney A (2009) Toward understanding subjective experiences of dementia. Kirjassa: Downs M, Bowers B (ed.) Excellence in Dementia Care. Research into Practice. Berkshire: Open University Press, 35-51.

Phinney A (2002) Living with the Symptoms of Alzheimer's Disease. Kirjassa: Harris PB (ed.) The Person with Alzheimer's Disease. Pathways to Understanding the Experience. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 49-74.

Steeman S, Godderis J, Grypdonck M ym. (2007) Living with dementia from the perspective of older people: Is it a positive story? Aging & Mental Health 11(2):119-130.

Sorensen L, Waldorff F, Waldemar G (2008) Coping with mild Alzheimer's disease. Dementia 7(3):287-299.

Taylor R (2008) Alzheimerin kanssa. Helsinki:Edita.

YKSINASUVAN MUISTISAIRAAN IHMISEN TOIMIJUUS ARJESSA

Johdanto

Työskennellessäni Ikäinstituutissa Vanhuksen koti keskellä kaupunkia -projektissa (2008-2010) aloitin aineistonkeruun väitöstutkimukseen. Sosiaaligerontologian alan tutkimuksessani tarkastelen iäkkään yksinasuvan muistisairaana ihmisen toimijuutta arjessa. Tutkimukseeni osallistuu viisi 72-95-vuotiasta naista, jotka sairastavat Alzheimerin tautia ja asuvat yksin Helsingin kantakaupungin alueella. Seuraan heidän arkeaan vuosien 2009-2011 aikana tavoitteenani kerätä rikasta ja monipuolista aineistoa heidän toiminnastaan ja kokemuksistaan päivittäisessä elämässä.

Tutkimukseni tavoitteena on tuottaa tietoa yksinasuvien muistisairaiden arkielämästä sairauden kanssa sekä lisätä teoreettista tietoa toimijuuden viitekehystä sovellettuna muistisairaiden ihmisten arjen tutkimukseen. Aineisto kertyy pitkälti dialogissa muistisairaana ihmisen kanssa, joten tutkimukseni tuottaa myös menetelmällistä tietoa, miten tutkia muistisairaana ihmisen arkea. Muistisairaiden ihmisten määrä lisääntyy väestön ikääntyessä. Yksinasuvan muistisairaana ihmisen arki on kuitenkin vähän tutkittu aihe sekä Suomessa että kansainvälisesti.

Tutkimuksen taustaa

Tutkimuksessani sovellan Jyrki Jyrkämän (esim. 2008) kehittämää teoreettis-metodologista toimijuuden viitekehystä, jonka kautta tarkastellaan iäkkään ihmisen toimintaa ja erilaisia toimintatilanteita. Malli perustuu Anthony Giddensin (1984) teorioihin yhteiskunnan rakenteista ja ihmisten toiminnasta näiden rakenteiden kehystämänä. Toimijuus haastaa perinteiset tavat tutkia ja ymmärtää ikääntymiseen liittyviä ilmiöitä. Toimijuutta tulisi herättää siellä, missä normatiiviset määritelmät kieltävät sen, erityisesti fyysisen ja kognitiivisen haurastumisen alueilla. Tämä on yksi keino rikkoa vanhuuteen liittyviä kielteisiä muistikuvia. (Tulle 2004.) Muistisairaana ihmisen toimijuus on tuotu käsitteenä kansainväliseen keskusteluun, mutta juurikaan empiiristä tutkimusta siitä viitekehystä ei ole tehty (Bartlett & O'Connor 2007).

Toimijuuden viitekehys tarjoaa mielenkiintoisen lähestymistavan erityisesti muistisairaaseen ihmiseen, koska sairaus vaikuttaa toimintakykyyn ja arkeen vähitellen kokonaisvaltaisesti, ja usein ihmisen toimintaa selitetään sairauteen liittyvillä syillä. Kun oireet diagnosoidaan eteneväksi muistisairaudeksi, henkilö leimautuu sosiaalisesti ja kulttuurisesti. Yleisten stereotyyppien mukaan hänestä tulee erilainen, ”toinen”, koska sairauden myötä ajatellaan ihmisen menettävän minuutensa ja identiteettinsä (Naue & Kroll 2008) ja siten toimijuutensa (Kontos 2004).

Palvelujärjestelmässä muistisairaahan ihmisen toimintaan katsotaan usein erilaisten arviointien ja mittareiden näkökulmasta, miten henkilö suoriutuu päivittäisessä elämässään välttämättömiksi katsottuista tehtävistä. Muistisairas ihminen nähdään tällöin monesti toiminnan ja palvelujen kohteena. Toimijuuden viitekehys tuo tutkimuksen keskiöön ihmisen omassa ympäristössään, hänen omat lähtökohtansa toiminnalle ja toiminnan tavoitteellisuuden näkökulman. Toimijuuden viitekehys auttaa myös ymmärtämään erilaisten tilanteiden lähtökohtia ja niiden rakentumista arjessa, kun ihmiset toimijuuksineen kohtaavat toisensa.

Muistisairaahan ihmisen rutiinit tutkimuksen keskiössä

Tutkimuksessani tarkastelen, millainen toiminta arjessa on muistisairaalle ihmiselle merkityksellistä, ja miten rutiinit rakentuvat hänen päivittäisessä elämässään. Millaisin erilaisin tavoin ja toistoin hän rakentaa päivittäistä elämäänsä, miten rutiinit ovat sidoksissa ympäristöön ja mitä muutoksia sairaus siihen tuo? Suuren osan ajasta arkisia rutiineja toteutetaan ajattelematta niitä, ne ovat epärefleksiivisiä, tavanomaisia ja toistuvia. Kun jotakin tavallisuudesta poikkeavaa tapahtuu, niin rutiinien tärkeys tulee näkyväksi, ja miten paljon niihin luotamme.(Giddens 1984.) Ihmisen sairastuessa muistisairauteen, hänen kykynsä selviytyä arkisista toimista kyseenalaistuvat vähitellen. Ongelmia voi esiintyä esimerkiksi laskujen maksussa tai kodin järjestyksen ylläpidossa mitkä aiemmin ovat sujuneet ikään kuin automaattisesti. Aiemman tutkimuksen mukaan rutiinit voivat olla myös selviytymiskeino muistisairaahan ihmisen arjessa (Steeman et al 2007). Rutiinit tuottavat turvallisuutta, tuttuutta ja rytmittävät päivää. Tunneimme levottomuutta, jos emme voi toteuttaa niitä (Giddens 1984). Muistisairaahan ihmisen rutiinien tutkiminen on tärkeää, koska nykytilanteessa niihin ei kiinnitetä huomiota eikä niiden merkitystä tunnisteta tuettaessa muistisairaahan ihmisen kotona asumista.

Ihmisen refleksiivinen monitorointi on yksi päivittäisen elämän keskeinen piirre (Giddens 1984). Pyrin tutkimuksessani tarkastelemaan, miten muistisairas ihminen itse reflektoi rutiinejaan arjessaan, niiden muutoksia, elämäntapojensa ja sairauden merkitystä. Tuleeko ihminen esimerkiksi jostakin toiminnastaan arjessa tulee tietoisemmaksi, koska se ei suju enää kuten aiemmin?

Tutkimuksen menetelmä

Toimijuuden viitekehys ja etnografinen lähestymistapa ovat ohjanneet minua prosessimaiseen aineistonkeruuseen, suuntautumaan osalliseksi havainnoimaan muistisairaiden ihmisten arkista toimintaa. Menetelmäni ydin ovat muistisairaiden ihmisten kotona käydyt keskustelut sekä osallistuva havainnointi heidän päivittäisessä elämässään. Kodeissa käydyt keskustelut ovat koskeneet asumista, ympäristöä, elämäntapojensa tapahtumia, arjen sisältöjä, suhtautumista sairauteen ja ajatuksia tulevaisuudesta. Olen pyrkinyt tavoittamaan ihmisten arkitoiminnalleen antamia merkityksiä, joiden näen ohjaavan ja motivoivan heidän toimintaansa. (Gubrium & Holstein 1995.)

Keskustelujen rinnalla olen havainnoinut muistisairaiden ihmisten koti- ja asuinympäristöjä. Olen kartoittanut erilaisia muistamisen apuvälineitä kodeissa, esimerkiksi kalenterit ovat osoittautuneet merkittäviksi osallistujille. Kodista voi myös paikantaa ihmisen elämäntapojensa kannalta merkittäviä esineitä, kuten matkamustoja kirjahyllyssä tai tauluja. Kotihavainnoinnin lisäksi olen pyrkinyt mukaan osallistuvana havainnoijana arkiseen toimintaan kodin ulkopuolella, esimerkiksi asiointimatkoille ja harrastustoimintaan, tavoitteenani tarkastella ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia ja rajoitteita muistisairaahan ihmisen arjessa. Havainnoinnin apuvälineenä olen käyttänyt valokuvausta. Kamera on toiminut myös välineenä, joka muistuttaa osallistujia tutkijan roolistani.

Toimijuus rakentuu suhteessa toisiin ihmisiin (Jyrkämä 2008). Tämä on ohjannut minua tarkastelemaan muistisairaahan ihmisen arjessa ilmeneviä sosiaalisia suhteita. Jo pienen osallistujajoukon sisällä esimerkiksi omaissuhteet ovat erilaisia, ja omaiset voivat toiminnallaan joko mahdollistaa muistisairaahan ihmisen toimintaa tai rajoittaa sitä. Myös keskustelut omaisten kanssa ovat tutkimuksessani yksi tiedon lähde, koska ne auttavat ymmärtämään muistisairaahan ihmisen elämäntilannetta ja toimintaa paremmin. Arjessa on toki muitakin toimijoita, joilla on oma kosketuksensa muistisairaahan ihmisen arkeen, kuten naapureilla, tuttavilla ja eri organisaatioiden työntekijöillä, esimerkiksi kotihoidon tai palvelukeskuksen työntekijöillä.

Tutkija muistisairaahan ihmisen kotiympäristössä

Etnografia on lähestymistapa, jota hyödynnetään yleensä erilaisten yhteisöjen ja instituutioiden kulttuurin tutkimiseen. Lähestyttäessä tutkijana muistisairaahan ihmisen koti- ja asuinympäristöä on tutkimuksen menetelmä rakennettava eri tavoin. Tällöin on kiinnitettävä erityistä huomiota ihmisen yksityisyyden ja kotiympäristön kunnioittamiseen.

Muistisairauden oireet ilmenevät eri tavoin ihmisen arkisessa toiminnassa, jolla on merkityksensä myös tutkimusmenetelmään ja eettisiin kysymyksiin. Esimerkiksi ihmisen kielen täsmällisyys heikkenee ja keskustelussa voi olla esimerkiksi vaikeuksia löytää sanoja. Lähimuistin heikkeneminen vaikuttaa siten, että henkilö ei välttämättä muista jonkun tapahtuneen tarkkaa ajankohtaa tai sisältöä. Mielessä sekoittuvat helposti menneet tapahtumat, elämänkulun aikana kertyneet muistot ja tunteet.

Tutkimukseni aineisto kertyy pääasiallisesti dialogissa osallistujien kanssa, ja olen käynyt heidän kanssaan toistuvasti keskustelua, mihin arkisiin tilanteisiin osallistua. Tavallista on ollut, että osallistuja esittelee kalenterinsa minulle, ja kysyy, mihin haluan tulla mukaan ja jättää valinnan tekemisen minulle. Kodin yksityisyyttä ja osallistujien haavoittuvuutta kunnioittaessani olen miettinyt paljon tutkimusmenetelmäni eettisiä periaatteita, millaisissa tilanteissa minulla on tutkijana oikeus olla osallisena. Myös suostumuksen uusintamiseen eri tilanteissa on kiinnitettävä huomiota. Olen kerrannut rooliani ja tutkimuksen tarkoitusta useita kertoja tapaamisissa muistisairaiden ihmisten kanssa.

Muistisairaahan alkuvaiheessa ihmisellä voi olla erilaisia puutteita tai avun tarpeita elämässään. Olen pohtinut myös paljon sitä, miten tasapainoilla havainnoinnin ja auttamisen, sekä tukemisen ja tiedon antamisen välillä. Olen kokenut tutkijan eettiseksi vastuukseni auttaa ja antaa tietoa, jos sitä kysytään suoraan minulta ja minulla on tieto helposti saatavissa. Aiempi työkokemukseni sosiaalityöntekijänä on myös helpottanut tiedon lähteille pääsyä.

Lopuksi

Etnografinen lähestymistapa tarjoaa mahdollisuuden syventyä tarkastelemaan muistisairaiden ihmisten elämäntilanteita kiinnittyneenä ympäristöön ja paikalliskulttuuriin. Toimijuuden viitekehys paljastaa arjen monimuotoisuuden ja dynamiikan: miten erilaiset haluamiset, osaamiset, kykenemiset, voimiset ja täytymiset rakentuvat eri tilanteissa.. Toimijuus tuo keskiöön muistisairaahan ihmisen oman toiminnan, lähtökohdat ja valinnat, miten hän itse pyrkii tulemaan toimeen sairautensa kanssa ja ylläpitämään omanlaista arkeaan, ja mitä mahdollisuuksia ja rajoitteita ympäristö ja erilaiset rakenteet siihen tarjoavat.

Lähteet

Bartlett R & O'Connor D (2007) From personhood to citizenship: broadening the lens for dementia practice and research. *Journal of aging studies* 21, 107-118.

Giddens A (1984) *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration.* Cambridge: Polity Press.

Gubrium J & Holstein J (1995) *The active interview. Qualitative research method series 37.* Lontoo: Sage.

Jyrkämä J (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 4, 203-214.

Kontos P (2004) Embodied selfhood: Redefining agency in Alzheimer's disease. Teoksessa Tulle, Emmanuelle (toim.) *Old age and agency.* New York: Nova Science Publishers, 105–121.

Naue U & Kroll T (2008) 'The demented other': identity and difference in dementia. *Nursing Philosophy* 10: 26-33.

Steeman E, Godderis J, Grypdonk M, Bal De N & Dierckx de Casterlé B (2007) Living with dementia from the perspective of older people: Is it a positive story? *Aging and mental health* 2007, 11 19-130.

Tulle E (2004) Introduction. Kirjassa: Tulle E (toim.) *Old Age and Agency.* New York: Nova Science Publishers, ix–xiii.

ASUMINEN JA TOIMIJUUS VOIMAVAROINA YKSINASUVILLA IÄKKÄILLÄ HENKILÖILLÄ, JOILLA ON MUISTISAIRAUS

No eihän mulla nyt hirveen huonoksi muisti oo männy... mutta kyllä se vaan koko ajan aina pitää ajatella asiat kahesti. (Esteri Konttinen 2)

Johdanto

Muistia heikentävät sairaudet aiheuttavat ikääntyneille ihmisille eniten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tarvetta. Näiden ihmisten asumisen ja hoivan organisointi on vaativaa ja usein paljon resursseja kuluttavaa. Muistisairaudet, joista yleisin on Alzheimerin tauti (65–70 prosentilla sairastuneista) (Eloniemi-Sulkava ym. 2008) heikentävät vaihteittain etenevästi kognitiivisia taitoja kuten muistamista, keskittymis- ja ajattelukykyä, päätösten tekoa ja myös ”kätevyyttä” (Erkinjuntti ym. 2001; Bond 1992). Kyseessä on yhteiskunnallisesti merkittävä asia, jota tyypillisesti lähestytään ongelmalähtöisesti palvelujärjestelmän tai omaisten näkökulmasta. Siinä yhteydessä asukkaiden omien asumisen ja toimijuuden kokemusten tarkastelu jää usein vähemmälle huomiolle.

Tässä sosiaaligerontologian alueelle sijoittamassani esityksessä avaan asumista ja toimijuutta kahden yksinasuvan iäkkään naisen haastattelujen ja haastattelujen yhteydessä tekemiini havaintojen avulla. Tapasin heitä kaksi kertaa, ensin syksyllä 2005 ja toisen kerran syksyllä 2006. Heiltä molemmilta oli diagnosoitu Alzheimerin tauti noin vuotta aikaisemmin. Olen nimennyt heidät pseudonyymeillä Elvi Konttinen ja Esteri Mähönen. Tavoitteena on selvittää tutkittavien asumisen ja toimijuuden kokemuksia muistisairauden läsnä ollessa. Pyrin ymmärtämään haastateltujeni sen hetkistä merkity maailmaa ja kysyn aineistolta: mitkä asiat kantavat näitä iäkkäitä henkilöitä arjessa eteenpäin? Mitä ovat ne voimavarat, joita he kokevat asumisessaan ja toimijuudessaan olevan? Näkökulman avaamisen apuna käytän asumisen ja toimijuuden käsitteitä ja analyysin teen sisällönanalyysin avulla.

Asumisen ja toimijuuden käsitteistä

Asumisen voi Anu Raijaksen (2008) lailla määritellä ihmisen jokapäiväisen olemisen, elämisen, tekemisen ja kokemisen muodostamaksi kokonaisuudeksi asunnossaan ja asuinympäristössään. Asuminen on ihmisen ja tilan suhde ja asunnot, kodit, ovat asumisen

paikkoja (Heidegger 1975). Paikka ei pysy paikoillaan ilman toistoa, jatkuvuutta, tapaa ja tavanomaisuutta, toisin sanoen ilman asumista (Rajanti 1999). Asuminen ei rajoitu vain asuntojen fyysisesti rajattuihin tiloihin. Asuntojen lisäksi ihmiset asuvat myös ympäristöään: pihoja, katuja, teitä ja polkuja, kulkuneuvoja, metsiä ja peltoja, siis ympäristöä, jota he käyttävät ja johon he sitä käyttäessään kotiutuvat eli jonka he asuttavat. Tilan käytössä, päivittäin toistuvissa rutiineissa ja tavoissa, ihmiset merkityksellistävät ja asuttavat tilan ja tekevät sitä omakseen. (Saarikangas 2006) Tilat ja paikat samoin kuin niihin sitoutuvat sosiaaliset suhteet ja vuorovaikutukset ovat ainutkertaisia ja koko ajan muuttuvia (Massey 2008). Aukkaat sekä antavat niihin että saavat niistä omia merkityksiään. Sama tila ei ole kaikille sama, sillä merkitykset vaihtelevat eri ihmisten kesken ja samankin ihmisen eri elämänvaiheissa ja tilanteissa (Saarikangas 2002). Toimijuudessa on pohjimmiltaan kyse ihmisten käyttäytymisestä ja toiminnasta sekä niiden luonteesta ja merkityksestä (Jyrkämä 2008; Krokfors 2010). Toimijuutta voidaan tarkastella myös olemassaolon ja läsnäolon näkökulmasta, sidoksena ja otteena ympäröivään maailmaan (Arendt 2002/1958) sekä osallisuutena omaan elämään ja mahdollisuutena vaikuttaa siihen (Mikkola 2009; Jyrkämä 2008; Tedre 2007; Jokinen 2005; Honkasalo 2004b). Honkasalo (esim. 2008; 2004a) nimittää toimijuutta muun muassa arkiseksi (Jokinen 2005) ja kiinnipitäväksi toimijuudeksi. Hän korostaa arjen lähes huomaamatonta toimintaa, jonka tavoitteena on ensisijaisesti arkeen liittyvien kärsimysten ja vaikeuksien sietäminen. Tutkimuksessani kiinnipitävä toimijuus on kiinnostava käsite koska muistisairaus vaikeuttaa arkea, ja oletettavaa on, että sairauden edetessä tutkittavat vähitellen kadottavat otetta elämästään.

Tilat voimavaroina

Haastatellut puhuivat asumisestaan ja toimijuudestaan tekemisenä ja arjen valintoina. Ne liitettiin asunnon ja asuinympäristön tarjoamiin mahdollisuuksiin ja niitä pidettiin merkeinä asumisen vapaudesta, turvallisuudesta ja itsemääräämisestä. Esimerkiksi toisella haastatellulla oli omakotitalonsa yläkerrassa kaksi huonetta. Yläkertaan johti jyrkät portaat. Hän kertoi, että erityisesti portaissa alastulo oli hänelle hankalaa ja sen vuoksi

”aika harvoin siellä käyn. Just oon monta kertoo sitä ajatellut, että pitäis lähtee kahtommaan kun poika oli siellä yötä viime viikolla, että pettasko se ees petisä. Mutta en oo suanu aikaseksi.” (Elvi Konttinen 2)

Hankaluuksista huolimatta haastateltu koki yläkerran huoneiden olemassa olon mahdollisuutena ja asumistaan tukevana: on olemassa (erillinen) tila, johon voi majoittaa mahdolliset vieraat omaan rauhaansa ilman, että se häiritsee omaa asumisen järjestystä. Arjen valintaa ja omaa itsemääräämistä, omaa toimijuutta, kuvastaa ”aikaseksi saaminen” tai paremminkin sen hetkinen saamattomuus: siellä voin silti käydä ja käyn sitten joskus -ajatus.

Asuinympäristöstä erityisesti piha koettiin voimia antavana tilana. Mahdollisuutta ulos ja pihalle lähtemiseen pidettiin erityisen tärkeänä. (Tietysti oli varmistettava avaimen mukanaolo, jotta myös takaisin sisälle pääsy oli mahdollista.) Pihalla voitiin esimerkiksi helteisenä kesäpäivänä istua ja levätä puun varjossa. Siellä voitiin kerätä marjoja ja puutarhakeinuun talon päätyyn oli mahdollista mennä tapaamaan talon muita asukkaita.

Sosiaalinen ympäristö voimavarana

Tutkittavat kokivat, että kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa oli olennainen osa heidän arkeaan. Lapset pitivät yhteyttä puhelimitse lähes päivittäin. Jotkut lapsista myös kävivät melko usein. Omien lasten lisäksi naapurit koettiin erityisen tärkeiksi henkilöiksi. Jopa niin tärkeiksi, että kerrostalon hissittömyys mainittiin vähäisemmäksi haitaksi kuin asunnosta poismuuttaminen.

”Tietysti jos oikein kyttäis tuolla, että pääsis noihin missä on hissit. Ne kun on täynnä...ikävä siellä tulloo, kun on ympäristö taas ihan toisenlainen. Tuttavia ei olis, ne on kyllä tärkeitä.”
(Esteri Mähönen 2)

Naapurit olivat tutkittaville sekä auttajia että autettavia. Tässä korostuivat keskustelut naapureiden kanssa. Joistakin naapureista oli tullut vuosien myötä niin hyviä ystäviä, että heille voitiin kertoa mieltä painavista asioista. Keskustelutilanteessa oltiin sekä kuuntelijoita että kuunneltavia. Tutussa ympäristössä haastatellut tunsivat itsensä hyväksytyksi ja päteväksi (ks. Peace 1993).

Ohjeet ja kiellot voimavaroina

Muistisairaus oli tuonut tutkittavien asumiseen ja toimijuuteen monenlaisia ohjeita ja kieltoja. Ne olivat ympäristön toisten ihmisten, useimmiten omien lasten antamia. Suurin osa niistä hyväksyttiin muistin tueksi ja siten arjen turvallisuutta ja selviytymistä parantaviksi keinoiksi.

” kun pelekevää (lapset LV-H) sitä ihan ja varottaat, että muista se, että mehtään et mäne! Ku mie olin hyvin kova kulkemaan metässä. Sitä ne joka kerran muistaat varottoo, että muista se, että mehtään et mäne. (naurahdus) Tykkäsin hirveesti olla metässä. Ni sinne kyllä jos eivät kieltäs, niin paljon niin sinne kyllä oisin varmaan jo männykkii (naurahdus) vaan tulloo mielleen, jotta empä mänekään ja onpa mulla tässä pihassakin mehtä (puita ja marjapensaita LV-H) ... jos sinne mehtään tupsahtaa ni kukapa sieltä tietää ehtii. (Elvi Konttinen 2)

Oma toimijuus voimavarana

Muistisairaus oli aluksi ollut molemmille haastatelluille järkytys. Elämä oli tuntunut päättyvän siihen hetkeen, jolloin lääkäri oli diagnoosin kertonut. Toisella haastatelluista epätoivoa oli lisännyt omaisen hyökkäävä suhtautuminen ja pyrkimys aloittaa heti erilaisten asioiden järjesteleminen hänen puolestaan. Vähitellen tilanne oli rauhoittunut ja haastatellut kokivat päässeensä jonkinlaiseen arjen tasapainoon. Olennaista oli, että huolimatta lisääntyneestä avun ja huolenpidon tarpeesta, haluttiin säilyttää itsellä mahdollisuus tehdä omia valintoja ja kontrolloida omaa asumista ja toimijuutta (ks. Clark ym. 1998). Haluttiin esimerkiksi itse päättää, pidetäänkö mattoja lattialla ja milloin kutsutaan siivooja. Omat valinnat olivat joskus ristiriidassa saatujen ohjeiden ja kieltojen kanssa. Elämässä kiinni pitäminen ja pysyminen vaativat silloin toimimista toisin.

Yhteenveto

Muistisairaus oli tuonut epävarmuutta haastateltujen elämään. Muuttuvassa tilanteessa kaikki ennestään tuttu kuten asunto, asuinympäristö ja muut ihmiset koettiin tärkeiksi voimavaroiksi. Myös osa toisten ihmisten antamista ohjeista ja kielloista hyväksyttiin arjessa eteenpäin kantaviksi voimiksi. Vaikka monenlaista apua ja huolenpitoa jo tarvittiin, haluttiin kontrolli ja aloitteen tekeminen säilyttää itsellä, ”toistaiseksi”. Tärkeää oli koettu valinnanmahdollisuus ja oman tilanteen hallinta.

Lähteet

Arendt H (2002/1958) *Vita activa*. Tampere: Vastapaino.

Bond J (1992) The Medicalization of Dementia. *Journal of Aging Studies* 6 (4), 398-403.

Clark H & Dyer, S. & Horwood, J (1998) *That Bit of Help*. Bristol: Policy Press.

Eloniemi-Sulkava U & Sormunen S & Topo P (2008) Dementia on erityiskysymys. Teoksessa S Sormunen & P Topo (toim.) *Laadukkaat dementia-apalvelut*. Opas kunnille. Helsinki: Stakes, 9-10.

Erkinjuntti T & Alhainen K & Rinne J & Soininen H (toim.) (2001) *Muistihäiriöt ja dementia*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Heidegger M (1975) *Building, Dwelling, Thinking*. Teoksessa M Heidegger *Poetry, Language, Thought*. (Alkuteos *Bauen Wohnen Denken* 1951). New York: Harpet Colophon Books, 143-161.

Honkasalo M-L (2008) *Reikä sydämessä*. Tampere: Vastapaino.

Honkasalo M-L (2004a) ”Elämä on *ahasta* täällä” Otteita maailmasta joka ei pidä kiinni. Teoksessa M-L Honkasalo & T Utriainen & A Leppo (toim.) *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Tampere: Vastapaino, 51–81.

Honkasalo M-L (2004b) Jotain jää yli. Ruumiillisuus konstruktionismin ja eletyn jälkeen. Teoksessa E Jokinen & M Kaskisaari & M Husso (toim.) *Ruumis töihin Käsite ja käytäntö*. Tampere: Vastapaino Tampere, 305–328

Jokinen E (2005) *Aikuisten arki*. Helsinki: Gaudeamus.

Jyrkämä J (2008) Toimijuus, ikääntyminen ja arkielämä – hahmottelua teoreettis-metodologiseksi viitekehykseksi. *Gerontologia* 22 (4), 190–203.

Krokkfors Y (2010) Miten sosiaalityöntekijän toimijuus näkyi kohtaamisessa iäkkään kuntoutujan kanssa? *Gerontologia* 24 (3), 249–260.

Massey D (2008) Samanaikainen tila. Tampere: Vastapaino.

Mikkola T (2009) Sinusta kiinni – tutkimus puolisoahoivan arjen toimijuuksista. Tampere: Juvenes Print Oy.

Peace S (1993) The living environments of older women. Teoksessa M Bernard & K Meade (toim.) Women Come of Age: Perspectives on the Lives of Older Women. London: London Melbourne Auckland, Edward Arnold, 126-145.

Raijas A (2008) Arki keskittyy kotiin. Teoksessa M Lammi ja P Timonen (toim.) Koti – tehtävistä uusiin ihanteisiin. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 118–131.

Rajanti T (1999) Kaupunki on ihmisen koti. Helsinki: Tutkijaliitto.

Saarikangas K (2006) Eletyt tilat ja sukupuoli. Asukkaiden ja ympäristön kulttuurisia kohtaamisia. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 1099. Helsinki.

Saarikangas K (2002) Merkityksellinen tila lähiöasuminen arkkitehtuurin, asukkaiden, menneen ja nykyisen kohtaamisena. Teoksessa T Syrjämaa & J Tunturi (toim.) Eletty ja muistettu tila. Helsinki: Hakapaino, 48–75.

Tedre S (2007) Vanhuuden vahvat ja avuttomat. Teoksessa M S & A Karisto & T Kröger (toim.) Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä. Juva: PS-kustannus, 95–119.