

**IKÄÄNTYNEIDEN ARKI**  
Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin

ISBN 978-952-7254-16-5 (PDF)

**ORAITA 2/2007**  
**GRODDAR**  
**SPROUTS**

© Ikäinstituutti ja kirjoittajat

# SISÄLLYS

ESIPUHE	5
JOHDANTO	6
<i>Sirkkaliisa Heimonen</i>	
Lähtökohtia ikääntyneiden arjen tarkastelulle	6
Ikääntyviä koskevat valtakunnalliset linjaukset sosiaali- ja terveystieteissä	7
Vanhusten äänen ja kokemusten tavoittaminen avaimena arkielämänsä tukemiseksi	8
Arjen tarkastelun näkökulmat Ikääntyneiden arki –kirjassa	9
Lähteet	10
<b>1 SOSIAALIGERONTOLOGISIA KATSEITA IKÄIHMISTEN ARKEEN</b>	<b>11</b>
<i>Jere Rajaniemi</i>	
Miten arkea tulisi määritellä ja kuvata	11
Arki kielenkäytössä	11
Arki tutkimuskohteena	12
Arjen kuvaamisen tapoja ja avautuvia näköaloja	13
Arjen tarkastelu elämäntilanteilla	15
Arjen tasoja	17
Arki vai arjet – näkökulmia arjen monimuotoisuuteen	19
Toimintakyvyltään eri tilanteissa olevien ikäihmisten arki	20
Kolmannen iän arki	21
Neljännen iän arki	23
Viidennen iän arki	24
Lopuksi	24
Pohdittavia kysymyksiä	26
Lähteet	28
<b>2 IKÄIHMISTEN ELÄMÄNTYILI JA TOIMINTAKYKYINEN ARKI</b>	<b>30</b>
<i>Pertti Pohjolainen</i>	
Johdanto	30
Elämäntyyli arjessa	30
Terveystottumukset arjessa ja elämäntyylinä osana	33
Toimintakyky ja arjen askareista selviytyminen	35
Päivittäistoimintojen muutokset ja arviointi	38
Elämäntyyli terveyden ja toimintakyvyn edistäjänä	40
Yhteenveto	44
Pohdittavia kysymyksiä	45
Lähteet	46
<b>3 IKÄIHMISTEN ELÄMÄNLAATU HYVÄNÄ ARKENA</b>	<b>50</b>
<i>Anneli Sarvimäki</i>	
Johdanto	50
Elämänlaatu-käsite ja elämänlaadun tutkimus	51
Hyvän elämän ainekset	52
Mielenrauha	52

Tarpeellisuuden tunne	53
Tyytyväisyys terveyteen ja toimintakykyyn	54
Yhteydenpito lapsiin ja lastenlapsiin	54
Ystävät, juttuseura ja huonetoveri	55
Tekemiset ja arjen rutiinit	56
Asuminen: mukavuus, kauneus ja turvallisuus	57
Hyvä arki	58
Pohdittavia kysymyksiä	59
Lähteet	61
<b>4 ULKONA LIIKKUMINEN IÄKKÄÄN IHMISEN ARJEN VOIMAVARANA</b>	<b>63</b>
<i>Vuokko Ponsi &amp; Elina Karvinen</i>	
Johdanto	63
Iäkkäiden ihmisten ulkona liikkuminen	63
Ulkona kävely ja sen väheneminen ikääntyessä	63
Ulkona liikkumisen esteet	64
Ulkona liikkumiseen kannustavat tekijät	66
Ulkona liikkuminen hyvinvoinnin lähteenä	66
Ulkoilun edistäminen – kehittämistyön oppeja	68
Pohdittavia kysymyksiä	71
Lähteet	73
<b>5 DEMENTOITUVAN IHMISEN JA HÄNEN OMAISENSA HYVÄ ARKI</b>	<b>75</b>
<i>Sirkkaliisa Heimonen</i>	
Dementiasta ja dementoivista sairauksista	75
Dementoivan sairauden vaikutukset arjessa	77
Sairastuneen kokemukset lähtökohtana arkiselviytymisen tukemiselle	77
Omaisena elämisen haasteet	81
Laadukas kotihoito dementoituvan ja hänen omaisensa arjen tukena	82
Kodin merkitys	83
Kotihoidon tukeminen	83
Muuttuva muistihäiriö- ja dementia-työn kuva ja tulevaisuuden palvelut	86
Lopuksi	87
Pohdittavia kysymyksiä	88
Lähteet	89
<b>6 PALVELUT OSANA OMAISHOITAJAN ARKEA</b>	<b>93</b>
<i>Eija Kaskiharju, Anneli Sarvimäki &amp; Christine Oesch-Börman</i>	
Johdanto	93
Omaishoitajat kertovat kokemuksistaan palvelujärjestelmästä	93
Tulo palvelujärjestelmään	94
Arkea palveluiden kanssa	96
Laitoshoitoa odottaessa ja arki laitoksessa	99
Yhteenveto	101
Pohdittavia kysymyksiä	102
Lähteet	103

7 YKSIÄISYYS JA MASENNUS ARJEN HARMAUTENA	104
<i>Arja Hakala</i>	
Yksinäisyys ja ikääntyminen	104
Yksinäisyys kokemuksena	105
Vanhuksen yksinäisyyden erityispiirteitä	107
Kriisit ja luopumiset	107
Ruumiinkuvan muutokset ja sairastaminen	108
Sosiaalisen tuen merkitys	110
Yksinäisyys polkuna masennukseen	111
Masennuksen taustatekijöitä	111
Masennus kokemuksena	113
Hoitava vuorovaikutus	113
Omaiset ja läheiset tukena	114
Arjen sujuvuuden tukeminen kotihoidon haasteena	116
Yhteenveto	117
Pohdittavia kysymyksiä	118
Lähteet	119
 LOPUKSI	 121
<i>Sirkkaliisa Heimonen</i>	

## ESIPUHE

Tämän kirjan sisältö perustuu Ikäinstituutin vuonna 2006 päättyneeseen kolmivuotiseen tutkimus- ja kehittämisohjelmaan Hyvä elämä – hyvä arki. Ohjelma koostui useista projekteista, joissa tuotettiin tietoa ikäihmisten ja heidän läheistensä arjesta sekä innovaatioita hyvän arjen tueksi. Ikääntyvien arkea valotettiin mm. palvelutaloasumisen, ulkona liikkumisen, terveyselämäntyylin, dementian ja omaishoitajuuden näkökulmasta. Innovaatioista voidaan mainita Liikkeessä-projektin tuottamat ulkona liikkumisen mallit, VoiTas-projektin tuottama voima- ja tasapaino-ohjelma kotona asuville ikäihmisille, Woimavaunu – pyörillä liikkuva kuntosali haja-asutusseuduille sekä Fokusryhmä omaishoitajien vertaistukena.

Osa ohjelmassa tuotetusta tiedosta on koottu tähän kirjaan. Sitä voivat hyödyntää ikäihmisten parissa työskentelevät ammatti-ihmiset, ikäihmisten palveluiden suunnittelijat, päättäjät, vapaaehtoiset ja vertaiset sekä alan opiskelijat. Tämän kirjan lisäksi ohjelman aikana tuotettiin n. 170 raporttia, artikkelia, oppimateriaalia ja muita kirjoituksia.

Arki-tiedon levittämiseksi ja juurruttamiseksi rakennettiin myös koulutuskokonaisuuksia ja kursseja kuten Arki muutoksessa, Innovaatioita ja hyviä käytäntöjä ikäihmisten arkeen, Ikäihmisten arki vanhustyön haasteena, Virikkeitä kodin arkeen, Alkoholi palvelutalon arjessa, Voima ja tasapaino -koulutusohjelma, Ulkona liikkuminen osaksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa sekä Vertaisryhmän ohjaajan koulutus. Kursseista ja julkaisuista löydät lisää tietoa Ikäinstituutin kotisivuilta [www.ikainst.fi](http://www.ikainst.fi).

Ikäihmisten arkea parantamaan – tietoa ja innovaatioita soveltamaan!

Anneli Sarvimäki  
vastaava johtaja, tutkimusjohtaja

# JOHDANTO

*Sirkkaliisa Heimonen*

## Lähtökohtia ikääntyneiden arjen tarkastelulle

Suomen väestössä vanhusten määrä lisääntyy tulevaisuudessa voimakkaasti. Vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä on ennusteen mukaan 600 000 nykyistä enemmän (eli 1,4 miljoonaa henkilöä). Arvioiden mukaan 75-vuotta täyttäneiden määrä on tuolloin kaksinkertainen nykyiseen verrattuna eli heitä on runsaat 700 000. Suurin suhteellinen kasvu tapahtuu yli 85 -vuotiaiden osalta. (Tilastokeskus 2004.) Tämä kehityskulku merkitsee sitä, että yhteiskunnan eri aloilla on aikaisempaa enemmän otettava huomioon iäkkäiden ihmisten näkökulma ja valmistauduttava ajoissa ikääntymiskehityksen aiheuttamiin haasteisiin.

Väestömme nopea ikääntymiskehitys haastaa tarkastelemaan ikääntymistä ja ikääntyneitä ihmisiä monista näkökulmista niin yksilöllisellä, yhteisöllisellä kuin yhteiskunnallisellakin tasolla. Vaikka ikärakenteen muuttuminen merkitseekin kustannusten nousua sosiaali- ja terveydenhuollossa hoidon ja palvelujen tarpeen lisääntymisen myötä, niin toisaalta ikärakenteen muuttuminen sisältää myös mahdollisuuksia ja myönteisiä näkökulmia, joita tulisi nykyistä paremmin nostaa esille (ks. Kautto 2004).

Vanhuus ja vanheneminen käsitteinä ovat moninaistuneet: puhutaan kolmannesta, neljännestä ja viidennestä iästä. Kolmannen iän ihmiset ovat kuluttajina ja toimijoina hyvin erilaisia kuin esimerkiksi viidennen iän iäkkäät ja heidän arkensa on erilainen. Vaikka ikääntyneitä ihmisiä tarkastellaan usein ryhminä, ovat he kuitenkin ennen kaikkea yksilöitä, joilla on oma yksilöllinen elämäntilunsa, jotka ovat oman arkensa ja elämänsä toimijoita sekä rakentavat omille elämäntilanteilleen merkityksiä. Toisaalta on perusteltua kysyä, miten toimijuuden, osallistumisen ja itsemääräämisen rakentuminen iäkkäiden arjessa on erilaista kuin työikäisten kohdalla.

Ikääntymiskehitys haastaa tarkastelemaan myös yleistä suhtautumista ikääntymiseen ja ikääntyneisiin. Yleinen suhtautuminen ikääntymiseen ja ikääntyneisiin yhteiskunnassa vaikuttaa siihen, miten yksittäiset ihmiset kokevat ikääntymisensä. Ihmiset elävät, toimivat ja ikääntyvät tässä asennemaisemassa. Keskeinen kysymys asennemaiseman tarkastelussa on, nähdäänkö ikääntyneet hoidon ja palvelujen käyttäjinä ja kustannusten aiheuttajina kansantaloudessa vai nähdäänkö heidät voimavaralähtöisestä näkökulmasta katsoen monipuolisena resurssina.

Vanhuksilla on paljon hiljaista tietoa, elämäkokemusta ja taitoja, mutta nämä jäävät helposti näkymättömiin. Vanhusten äänen kuuleminen ja kokemusten jakaminen auttavat tuomaan esille näitä tietoja ja taitoja. Tämä edistää myös asenteiden muuttumista ikääntymismyönteisempään suuntaan. Ikääntymistutkimuksessa on nostettu esille voimavaralähtöisyyttä ilmentäviä termejä. Esimerkkeinä näistä käsitteistä ovat muun muassa tuottava ikääntyminen, vahva vanheneminen sekä aktiivinen ikääntyminen. Näin on voitu tarkastella ikääntyviä voimavaroina eri aloilla (Kautto 2004).

Keskeinen kysymys on siis, elävätkö ikääntyvät ihmiset vanhuuden kieltävässä, nuoruutta ihannoivassa kulttuurissa. Tuodaanko vanhuus esille positiivisena mahdollisuuksien ja itsensä toteuttamisen vaiheena, jossa ikään kuin on mahdollisuus kiteyttää elämän varrella kertyneet tiedot, taidot ja kokemus vaiko vaiheena, johon liittyy toimintakyvyn heikentyminen, sairaudet ja vähitellen lisääntyvä palvelujen käyttö? Tämä kielteinen vanhuskäsitys heijastuu siihen, miten ikäihmiset osallistuvat, vaikuttavat ja ovat aktiivisia toimijoita. Vanhuskäsityksen muuttamisessa ikääntymisen kokemuksellisen ulottuvuuden ja yksilöllisten merkitysten tavoittaminen sekä tieto arjen eri ulottuvuuksista ovat tärkeitä.

## **Ikääntyviä koskevat valtakunnalliset linjaukset sosiaali- ja terveystalitiikassa**

Arkinäkökulma on tärkeä myös vanhustyön kehittämislle. Valtakunnalliset linjaukset ohjaavat hoito- ja palvelujärjestelmää kunnissa raamittaen myös ikääntyneille suunnattavia palveluja ja hoitoa. Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus vuodelta 2001 korostaa kunnan eri hallintokuntien yhteistä vastuuta kunnan ikääntyneiden ihmisten asumisen ja itsenäisen suoriutumisen tukemisessa (Sosiaali- ja terveystministeriö, Suomen Kuntaliitto 2001). Laatusuosituksessa korostetaan kotona asumisen monimuotoista tukemista. Jokaisessa kunnassa tulee olla ajantasainen ikääntyneiden terveyden ja hyvinvoinnin turvaava vanhuspoliittinen strategia. Laatusuosituksessa korostetaan palveluja käyttävien asiakkaiden, omaisten ja yleensäkin kuntalaisten osallistumista tulevaisuuden palveluja koskevaan suunnitteluun. Tämä merkitsee ikääntyneiden ja heidän omaistensa aktiivisuuden, vaikuttamisen ja osallistumisen mahdollisuuksien tukemista.

Laatusuosituksen seurannassa ja arvioinnissa (ks. Voutilainen 2007) on tarkasteltu muun muassa kuntien vanhuspoliittisten strategioiden sisältöä. Niissä ikääntyneiden palveluiden tavoitteiksi oli asetettu ikäihmistien hyvinvoinnin ja elämänlaadun parantaminen, voimavarojen tukeminen sekä itsenäisen suoriutumisen ja sosiaalisen integraation tukeminen. Strategioissa ikäihminen nähtiin kuntalaisena, joka on aktiivinen ja riippumaton ja jolla on oikeus tasa-arvoon ja osallisuuteen (Voutilainen ja Kaskiharju 2007). Meneillään olevan päivittämissprosessin tavoitteena on uudistaa ikäihmistien hoitoa ja palvelua koskevaa laatusuositusta siten, että se vastaa ikäihmistien terveyttä, hyvinvointia ja palveluja koskeviin nykyisiin ja tuleviin kehittämistarpeisiin ja haasteisiin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa painotetaan myös kotona asumisen mahdollistamista (Sosiaali- ja terveystministeriö, 2003a). Myös kansallisessa sosiaalialan kehittämisojelmassa nousevat esille ikäihmistien toimintakyvyn ylläpitämisen ja kotona asumisen tukemisen teemat (Sosiaali- ja terveystministeriö 2003b). Sosiaali- ja terveystpolitiikan strategiat 2015 nostaa esille terveyden ja toimintakyvyn edistämisen, missä tehtävässä on keskeistä kehittää uusia toimintamalleja toimintakyvyn parantamiseen (Sosiaali- ja terveystministeriö 2006). Tie hyvään vanhuuteen – vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015 konkretisoi näitä linjauksia (Sosiaali- ja terveystministeriö 2007). Tässä asiakirjassa korostetaan muun muassa toimintakyvyn edistämistä ja ylläpitämistä, ja ihmisten omatoimisuuden ja toimintakyvyn säilyminen mahdollisimman pitkään on yksi toiminnallisista tavoitteista. Tavoitteena on, että ihmiset

voisivat elää mahdollisimman pitkään täysipainoista elämää ilman, että sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen olennaisesti alentaisivat hänen elämänlaatuaan.

Yhteenvedona valtakunnallisista iäkkäitä koskevista linjauksista voi todeta, että ne kaikki alleviivaavat keskeisinä tavoitteina toimintakyvyn, omatoimisuuden ja kotona asumisen tukemista. Iäkkään ihmisen itsemääräämisoikeus sekä mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa ovat tärkeitä teemoja.

Ikääntymisen ja iäkkäiden elämän ja arjen tarkastelussa tarvitaan eri tieteenalojen tutkimusta sekä monitieteellistä ja -ammattillista vuoropuhelua, tutkimustiedon innovatiivista soveltamista käytäntöön, hyvien toimintatapojen kehittämistä käytännössä sekä hyvien käytäntöjen tavoitteellista juurruttamista. Arkinäkökulma on keskiössä kotona asumista tukevalle ja vanhuksien omia voimavaroja painottavalle vanhustyölle.

## **Vanhusten äänen ja kokemusten tavoittaminen avaimena arkielviytymisen tukemiselle**

Näistä edellä kuvattujen valtakunnallisten linjaustenkin lähtökohdista korostuu ikäihmisten oman äänen ja omien kokemusten tavoittamisen merkitys. Tieto siitä, miten ikääntyvät kokevat arkensa, miten he suhtautuvat omaan ikääntymiseensä, ja minkälaisia toiveita heillä on esimerkiksi tulevaisuuttaan koskien, auttaa ymmärtämään syvemmin ikääntymisen erilaisia ulottuvuuksia. Syvällinen tieto iäkkäiden arjesta auttaa tavoittamaan ne tekijät, jotka ovat olennaisen tärkeitä toimintakyvyn tukemisessa sekä arkielviytymisen edistämässä. Iäkkäiden elämän tarkastelussa tulisi yhä vahvemmin tuoda esille ikääntymisen moniäänisyys ja yksilöllisyys. Nämä nousevat aidosti esille kokemusten tarkastelun kautta.

Väestön terveydentila ja ikääntyvien ihmisten toimintakyky ovat kohentuneet viime vuosina, mutta ikääntyneiden ihmisten sairastaminen ja toimintakyvyn heikentyminen aiheuttaa palvelutarpeita etenkin vanhimmissa ikäluokissa. Vanheneminen ja vanhuus ovat siis kaksikasvoinen ilmiö (Koskinen 2004). Olipa kysymys sitten toimintakyvystä, hyvän elämänhallinnan omaavasta vanhuksesta tai vanhuuteen liittyvästä haavoittuvuudesta ja vanhuuden kipupisteistä, antavat iäkkäiden oman äänen ja heidän kokemustensa kuuleminen hyvän lähtökohdan arjen ymmärtämiselle.

Vanhusten oma ääni ja kokemukset tuottavat tietoa arjesta esimerkiksi tarkoituksenmukaisten hoito- ja palvelumuotojen kehittämiseksi. Väestön ikääntymiskehitys haastaa tunnistamaan iäkkäiden ihmisten kotona selviytymisen sekä elämänlaadun ja toimintakyvyn tukemisen kannalta tärkeitä tekijöitä. Tarvitaan aktiivista vuoropuhelua vanhustyön eri toimijoiden ja ammattikuntien välillä, sillä näin hyvät käytännöt, uudet innovaatiot ja uusin tieto kiinnittyvät konkreettisella tavalla iäkkäiden ihmisten arkeen.



## **Arjen tarkastelun näkökulmat Ikääntyneiden arki -kirjassa**

Tämä kirja sisältää tietoa ikääntyvistä ja ikääntymisestä eri arkeen kiinnittyvistä näkökulmista teoreettisesta ja käytännön näkökulmista. Kirja on tarkoitettu ammattihenkilöstölle, joka toimii vanhusten hoidon ja palvelujen piirissä. Kirjasta hyötyvät myös opiskelijat, jotka syventyvät vanhustyöhön. Kirja tarjoaa luettavaa ikääntymisestä ja ikääntyneistä yleisesti kiinnostuneille henkilöille.

Tämä seitsemän erillistä artikkelia sisältävä katsaus valottaa ikääntyneiden arkea eri näkökulmista. Koosteen tavoitteena on löytää ikääntyneiden arkeen erilaisia leikkauspintoja, joissa peilautuu selviytymisen ja haavoittuvuuden ulottuvuudet. Jere Rajaniemi antaa artikkelissaan käsitteellisiä välineitä arjen tarkasteluun, tarkastelee arjen eri tasoja ja toimintakyvyltään eri tilanteissa olevien ihmisten arkea. Pertti Pohjolainen jäsentää artikkelissaan elämäntyyliä, terveystottumuksia, toimintakykyä sekä päivittäistoimintojen muutoksia ja niiden arviointia. Anneli Sarvimäki kirjoittaa elämänlaadusta, mikä on keskeinen käsite ja näkökulma ikääntyneiden arjessa. Tässä artikkelissa kuuluu ikäihmisten oma ääni ja kokemus elämänlaatua ja hyvinvointia virittävästä tekijöistä. Iäkkäiden osallisuutta ympäröivään yhteisöön on korostettu hyvän ikääntymisen osana. Tässä mahdollisuus ulkona liikkumiseen korostuu. Vuokko Ponsi ja Elina Karvinen jäsentävät artikkelissaan ulkona liikkumisen merkitystä iäkkään ihmisen voimavarana.

Ikääntymiseen liittyy myös sairaudet ja toimintakyvyn heikentyminen. Ikääntymisen kipupisteistä tässä katsauksessa kirjoitetaan kahdesta eri lähtökohdasta. Dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntymisen seurauksena. Dementoituvien sekä heidän omaishoitajiensa hyvinvoinnin, elämänlaadun ja toimintakyvyn tukeminen sekä kotona selviytymistä tukevien palveluiden kehittäminen on tulevaisuuden keskeinen haaste. Dementoituvien ja heidän omaistensa hyvän arjen lähtökohtia on jäsenetty Sirkkaliisa Heimosen artikkelissa. Palvelut ovat tärkeä osa omaishoitajan arkea, kuten Kaskiharjun, Sarvimäen ja Oesch-Börmanin kirjoituksesta hyvin nousee esille. Omaisten kokemukset palveluiden saatavuudesta ja laadusta tuovat kehittämistyölle pohjaa. Arja Hakala nostaa esille monien vanhuksien arkea koskettavan kipukohdan: yksinäisyyden ja sen erityispiirteet vanhuudessa sekä masennuksen korostuen hoitavan vuorovaikutuksen merkitystä.

Vanhusten hoidossa ja palveluissa tarvitaan siltaa käytännön ja teorian välille. Kirjassa kunkin artikkelin lopussa on kooste keskeisiä kysymyksiä, jotka auttavat yhtäältä silloittamaan teorian ja käytännön välistä kuilua sekä toisaalta tukevat vanhusten hoidon ja palvelujen parissa työskentelevää ammattihenkilöstöä refleктоimaan ja kehittämään omia toimintatapojaan.

## Lähteet

Kautto M. Ikääntyneet resurssina, ikääntyminen mahdollisuutena. Kirjassa: Ikääntyminen voimavarana, s. 7–23. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja, Helsinki 2004.

Koskinen S. Ikääntyneiden voimavarat. Kirjassa: Ikääntyminen voimavarana, s. 24–90. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja, Helsinki 2004.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:8. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalouden strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 14.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003b.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Helsinki 2001.

Tilastokeskus. Väestöennuste. 2004.

Voutilainen P (toim.). Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi. Raportteja 2/2007. Stakes, Helsinki 2007.

Voutilainen P, Kaskiharju E. Vanhuspoliittiset strategiat kunnissa. Kirjassa: Laatu laatusuosituksella? Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen seuranta ja arviointi, s. 18–28. Toim. Voutilainen P. Raportteja 2/2007. Stakes, Helsinki 2007.

# 1 SOSIAALIGERONTOLOGISIA KATSEITA IKÄIHMISTEN ARKEEN

*Jere Rajaniemi*

Seuraavissa arkielämän tarkasteluissa keskitytään sosiologiseen tapaan lähestyä arkea. Tarkasteluissa pyritään tuomaan esille sellaisia teoreettisia näkökulmia ja käsitteellisiä välineitä, joilla arjen moniulotteiseen kokonaisuuteen saadaan otetta. Tarkastelut rajataan erityisesti ikääntyneiden arkeen ja sosiaaligerontologisesti merkityksellisiin kysymyksiin. Samalla iäkkäiden ihmisten arkea katsotaan osittain vanhustyön näkökulmasta. Tarkasteluissa korostetaan vanhuuden monimuotoisuutta ja elämäntilanteiden erilaisuutta. Siksi kolmannen, neljännen ja viidennen iän arkea katsotaan omina kokonaisuuksinaan. Tarkastelujen tavoitteena on aikaansaada taustoittava katsaus ikääntyneiden arjen kannalta keskeisiin ja pohdintoja avaaviin näkökulmiin.

## Miten arkea tulisi määritellä ja kuvata

Arjen määrittelyä ja kuvaamista tarkastellaan seuraavassa ensin yleisen kielenkäytön kautta. Tämän jälkeen arkea katsotaan erilaisten tutkimuksellisten viitekehysten ja teoreettisten pohdintojen näkökulmasta. Lopuksi tuodaan esille muutamia arjen tarkastelun kannalta merkityksellisiä käsitteitä.

### Arki kielenkäytössä

Arki nähdään usein niin tavallisena ja itsestään selvänä asiana, ettei sitä aina määritellä edes silloin, kun arjen kysymyksiä ryhdytään pohtimaan. Kielenkäyttöön on kuitenkin vakiintunut muutamia yleisiä tapoja käyttää arki-termiä. *Suomen kielen perussanakirjassa* arki esitetään kahdella tavalla. *Ensinnäkin* arki on muu päivä kuin pyhä- tai juhlapäivä, arki on muu kuin juhla-aika. *Toiseksi* arki nähdään jokapäiväisyytenä, tavallisuutena ja arkisena todellisuutena. *Arkielämä* taas esitetään tavallisena, jokapäiväisenä elämänä. Lisäksi arkeen liitetään kielenkäytössä myös negatiivisia määreitä, esimerkiksi arki yksitoikkoisena harmautena.

Suomen kielen perussanakirjan kuvauksissa arkea siis hahmotetaan ensinnäkin eron tai negaation kautta (ei-juhla) ja toiseksi arjessa korostetaan toistuvuutta ja tavallisuutta. Arkea kuvaavat määreet ovat joko neutraaleja tai negatiivisia.

Nykyisessä elämishakuisessa yhteiskunnassa, jossa muutokselle ja rajojen rikkomiselle luodaan aktiivisesti tilaa, saattavat arjen negatiiviset määreet tulla erityisen korostetusti esille. Tällaisessa puheessa arki muotoutuu kahlitsevien rutiinien näyttämöksi, jonka rajat ja rakenteet yksilöiden tulisi murtaa. Kuitenkin arki voidaan nähdä myös myönteisenä asiana. Tällöin arki on jotain, joka luo elämälle ennustettavuutta, jatkuvuutta ja turvallisuutta. Samalla tämä arjen tuottama jatkuvuus ja turvallisuus luo tunnetta myös oman minuuden jatkuvuudesta. Varsinkin suurten yhteiskunnallisten muutosten aikoina

arki saa luontaisen turvasataman roolin: arki muuttuu hitaasti ja suojaa siksi ihmisiä liian nopeilta muutoksilta (Jokinen 2005, 9).

Mielenkiintoinen kysymys onkin se, ovatko nämä positiivisiksi tulkitut arjen määreet (jatkuvuus ja turvallisuus) korostetusti esillä iäkkäiden ihmisten arjessa ja onko eri väestö- tai ikäryhmien välillä eroja siinä, miten arkeen suhtaudutaan.

## **Arki tutkimuskohteena**

Kielenkäytön tarkastelemisen lisäksi arkea ja arjen peruskysymyksiä voidaan tarkastella tutkimuskohteena ja tutkimusongelmana. Arkea voidaan tällöin lähestyä esimerkiksi teoreettisten pohdintojen kautta, empiiristä tietoa keräämällä tai valmiisiin kysely- ja tilastoaineistoihin tutustumalla.

Ikääntyneiden arjen kannalta hyödyllistä empiiristä tietoa saadaan mm. erilaisista kvalitatiivisista ja kvantitatiivisista haastatteluaineistoista, elämäkerta- ja päiväkirja-aineistoista sekä ajankäyttötilastoista. Keskeisiä ovat varsinkin sellaiset laajat aineistot, joissa kuvataan ikääntyneiden elinoloja, elämänlaatua ja hyvinvointia, ajankäyttöä, palvelutarpeita, avun saamista, toimintakykyä, sosiaalisia kontakteja, harrastustoimintaa yms. Erityisesti ikäihmisten toimintakyvystä kerätyt tiedot, kuten ADL (Activities of Daily Living) ja IADL (Instrumental Activities of Daily Living), antavat tärkeää tietoa ikäihmisten arjesta, arjen sujumisesta ja hyvän arjen edellytyksistä (ks. Laukkanen 2003).

Suomalaisten ikääntyneiden arjesta saa hyödyllistä taustatietoa mm. Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksista (ks. Niemi 2002), Stakesin kokoamista palvelutarve- ja palvelutiedoista (ks. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelut 2002; Vaarama ym. 2004) sekä vanhusbarometreista ja vastaavista aineistoista (ks. Vaarama ym. 1999; Vaarama ym. 2006). Silloin kun ikääntyneiden arjen kannalta merkityksellistä tietoa haetaan tällaisista valmiista tietoaaineistoista, on syytä pohtia, mistä näkökulmasta aineistot on kerätty ja mitä ne lopulta tuovat esille. Esimerkiksi vanhustenhuollon tarpeisiin kerätyt aineistot tuovat ensisijaisesti esille vanhustenhuollon näkökulmasta mielenkiintoisen arjen eikä välttämättä sitä arkea, joka on ikäihmisille itselleen merkityksellinen.

Luontevia teoreettisia lähtökohtia arjen tarkastelulle on löydettävissä useasta suunnasta. Jos arjesta etsitään ihmisen elämän ja toiminnan ontologisia perustoja, on filosofinen viitekehys – erityisesti hermeneuttis-fenomenologinen traditio – luonteva lähtökohta. Kun kiinnostuksen kohteena on kokemuksellinen arki, tarjoavat filosofian ohella psykologia, arkielämän sosiologia ja esimerkiksi naistutkimus tärkeitä näkökulmia tutkimukselle. Tarkastelujen kohteeksi voidaan ottaa myös arjen kulttuuri ja merkitysrakenteet (arjen diskurssit), jolloin sopivia näkökulmia analyysille on löydettävissä esimerkiksi kulttuurintutkimuksesta. Lisäksi arkea voidaan tarkastella näyttämönä, jossa korostuu rakenteen ja toiminnan (tai yhteiskunnan ja yksilön) välinen vuorovaikutus. Tällöin sosiologia tarjoaa luontevan lähtökohdan analyysille.

Sosiologisissa pohdintoissa arkielämän nähdään muotoutuneen omaksi tarkasteltavaksi elämänalueekseen vasta modernissa (teollisuus)yhteiskunnassa. Yksi arjen perusongel-

mista onkin se, miten sovittaa yhteen niitä näennäisen erillisiä elämänalueita – kuten tuotanto ja uusintaminen, työ ja asuminen, työaika ja muu aika, työelämä ja perhe-elämä, julkinen ja yksityinen – joita yhteiskunnan modernisoituminen on synnyttänyt. (Salmi 1991, 237.)

Arjen sosiaaligerontologista tutkimusta ovat tuoneet esille mm. Gubrium ja Holstein (2000). Heidän mukaansa ikääntyneiden arjen tarkasteluissa tulisi korostaa sitä, millä tavoin ikäihmiset itse kokevat päivittäisen elämänsä, miten he selviytyvät erilaisista haasteista ja millä tavoin he nykyisen tilanteensa kautta rakentavat sekä menneisyyttään että tulevaisuuttaan. Toisin sanoen tarkastelujen keskiössä tulisi olla ikäihmisten omat tavat tulkita ja merkityksellistää elämäänsä. Lisäksi Gubrium ja Holstein korostavat, että tällaiset tarkastelut tulisi gerontologiassa nähdä omana kokonaisuutenaan, eikä vain vakiintuneempien tutkimusalueiden – kuten ikääntymisen psykologian – osakysymyksenä. (Mt. 1–11)

## Arjen kuvaamisen tapoja ja avautuvia näköaloja

Eeva Jokinen (2005, 16) on aikuisten arkea tarkastellessaan korostanut viittä arjen ulottuvuutta, jotka ovat 1) toisto, 2) kodintuntu, 3) tavan mukaisuus, 4) taipumus vahvistaa totunnaisia sukupuolitapoja ja 5) kyky muuntaa ulkoisia pakkotahteja omilta tuntuviksi rytmeiksi. Jokisen painotuksissa tulevat siis erityisesti esille arjen toistuvuudet, tavat ja yksilölliset rytmit.

Alustavasti ja hieman yksinkertaistaen arki voidaan kuvata sellaisena elämäntodellisuutena, joka on ihmiselle välittömästi läsnä ja johon liittyy yksilöllistä rytmiä noudattavaa toistuvuutta (arjen rutiinit). Ihmisen uusintaminen, mm. perustarpeista huolehtiminen, on tällöin keskeinen osa arkea. Arki on siis jotain, joka on vastapainona ei välittömästi läsnä oleville yhteiskunnallisille rakenteille, instituutioiden maailmalle.

Edellä esitetyn kaltaisia arjen ulottuvuuksia on tuonut esille varsinkin Minna Salmi (1991) sosiologisissa arjen pohdintoissaan. Salmen mukaan arkea käsittelevistä tarkasteluista on löydettävissä neljä erilaista tapaa määrittellä arkea (mt. 238–241). *Ensimmäinen* arkielämän määrittelyissä korostetaan usein arjen vastakohtaisuutta ei-arjelle, jolloin arkea lähestytään esimerkiksi juhlan ja epätavanomaisen vastakäsitteenä. Muita tällaisia erotteluja, joiden kautta arkea voidaan tarkastella ovat esimerkiksi yksityinen ja julkinen elämä sekä refleктоimatton ja refleктоitu ajattelu (tai toiminta). *Toiseksi* arkielämää on tarkasteltu uusintamisen alueena, jolloin taustalla on ollut lähinnä yhteiskunnallinen tuotannon ja uusintamisen vastakkainasettelu. *Kolmanneksi* arkielämä voidaan nähdä rutiinin maailmana, jolloin saatetaan korostaa erityisesti arjen kurjuutta ja arkisten rutiinien kahlitsevuutta. *Neljäntenä* arjen kuvaamisen tapana Salmi tuo esille holistisen näkökulman, jossa problematisoidaan yksilön ja yhteiskunnan rakenteiden välistä suhdetta. Tästä näkökulmasta katsoen arkielämän tutkimuksessa tulisi tarkastella sitä, miten yhteiskunnan rakenteet muovaavat arkielämää sekä myös sitä, miten ihmisen toiminta muokkaa ja uusintaa tällaisia rakenteita.

Salmen mukaan olisi tärkeää löytää sellainen tapa lähestyä arkea, joka tarkastelisi ihmisen elämää kokonaisuutena, jota he itse muovaavat. Arkielämästä olisi siis hedelmällistä

tuoda esille aktiivinen toimiva yksilö. Tällaisessa tarkastelussa keskeisiä näkökulmia olisivat esimerkiksi filosofiset kysymykset subjektin muotoutumisen, tietoisien toiminnan ja muutoksen mahdollisuuksista arkielämässä. Tärkeä näkökulma olisi myös nais-tutkimuksessa esillä oleva tapa tarkastella arkielämää kokemusmaailmana. (Mt. 240–248.)

Tällaista arkeen liittyvää pohdintaa, jossa korostetaan yksilöiden aktiivista elämänhallintaa ja yksilöllisiä valintoja, on nykyisin tuotu esille erityisesti elämänpolitiikkaan liittyvässä keskustelussa. Elämänpolitiikkaa korostavassa aikalaisdiagnoosissa nykyinen yhteiskunta näyttäytyy paikkana, jossa yksilöiden mahdollisuus ja myös pakko rakentaa itse omaa elämäänsä on lisääntynyt, koska traditiot ja muut yksilöä ulkopuolelta ohjaavat rakenteet ovat murentuneet ja menettäneet merkitystään kulttuurin individualisoinnin myötä. Moderni valtiokoneisto, suku ja perhe eivät enää ohjaa entisessä määrin yksilöiden valintoja, vaan yksilöt tekevät itse valintansa ja tuovat näillä valinnoillaan esille omaa yksilöllistä identiteettiään.

Anthony Giddensin (1991, 214–215) mukaan elämänpolitiikka liittyy elämänmahdollisuuksiin, elämäntyylin, itsensä toteuttamiseen sekä elämänpäätösten ja valintojen tekemiseen. Elämänpolitiikka on siis eräänlaista elämänpäätösten politiikkaa. Suomessa J.P. Roos ja Tommi Hoikkala (1998, 11–12) ovat Giddensin määritelmiin viitaten tuoneet elämänpolitiikkaa esille politiikkana, jolla on tekemistä minän, identiteetin, itse-refleksiivisyyden, elämänkulun, hyvinvoinnin ja elämäntyylin kanssa. Lisäksi he ovat tarkentaneet, että elämänpolitiikassa on kyse toiminnasta, joka jää omaa elämää koskevien yksilöllisten päätösten ja tavallisen politiikan välimaastoon. Arjen kysymysten näkökulmasta elämänpolitiikka on mielenkiintoinen käsite erityisesti silloin, kun elämänpolitiikka nähdään elämänhallintaan ja sen edellytyksiin vaikuttamisena (ks. Roos 1998, 22).

Elämänpolitiikan käsite on kuitenkin arjen tutkimisen kannalta myös ongelmallinen. Traditioista vapautumista, yleistynyttä epävarmuutta ja yksilöllisyyttä korostava elämänpolitiikka on nimittäin liitettävissä sellaiseen aikakauden luonnetta kartoittavaan aikalaisdiagnoosiin, joka ei aina tukeudu selkeään empiiriseen evidenssiin ja joka on toisinaan normatiivisesti sävyttynyttä. Aikalaisdiagnoosi on tietynlaista käytännöllistä viisautta, joka auttaa ihmisiä suunnistamaan nykyhetkessä. Siksi aikalaisdiagnoosi toimii välillä itsensä toteuttavan ennustuksen tavoin. (Ks. Noro 2000; 2004.)

Hieman kärjistäen ilmaisten aikalaisdiagnoosissa nostetaan esille iduillaan olevia kulttuuripiirteitä ja kuvataan ne nykykulttuurin perustavimmiksi elementeiksi. Kyse on siis tulevaisuuden ennakkoinnista, jossa mahdollista tulevaisuutta kuvataan ikään kuin se olisi jo vallitseva toiminnan kehys. Tällaiset aikalaisdiagnostisiin pohdintoihin liittyvät ongelmat on syytä pitää mielessä silloin, kun elämänpolitiikan teemoja sovelletaan arjen tarkasteluihin. Esimerkiksi ikäihmisten hyvää arkea kartoitettaessa ei saisi korostaa liikaa tulevaisuuden vanhuutta ja tulevaisuuden ikäihmisten tarpeita, vaan huomiota tulisi kiinnittää myös tämän päivän vanhusten tarpeisiin ja elämänolosuhteisiin.

Kun analyysin kohteena on erityisesti ikäihmisten arki, tulisi elämänpolitiittista toimijuutta kuvaavaa aikalaisdiagnoosia soveltaa harkiten. Aikalaisdiagnoosissa aikakauden luonne (ajanhenki) on usein liian yksinkertaistavasti kaikille sama. Tarkasteluissa aika-

kauden kokeva ja siihen reagoiva subjekti on tietynlainen yleistetty toimija. Pohdinnoissa ei siis mietitä sitä, miten ja miltä osin aikakauden luonne tulee esille eri väestö- ja ikäryhmien arjessa ja näille ryhmille tyypillisissä elämäntilanteissa. Arjen perinteisiä rajoja rikkovien ja alati uudistumaan pyrkivien toimijoiden ohella tulisikin kiinnittää huomiota myös niihin toimijoihin, jotka etsivät arjen perinteisistä rakenteista turvaa ja jatkuvuutta. Nimenomaan arki rutiineineen tarjoaa monesti vastapainoa nykyiselle muutosten maailmalle. Arjen tavoilla ja rutiineilla ehkäistään siis ahdistusta ja ylläpidetään ontologista turvallisuutta (ks. Giddens 1991, 35–42).

Jatkossa olisikin tärkeää tarkastella sitä, mitkä ja minkälaiset asiat ovat keskeisiä juuri ikäihmisten arjessa. Missä määrin ikääntyneiden arjessa on keskeistä turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitäminen ja missä määrin tärkeää on itsensä kehittäminen, uudistuminen ja tilan luominen muutokselle? Eroaako kolmannen ja neljännen iän vanhuus tässä suhteessa toisistaan? Rakennetaanko arkea eri elämäntilanteissa eri tavoin? Miten arkea rakennetaan juuri ikäihmisille tyypillisissä elämäntilanteissa?

Elämänpoliittista toimijuutta, aktiivisuutta, muutosta ja yksilöllisiä valintoja korostettaessa tulee siis muistaa, että on myös ikäihmisiä, jotka muutoksen ja jatkuvan tietoisien valitsemisen sijaan haluavat arjesta turvallisuutta henkivän ympäristön, jossa korostuu pysyvyys, toistuvuus ja rutiinit. Siksi on katsottava, ettei vanhustyön järjestelyin luoda ikääntyvien arkeen tilaa jälkimoderneille elämänpoliittisille subjekteille silloin, kun ihminen itse asiassa kaipaa perustavan turvallisuudentunteen luomista rutiinien ja selkeäpiirteisen ympäristön kautta.

## Arjen tarkastelu elämäkäsitteillä

Monet elämä-alkuiset käsitteet soveltuvat hyvin arjen tarkasteluun ja kuvaamiseen. Tällaisia ovat esimerkiksi:

- elämäntapa, elämäntyyli ja elämänpolitiikka
- elämäntilanne
- elämäntapahtumat (esim. ikääntyneillä eläkeläisyys, isovanhemmus, leskeys, sairaudet, palvelutaloon/laitokseen siirtyminen...)
- elämäntyyli
- elämänlaatu.

Edeltävissä pohdinnoissa esille tulleen elämänpolitiikan lisäksi sukulaiskäsitteet elämäntapa ja elämäntyyli ovat hyödyllisiä käsitteellisiä välineitä arkea analysoitaessa. *Elämäntapa* on määritelty toisinaan hyvin selkeästi arjen käsitteeseen nojautuen. Tällöin elämäntapa on nähty ihmisten arkielämän prosessina edellytyksineen ja pyrkimyksineen (Järvelä 1996). Hieman yksityiskohtaisemman määritelmän elämäntavasta on antanut J. P. Roos (1987, 45) elämäkertoja analysoidessaan: ”Elämäntapa on yksilön tai perheen elämänvaiheiden, elinolosuhteiden, elämäntoiminnan, arkielämän ja interaktion kokonaisuus, joka muodostuu – järjestyy – hänen subjektiviteettinsa kautta”. *Elämäntyylin* käsitettä on taas pidetty joko elämäntavan synonyymina tai sitten elämäntapaa ohuempana, erilaisia arkisia toimintoja ja lähinnä kulutusta ilmentävänä. (Roos 1988, 13)

Nämä elämäntapaan ja elämäntyyliin liittyvät kysymykset ovat ikääntyneiden arjen kannalta keskeisiä erityisesti silloin, kun pohditaan, millä tavoin eri ikäryhmien tai eri sukupolvien elämäntavat eroavat toisistaan. Elämäntapoihin liittyviä eroja on syytä tarkastella myös silloin, kun pohditaan, minkälainen on ikäihmisten hyvä arki ja miten se eroaa esimerkiksi keski-ikäisten hyvästä arjesta.

Myös *elämänhallinta* on arjen kannalta keskeinen käsite. Lyhyesti ilmaisten elämänhallinnassa on kyse niistä keinoista, joilla ihmiset pyrkivät turvaamaan tai varmistamaan elämänsä jatkuvuuden ja pysyvyyden sekä estämään elämän ajautumisen hallitsemattomaksi. Elämänhallinnalla tavoitellaan siis elämää koossa pitävää tasapainoa tai normaalisuutta. Toisin sanoen tavoitteena on varmistaa jokapäiväisen arjen vakaus. Tämä tehtävä voidaan nähdä erityisen haasteellisena nykyisessä jälkimodernissa yhteiskunnassa, jossa korostuvat ennustamattomuus, epävarmuus, riskit ja epäjatkuvuus. (Ks. Eräsaari 2000)

Ikäihmisten arjessa elämänhallinnan haasteet korostuvat myös siksi, että ikääntyvien elämään sisältyy sellaisia *elämäntapahtumia* (kuten eläkkeelle siirtyminen, leskeksi jääminen, sairastumiset, muutto vanhainkotiin yms.), jotka uhkaavat arjen vakautta ja mahdollisuutta pitää kiinni totutuista käyttäytymistavoista. Oman lisäongelmansa näihin elämänhallinnan haasteisiin aiheuttaa ikääntymisestä johtuva toimintakyvyn heikkeneminen. Kuitenkin ikääntyvien arkeen sisältyy myös sellaisia positiivisia elämäntapahtumia, jotka antavat voimavaroja elämän hallitsemiseksi tai jopa uuden suunnan löytämiseksi omalle elämälle. Joillekin esimerkiksi isovanhemmuus tai uusi harrastus voi antaa uutta sisältöä elämään. Jatkossa olisikin tärkeää tuoda esille myös näitä ikääntymiseen liittyviä positiivisia elämänsisältöjä, jotta vanhuutta ei tulkittaisi vain sarjana menetyksiä.

*Elämänkulku* on erityisen merkityksellinen käsite arjen tarkasteluille, sillä se tuo esille arjen yksilöllisyyden ja sen historiallisen horisontin, jonka kautta kunkin yksilön arkea tulee tarkastella. Arjen nykyisyyteen ovat siis vaikuttaneet kaikki ne yksilölliset valinnat, joita ihminen on tehnyt elämänsä aikana. Nykyisyydessä on siis aina jälkiä myös menneisyydestä ja menneistä elämänvaiheista, ja osa nykyisyyden merkityksistä avautuu vain näiden menneiden vaiheiden ymmärtämisen kautta. Varsinkin ikääntyneillä muistelu saattaa olla keskeinen keino ottaa haltuun arjen nykyisyyttä: miten tähän kaikkeen on tultu?

Viimeisenä esitettävä elämänsäsite on *elämänlaatu*, johon liittyvät pohdinnat ovat luonteeltaan arvosidonnaisia ja arvottavia. Tällöin ei pelkästään kuvata sitä, miltä olemassa oleva arki näyttää, vaan mietitään tulevaisuuteen suuntaavasti, millainen on hyvä arki ja mitä sen tulisi pitää sisällään. Tällainen arvosidonnainen lähestymistapa tuo mukanaan tarpeen pohtia valtakysymyksiä. Kenen tai keiden näkökulmasta ikäihmisten hyvää arkea loppujen lopuksi määritellään? Ikäihmisten itsensä, omaisten vai vanhustyön ammattilaisten näkökulmasta? Entä eroavatko nuorempien ikäihmisten ja vartuneempien ikäihmisten näkökulmat toisistaan?

Elämänlaatuun liittyviä kysymyksiä on Suomessa tarkastellut mm. Erik Allardt. Allardt'n tutkimukset hyvinvoinnin osatekijöistä tiivistyivät 1970-luvun puolivälissä kolmijakoon Having, Loving ja Being. Tässä jaottelussa hyvinvoinnin osoittimina nähtiin



elintason (Having) ohella yhteisyyssuhteet (Loving) sekä ihmisensä oleminen (Being). Tarkoituksena oli siis laajentaa kuvaa hyvinvoinnin ulottuvuuksista. Lisäksi Allardt on korostanut, että kaikkia näitä hyvinvoinnin ulottuvuuksia voidaan tarkastella sekä objektiivisilla että subjektiivisilla indikaattoreilla. Esimerkiksi ihmisensä olemisen (Being) objektiivisiä indikaattoreita ovat sellaiset kuten poliittinen aktiivisuus, korvaamattomuus työssä, aktiiviset harrastukset ja toiminta luonnossa; subjektiivisiä indikaattoreita taas olisivat esimerkiksi omakohtaiset kokemukset vieraantumisen ja itsensä toteuttamisesta. (Allardt 1998, 38–41)

Tällainen laaja-alainen näkökulma elämänlaadun ja hyvinvoinnin kysymyksiin on tärkeä ikäihmisten arkea tarkasteltaessa. Jotta voidaan puhua ikääntyvien hyvästä arjesta, ei riitä, että vain elintason liittyvät aineelliset osatekijät ovat kunnossa. Ikääntyneillä tulee olla myös riittävät ystävyysverkotot (sosiaalista pääomaa), mahdollisuus tuntea itsensä hyväksytyksi ja tarpeelliseksi sekä edellytyksiä itsensä kehittämiseen. Myös tunne elämänhallinnasta on tärkeä. J.P. Roos (1998, 24) onkin todennut, ”että ’hyvä elämä’ eroaa ’huonosta elämästä’ juuri siinä, että edellisessä korostuu sisäinen elämänhallinta kun taas jälkimmäisessä sitä ei ole”.

Ikäikäiden ihmisten elämänlaadulle merkityksellisiä osatekijöitä on monia. Zahava Gabriel ja Ann Bowling (2004) toivat omassa haastattelututkimuksessaan esille seuraavia ikäihmisten elämänlaadulle keskeisiä tekijöitä: sosiaaliset suhteet (ja niistä saatava apu ja tuki), koti ja lähiympäristö, sosiaaliset aktiviteetit ja harrastukset, henkinen hyvinvointi ja positiivinen elämänasenne, hyvä terveys ja liikkumiskyky, riittävät tulot sekä itsenäisyys ja oman elämän hallinta.

## Arjen tasoja

Vaikka arjen perusta on yksilöiden jokapäiväisissä toiminnoissa, on arki hyvin moniulotteinen ja kokonaisvaltainen käsite. Arjessa voidaan nähdä olevan yhtä aikaa läsnä monia tasoja, kuten aikaisemmin esille tullut sosiologinen perusjako rakenteeseen ja toimintaan. Muita arjessa läsnä olevia ja edelliseen problematiikkaan liittyviä jakoja, joita arjen tarkasteluissa olisi hyvä ottaa huomioon, ovat esimerkiksi jaot yhteiskunta – yksilö, julkinen – yksityinen, ulkoa ohjautuva – sisältä ohjautuva, refleктоimatton – refleктоitu toiminta sekä rutiinit – muutos.

Kuten edellisestä listasta huomataan, tällaiset tasot ovat usein jännitteisessä suhteessa keskenään. Lisäksi arjen ydinalueeksi nähdään usein vain toinen esitetyistä tasoista. Kuitenkin voidaan ajatella, että varsinaisen jännitteisyyden ja konfliktissa olemisen sijaan nämä jaot ovat pikemminkin arjessa enemmän tai vähemmän läsnä olevia *vuorovaikutusulottuvuuksia*. Myös makrotason rakenteilla (mm. kulttuuriset merkitysjärjestelmät) on heijastuksensa arkeen, vaikka arjen perusta onkin mikrotasolla, yksilön kokemuksissa. Arkea analysoimalla voidaankin ymmärtää paitsi arkea ja arkista toimintaa myös yhteiskunnan rakenteita (Jokinen 2005, 22).

Tällaisia varsin yleisiä jakoja (vuorovaikutusulottuvuuksia) voidaan ikäihmisten arjen osalta täydentää sellaisilla teemoilla, jotka koskettavat lähemmin juuri ikäihmisten arkea. Tällaisia teemoja on löydettävissä muun muassa vanhuspoliittisesta nykykeskuste-

lusta. Ikääntyvien itsenäistä kotona selviytymistä, teknologisia apuvälineitä, ikäihmisten omia voimavaroja ja ikäkäsitysten problematisointia korostavasta keskustelusta voimme johtaa esimerkiksi seuraavia käsitteellisiä jakoja, joista voi olla hyötyä ikäihmisten arjen tarkastelussa: laitos – koti, tuen tarve – autonomisuus, teknologiavälitteinen apu – inhimillinen apu, ongelmakeskeisyys – voimavaralähtöisyys sekä neljännen iän arki – kolmannen iän arki.

Kuten edellisestä listasta on huomattavissa, on perustava jako yhteiskuntaan ja yksilöön implisiittisesti läsnä monissa näistä vanhuspoliittisista jaoista. Lisäksi jakoihin liittyy samalla keskeisiä valtakysymyksiä: Milloin yhteiskunnan rakenteiden tarjoama apu ja tuki on yksilöiden omatoimisuuden edistämistä ja milloin se on ensisijaisesti sosiaalista kontrollia?

Esimerkiksi Taina Rintala (2003) on tuonut väitöskirjassaan esille, että vanhustenhuollossa sosiaalista tukea ja kontrollia on usein vaikea erottaa toisistaan. Hänen mukaansa sosiaali- ja terveystalvet voidaankin nähdä avun antamisen ohella myös sosiaalisena kontrollina, jota harjoitetaan mm. ennalta ehkäisyssä nimissä. Valtakysymykset korostuvatkin juuri ennalta ehkäisevässä työssä, sillä siinä asiantuntijoiden valta ja yhteiskunnallisten toimenpiteiden vaikutusalue ulottuu varsinaisia ongelmatilanteita kokonaisvaltaisemmin ihmisten elämään ja arkeen.

Erilaisten yhteiskunnallisten järjestelmien vaikutuksen voimistumista ihmisten arkielämässä voidaan tarkastella esimerkiksi Jürgen Habermasin käsiteparilla systeemi ja elämismailma. J.P. Roos on Suomessa käyttänyt tätä jakoa arkielämän ja elämäntavan analysointiin. (Roos 1988, 44–47; ks. myös Roos 1998, 30–32.) Habermasin jaottelussa systeemi edustaa yhteiskunnan järjestelmällistä, objektiivista, erilaisina ulkoisina suhteina ja verkostoina ilmenevää todellisuutta. Elämismailma taas edustaa subjektiivista, ihmisten keskinäiseen kommunikointiin ja toistensa ymmärtämiseen perustuvaa todellisuutta, jossa tärkeintä ovat merkitykset, tulkinnat ja symbolit. Jaotteluun sisältyvän ajatuksen mukaan järjestelmä, ennen kaikkea talous- ja hallintojärjestelmä, on alkanut yhä enemmän vaikuttaa elämismailmaan tuoden siihen elementtejä, jotka eivät siihen sovi. Järjestelmän tunkeutuessa elämismailmaan, erityisesti rahan ja vallan järjestelmät alkavat hallita myös elämismailman suhteita. (Roos 1988, 44–47.) Habermasin jaottelua voidaan soveltaa myös ikäihmisten arkeen ja vanhustenhuollon kysymyksiin. Mielenkiintoista olisi pohtia esimerkiksi sitä, millä tavoin vanhuspalveluissa järjestelmä ulottaa vaikutuksensa – oman toimintalogiikkansa – iäkkäiden ihmisten arkeen ja elämismailmaan. (Ks. myös Rajaniemi 2006.)

Iäkkäiden omaishoitoperheiden arkea tutkiessaan Marja Saarenheimo (2005, 25–28) on tuonut esille niitä jännitteitä, joita syntyy kun vanhusten palvelujärjestelmä kohtaa omaishoitoperheiden arjen. Saarenheimon mukaan omaishoidossa tulee huomata, että palvelujärjestelmässä ja tuettavissa perheissä vallitsevat omanlaiset mikrokulttuurinsa (eli kyseisille ryhmille tai yhteisöille tyypilliset toimintakäytäntöjen ja puhetaipojen järjestelmät), jotka käytännön tilanteissa helposti törmäävät yhteen. Hänen mukaansa omaishoito tulisi ”palauttaa” kotiin ja osaksi arkista perhe-elämää sen sijaan, että sen merkityksiä arvioitaisiin pelkästään vanhusten palvelujärjestelmästä käsin. (Ks. myös Rajaniemi 2006.)

Palvelujärjestelmän toimintatapojen vieraus arjen käytännöille tulisi huomata varsinkin kotihoidossa. Eeva Jokisen (2005, 12) mukaan arjen logiikkaan kuuluu ”vieraan” kesyttyminen ”kotoiseksi”. Aiheellista on kysyä, missä määrin iäkkäät ihmiset onnistuvat kotihoidossa kesyttämään ulkoa tulevat toimintatavat siten, että ne sovittautuvat mahdollisimman jouhevasti vanhuksen omiin, kotoisiin toimintatapoihin.

## **Arki vai arjet – näkökulmia arjen monimuotoisuuteen**

Nykyisessä vanhuspoliittisessa keskustelussa on puhuttu paljon ns. modernista tai uudesta vanhuskäsityksestä. Tällaisessa vanhuskäsityksessä ikäihmisiä katsotaan ensisijaisesti aktiivisina oman elämänsä subjekteina. Ikäihmiset nähdään siis ennemmin elämäkokemuksen lähteinä ja yhteiskunnallisena voimavarana kuin yhteiskunnan huoltorasituksena, yhteiskunnallisena ongelmana tai lääketieteellisenä ongelmana. (Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001...) Lisäksi tällaisessa uudessa vanhuskäsityksessä halutaan korostaa sitä, että ikäihmiset eivät muodosta mitään yhtenäistä ryhmää vaan vanhuus on yksilöllistä ja moniaineksista. Vanhuus pitää siis sisällään monenlaisia ja yhä monimuotoistuvia elämäntapoja ja -tyylejä.

Edellä mainitut tekijät on hyvä pitää mielessä silloin, kun mietitään, mitä on ikäihmisten arki ja miten sitä tulisi määritellä ja kuvata. Ehkä ikäihmisten arjen sijaan tulisikin korostaa iäkkäiden ihmisten yksilöllisiä elämänkulkuja ja puhua ikäihmisten arjista. Lisäksi tulisi korostaa arjen yleisten ja yksilön yläpuolelle asetuvien rakenteiden ohella niitä toimintatapoja ja merkityksellistämisen prosesseja, joilla arjen toimijat näitä yleisiä rakenteita ylläpitävät ja myös muuttavat.

Vanhuuden monimuotoisuutta korostettaessa tulisi tarkastella kriittisesti niitä kuvia vanhusten arjesta, joita mediat tuovat esille ja pitävät yllä. Näiden – mahdollisesti stereotyyppisten – kuvien rinnalle tulisi nostaa yksityiskohtaisesti kuvattuja esimerkkejä vanhusten arkitodellisuuden erilaisista, yksilöllisistä variaatioista. Erityisesti vanhusten aktiivista yhteiskunnallista roolia vapaaehtoistyössä ja avun antajina tulisi tuoda selkeämmin esille. Jyrki Jyrkämän (2001a) mukaan ikääntyvien arkea tarkastelevan tutkimuksen tulisi kohdistua entistä enemmän ikäihmisten nyt pitkälti näkymättömäksi jäävään omaan toimintaan, eli ikääntyneiden itsensä antamaan apuun ja heidän aktiiviseen toimintaansa yhteiskunnan eri sektoreilla.

Medioissa näkyvän arjen rinnalla tulisi siis kiinnittää huomiota siihen näkymättömämpään arkeen, josta mediatekstit ja julkinen keskustelu eivät osaa olla kiinnostuneita. Näkyvä arki on yleensä ilmaistu kulttuurisesti vakiintuneiden mallien kautta ja tällainen arki saa siten aika yhtenäisen hahmon. Näkymätöntä arkea taas edustaa yksilöllisesti rakennettujen arkien moninaisuus, jota voidaan pyrkiä tavoittamaan ikäihmisten vapaa-muotoisilla haastatteluilla (teema-/syvähaastattelut). Tällöin on kuitenkin muistettava, että yksilöllisesti ilmaistujenkaan arkien taustalla ei ole pelkästään jokin autenttinen, eletty arki, vaan ilmaisujen muotoutumiseen vaikuttavat myös kulttuurisesti ja kontekstisidonnaisesti vakiintuneet tavat puhua arjesta. Lisäksi tällaiset vakiintuneet tavat merkityksellistää ja kuvata arkea vaikuttavat luonnollisesti myös siihen, miten yksilöt lähtevät omaa arkeaan rakentamaan. Vaikka todellisuuden ja todellisuuden ilmaisujen välinen suhde on monimutkainen ja kaikkea muuta kuin yksiselitteinen, kannattaa yksilö-

haastattelujen suunnittelussa ja analyysissä tehdä käsitteellinen ero julkisivuarjen (kulttuurisesti hyväksyttävällä tavalla ilmaistun arjen) ja julkisivun takana eletyn arjen välille, jotta yksilöllisen arjen monimuotoisuuteen päästäisiin käsiksi.

Esimerkiksi vanhustenhuollon asiakkailta kerättyjen haastatteluaineistojen analyysissä olisi tärkeää pohtia sitä, mitä tällaiset aineistot lopulta tuovat esille ikäihmisten arjesta. Missä määrin haastattelut tuovat esille vanhuksille itselleen kokemuksellisesti merkityksellisen arjen ja missä määrin ne tuovat esille vanhustenhuollon ammattilaisille hyväksyttävällä tavalla ilmaistun arjen? Lisäksi on muistettava, että vanhustenhuollon asiakkaiden arki edustaa vain pientä osaa iäkkäiden ihmisten arjesta. Esimerkiksi 65 vuotta täyttäneistä vain noin 13 % ja 75 vuotta täyttäneistä vain noin neljäsosa on säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä (Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvelut 2002).

## **Toimintakyvyltään eri tilanteissa olevien ikäihmisten arki**

Ikääntyneiden arjen monimuotoisuutta voidaan pyrkiä jossain määrin avaamaan tarkastelemalla erikseen kolmannen iän, neljännen iän ja viidennen iän arkea. Tällainen jaottelu kolmanteen, neljälnteen ja viidenteen ikään ei perustu suoraviivaisesti kronologiseen ikään vaan ennemmin ikääntyneiden toimintakyvyssä ja avuntarpeissa havaittaviin eroihin (ks. Helin 2002, 37–39).

Jaottelun mukaan *kolmas ikä* on toimintakykyistä, itsenäistä ja aktiivista vanhuutta, joka alkaa eläkkeelle siirryttäessä ja päättyy siinä vaiheessa kun toimintakyky heikkenee ja henkilö tarvitsee ulkopuolista apua ja tukea. Tässä vaiheessa eli noin 80 vuotiaana alkaa *neljäs ikä*, jolloin erilaisten toimintarajoitteiden määrä asteittain lisääntyy ja (vanhus)talveluiden tarve kasvaa. Vanhustenhuollon suunnittelussa 75 vuotta on yleensä se rajapyykki, jonka jälkeen ihmisten ajatellaan tarvitsevan yhä enemmän ikääntyneille suunnattuja talveluja. *Viidennen iän* voidaan katsoa alkavan silloin, kun henkilö on riippuvainen muiden antamasta avusta, eikä hän enää selviydy itsenäisesti omassa kodissaan, vaan tarvitsee esimerkiksi talvelutalossa tai laitoksessa annettavaa pitkäaikaishoitoa. (Mt.)

Edellisen kuvauksen perusteella voidaan todeta, että jaottelu kolmanteen, neljälnteen ja viidenteen ikään, viittaa osittain myös ikääntyneiden arjen erilaisiin konteksteihin. Tästä näkökulmasta katsoen *kolmas ikä* on liitettävissä ei-kotikeskeiseen arkeen, jota eletään omaehtoisesti vapaa-ajanvieton ja itsensä kehittämisen areenoilla, esimerkiksi ikääntyneiden yliopistossa. *Neljäs ikä* taas viittaa lähinnä tuettuun arkeen kotona. Kyseessä on siis toimintakyvyn heikkenemisen myötä kodin piiriin rajautuva arki. Jaottelun viimeinen vaihe eli *viides ikä* on erityisesti talvelutalossa tai pitkäaikaishoidon laitoksessa vietettävää arkea.

Jaottelun kolmea ikävaihetta katsotaan vanhuuden tarkasteluissa myös hiukan erilaisista viitekehyksistä ja näkökulmista käsin. *Kolmannen iän* tarkasteluissa korostetaan erityisesti ikäihmisten omia yksilöllisiä näkökulmia. Kun viitekehystä laajennetaan, korostuu eräänlainen kulutus- tai markkinayhteiskunnan näkökulma. Vanhustenhuollon tarkasteluissa kolmatta ikää taas katsotaan ensisijaisesti ennalta ehkäisevän vanhustyön näkökulmasta. *Neljälntessä iässä* ikäihmisten näkökulman rinnalle tulee myös omaisten ja

vanhustyöntekijöiden näkökulma. Markkinayhteiskunnan näkökulman rinnalla taas korostuu keskinäistä huolenpitoa tähdentävän kansalaisyhteiskunnan näkökulma. Vanhustenhuollon tarkasteluissa keskeiseksi tulee avopalvelupainotteinen näkökulma. *Viidennessä iässä* omaisten ja vanhustyöntekijöiden näkökulma voimistuu ikäihmistien oman näkökulman rinnalla. Viitekehystä laajennettaessa korostuu väestön ikääntymisestä huolestuneen hyvinvointivaltion näkökulma ja siksi vanhustenhuollon tarkasteluissa keskittyy erityisesti laitoshoidon tarpeiden tarkkailuun.

Oheiseen taulukkoon on tiivistetty edellä esitetyt huomiot kolmannen, neljännen ja viidennen iän välisistä eroavaisuuksista (taulukko 1).

**Taulukko 1.** *Arjen konteksti kolmannessa, neljännessä ja viidennessä iässä.*

<b>KOLMANNEN IÄN ARKI</b>	<b>NELJÄNNEN IÄN ARKI</b>	<b>VIIDENNEEN IÄN ARKI</b>
Ei-kotikeskeinen arki	Kodin piiriin rajautuva arki	Arki laitoksessa
Toimintakykyinen vanhuus	Toimintakyvyn heikkeneminen	Vajavainen toimintakyky
Omaehtoisuus (vapaa-aika- ja harrastuskeskeinen arki)	Omaisten ja vanhustyöntekijöiden rooli korostuu (tuettu arki)	Omaisten ja vanhustyöntekijöiden rooli keskeinen (riippuvuus muista)
Markkinayhteiskunnan näkökulma korostuu	Kansalaisyhteiskunnan näkökulma korostuu	Hyvinvointivaltion näkökulma korostuu
Vanhustyössä ennalta ehkäisevät palvelut korostuvat	Vanhustyössä avopalvelut korostuvat	Vanhustyössä laitospalvelut korostuvat

Seuraavassa tarkastellaan hieman tarkemmin, minkälaiset arkeen liittyvät kysymykset ovat keskeisiä näissä kolmessa iässä, toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen liittyvässä vaiheessa.

## **Kolmannen iän arki**

Kolmannella iällä tarkoitetaan työiän ja varsinaisen vanhuuden välissä olevaa ikävaihetta, jossa korostuvat yksilölliset valinnat, vapaa-ajan vietto ja itsensä kehittäminen. Kolmatta ikää kuvattaessa viitataan usein Peter Laslettin (1989) teorioihin, joissa kolmas ikä nähdään henkilökohtaiselle hyvinvoinnille omistettuna aikana. (Ks. Karisto 2002)

Väestöilmionä kolmas ikä on syntynyt, koska eläkeikään tulevien elinajanodote on viime vuosikymmeninä pidentynyt usealla – terveellä ja toimintakykyisellä – vuodella. Vaikka kolmas ikä on väestöilmionä jo olemassa, kulttuurisesti sitä vasta rakennetaan. (Mt.) Lisäksi tähän kolmannen iän kulttuuriseen rakentamiseen osallistuvat tutkijoiden ohella myös media, ikäihmisille palveluita tarjoavat markkinat ja ikäihmiset itse.

Kolmas ikä ei siis ole pelkästään jotain, joka meistä riippumatta ja tiettyjen yhteiskunnallisten rakenne-ehtojen saattamana tulee osaksi yhteiskuntaamme, vaan se on myös

jotain, jota markkinoidaan yleisölle ajankohtaisena uutuuksena ja joka vakiintuu, leviää ja saa hahmonsaa sen mukaisesti, kuinka innokkaasti tähän uutuukseseen tartutaan. Kolmas ikä on siis osittain nähtävissä ajankohtaisena trendinä, jonka aikaansa seuraavat ihmiset haluavat omaksua – ja tehdä sen näin todeksi.

Koska kolmannen iän teoretisointiin liittyy tulevaisuuden vanhuuden ennakkointia, hyvän (tai ajanmukaisen) vanhuuden normittamista ja aikakauden luonteen kartoittamista ilman, että uusille ajatuksille haettaisiin selkeää empiiristä vahvistusta, voidaan keskustelua kolmannesta iästä pitää sosiaaligerontologisena aikalaisdiagnoosina (ks. Noro 2000; Muhonen & Ojala 2004, 10). Vaikka aikalaisdiagnostinen tulevaisuuden ennakkointi on normatiivisuudessaan ongelmallista, on tärkeää, että tällaista uuden vanhuuden avointa ja monisuuntaista pohdintaa harjoitetaan, sillä työelämän jälkeisen ajanjakson pidentyessä yhteiskunnallisiin rakenteisiin on syntynyt aidosti tilaa uudelle elämäntavalle. Kuitenkin jos tarkastelun kohteeksi otetaan ikääntyneiden arki, tulee kolmannen iän tulevaisuuteen suuntaavien ajatusten soveltamisessa olla varovainen, sillä arkea rakennetaan toisinaan juuri muutosten maailman vastavoimaksi, tietynlaiseksi omaehtoisuuden pisyvyyden alueeksi. Lisäksi ongelmana on, että kolmannen iän kehityksessä ikääntyneiden arkea ei pelkästään kuvata, vaan sitä lähdetään osin huomaamatta myös rakentamaan.

Ikääntyneiden arjen näkökulmasta kolmas ikä kuvaa nuorempien ikäihmisten vapaaajan viettoon suuntautunutta, ei-kotikeskeistä arkea, jossa toimintakykyisyys ja omaehtoisuus korostuvat. Vanhustenhuollon näkökulmasta kolmannen iän arki on myös ennaltatarkastelun aluetta: se, minkälaisia valintoja kolmannen iän arjessa tehdään, vaikuttaa olennaisesti siihen, minkälaisia palvelutarpeita ihmisillä on neljännessä iässä. Tällaisessa ennalta ehkäisevässä työssä keskeiseksi ajatuksiksi on noussut aktiivisen ikääntymisen tukeminen, jotta ikääntyneiden toimintakyky ja terveys säilyisivät hyvänä mahdollisimman pitkään.

Aktiivisuuden korostamisen eräänä vaikuttimena on ns. aktiivisuusteoria, jonka juuret löytyvät 1950-luvun amerikkalaisesta ikääntymistutkimuksesta. Teoria on jatkuvuus- ja irtaantumisteorian ohella yksi klassisista yksilöteorioista, joissa tarkastellaan yksilöiden sopeutumista vanhenemiseen ja sitä, millaista on menestyksellinen, onnistunut vanheneminen. Aktiivisuusteorian mukaan hyvään vanhenemiseen päästään aktiivisuuden ylläpitämällä ja mahdollisten menetysten kompensoimisella jollain aktiivisella tavalla. (Ks. esim. Jyrkämä 2001b, 292–295; 2003b, 267–268.)

Fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen aktiivisuuden korostaminen onkin luontevinta juuri kolmannen iän arjessa. Tällöin on kuitenkin oltava varovainen, ettei aktiivisuuden osoittamisesta rakenneta ehtoa yhteiskunnallisesti hyväksyttävälle vanhuudelle ja ettei aktiivisuutta lähdetä korostamaan liian pitkälle vanhuuteen. Lisäksi on tiedostettava aktiivisuuden korostamisen yhteys nykyiseen kuluttajuuteen ja markkinavetoisuuteen tähdentämään politiikkaan (ks. Katz 2000).

## Neljännän iän arki

Toimintakyvyn heiketessä ikääntyneiden avuntarpeet kasvavat ja arki rajautuu yhä enemmän kodin piiriin. Samalla mahdollisuudet ylläpitää itse luotuja ystävyys-suhteita heikkenevät ja erilaiset ulkokohtaisemmat suhteet viranomaisiin ja erilaisiin auttajiin lisääntyvät (ks. Marin 2003b, 69). On ymmärrettävää, että osa vanhuksista kärsii tässä vaiheessa yksinäisyydestä. Lisäksi tällaisessa tilanteessa, jossa ulkopuolisen avun tarve lisääntyy, voimistuu myös omaehtoisesti rakennetun arjen ja ulkoa päin rakennetun arjen välinen jännite.

Neljännessä iässä erityisesti toimintakyvyn tarkasteleminen tulee tärkeäksi. Ikäihmisten toimintakykyä tulisi tarkastella juuri arkisten toimintojen yhteydessä ja mahdollisimman laaja-alaisesti (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky). Esimerkiksi Jyrki Jyrkämä (2003a) on tuonut esille, että henkilöiden potentiaalisen toimintakyvyn (erilaisilla mittareilla todetun toimintakyvyn) lisäksi tulisi tarkastella aktuaalista, käytössä olevaa toimintakykyä niissä tilanteissa, joissa henkilö elää ja toimii. Käytännön toiminnan ja toimintatilanteiden tarkasteluissa voidaan Jyrkämän mukaan hyödyntää semioot-tisen sosiologian analyysitapoja ja jakaa toiminta osaamisen, kykenemisen, haluamisen ja täytymisen modaaliin ulottuvuuksiin. Tällöin toimintakykyä voidaan tarkastella suhteessa siihen, mitä henkilö haluaa, osaa ja kykenee tekemään tai mitä hänen tiettyssä toimintaympäristössä täytyy tehdä.

Neljännessä iässä elämisen kehykset muuttuvat monella ikääntyneellä, ja siksi neljän-nen iän arkea tuleekin tarkastella osittain eri tavoin kuin kolmannen iän arkea. Vaikka aktiivisuus ja aktiiviset harrastukset ovat hyvin tärkeitä neljännessäkin iässä, kannattaa pohtia, tarjoaako vanhuus muitakin tapoja rakentaa onnistunutta ikääntymistä kuin jatkuva aktiivisuuden osoittaminen. Esimerkiksi erilaiset henkiset elämänarvot saattavat tulla entistä keskeisemmiksi. Vanhuus voi esimerkiksi antaa mahdollisuuden irrottautua kesi-iän kiireisestä elämäntyylisestä ja kaikkien asioiden hallitsemisen pyrkimyksistä, jolloin elämälle voidaan etsiä laadullisesti uutta sisältöä. Tällaista uudenlaisen elämän-sisällön mahdollisuutta vanhuudessa on pohtinut mm. Lars Tornstam gerotranssendenssin teoriassaan. (Tornstam 1994.)

Koska kodista tulee ikääntyessä yhä keskeisempi elämisen näyttämö, sen merkitys tulee yhä kokonaisvaltaisemmaksi: kotona tehtävistä arjen rutiineista tulee osa ihmisen identi-teettiä. Koti muodostuu siis paikkana ja tilana erityisen merkitykselliseksi, henkilökohtaisilla merkityksillä latautuneeksi. (Ks. esim. Marin 2003a.) Siksi vanhustenhuollossa olisikin tärkeää, että vanhusten koteihin menevät ja arjen rutiineihin osallistuvat vanhus-työntekijät, erityisesti kotipalvelutyöntekijät, olisivat tietoisia kodin ja arjen rutiinien monista merkityksistä ja ymmärtäisivät, miten suuria asioita arjen pienet yksityiskohdat saattavat vanhukselle olla.

Vanhustenhuollon näkökulmasta neljän-nen iän arjessa korostuu erityisesti kotona asu-misen tukeminen. Keskeisenä vanhuspoliittisena tavoitteena onkin, että mahdollisimman moni ikääntynyt voisi elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa asuin- ja sosiaa-lisessa ympäristössään (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2001). Samalla tarkoituksena on lykätä kalliiden laitospalveluiden tarvetta. Näitä tavoitteita tukee se, että myös ikäihmiset itse arvostavat kotona asumista. Vuoden 1998 vanhusba-

rometrin mukaan selvä enemmistö yli 60-vuotiaista pitää pitkäaikaista hoitoa tarvitsevan ikääntyneen parhaana asuinmuotona kotona asumista palvelujen turvin (Vaarama ym. 1999).

## **Viidennen iän arki**

Silloin kun päivittäiset askareet eivät enää suju ja avun tarve on kokonaisvaltaista ja jatkuvaa, saattaa jokin palveluasumisen muoto tai laitoshoido olla mielekkäin ratkaisu vanhalle ihmiselle. Tässä vaiheessa olisi tärkeää myös avoimesti kysyä vanhuksen omaa näkemystä siitä, mikä olisi hänen mielestään paras tapa järjestää hoito ja asuminen.

Arjen kannalta erityisen merkityksellinen tilanne on se, kun vanhus siirtyy kotoaan laitosympäristöön. Paikkojen ja tilojen merkityksiä tarkastelleen Marjatta Marinin (2003a, 37) mukaan, tällöin on tärkeää pohtia, ”miten uusiin (laitokseen) ja entisiin (kotiin) tiloihin liittyvät merkitykset siirtyvät siten, ettei vanhukselle tule hänen voimavarojaan kuluttavia katkoksia ja muutoksia.” Marin myös muistuttaa, että ”[v]anhainkoti ei ole samassa mielessä koti kuin edellisen elämänvaiheen kodit. Se on ulkopuolelta käsin luotu paikka ja yhteisö, johon kodinomaisuus voidaan tuottaa erilaisin keinoin.” (Mt., 40)

Tarkasteltaessa viidennen iän arkea laitoksen tai vastaavan toimintayksikön puitteissa tulisikin tarkasteluissa keskittyä mm. seuraaviin kysymyksiin: Minkälainen koti on laitos? Miten yksilön arki jäsentyy laitoksen ”ulkokohtaisissa” puitteissa? Millä tavoin laitoksessa on mahdollista ylläpitää omassa kodissa omaksuttuja tapoja ja rutiineja ja minkälaisia uusia rutiineja laitosympäristö synnyttää? Näitä kysymyksiä pohdittaessa tulee erityisesti ottaa huomioon se, että laitoksessa ikääntyneiden arjen rinnalla on aina myös vanhustyön arki. Siksi laitoksen arjen tarkasteluissa tulisikin miettiä, miten nämä tasot (vanhuksen arki ja vanhustyön arki) ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja minkälaisia jännitteitä laitosympäristössä syntyy itse rakennetun, omaehtoisen arjen ja ulkoapäin rakennetun arjen välille.

## **Lopuksi**

Arki on kokonaisvaltainen käsite, joka sisältää viitteitä moneen suuntaan – monille elämänalueille. Kaikessa tuttuudessaan se on yllättävän hankalasti lähestyttävä kokonaisuus. Yhtäältä arki tuntuu liiankin triviaalilta tarkastelun kohteelta ja toisaalta se herättää pohtimaan kysymyksiä elämän ja elämisen perustoista.

Eeva Jokisen (2005, 158–159) mukaan arjen paradoksaalisuuteen kuuluu se, että arkea on kaikkialla, mutta se on silti vaikeasti havaittavissa. Lisäksi arki on sekä kevyttä että painavaa ja sitä sekä ylistetään että halveksitaan. Arjen tavallisuus on myös yhtäältä elämää ylläpitävää ja toisaalta julmaa ja ulossulkevaa. Arki pitää siis yllä sekä hyvinvointia että eriarvoistavia käytäntöjä.

Koska arki on käsitteenä niin monisyinen ja kokonaisvaltainen, ajautuvat arjen tarkastelut helposti liian yleiselle ja kuvailevalle tasolle. Siksi arjen tutkimukseen tarvitaan teo-



reettisiä viitekehyksiä, jotka rajaavat arjen tarkasteluja yksityiskohtaisempien kysymysten ja tutkimusongelmien äärelle. Tällaisten teoreettisten kehysten rakentamiseksi tarvitaan vuoropuhelua teoreettisten pohdintojen ja olemassa olevien empiiristen tiedonlähteiden (ajankäyttöä ja arjen tarpeita tarkastelevien kyselyaineistojen) välille.

Ikääntyvien arki voidaan nähdä omana, omia viitekehyksiä tarvitsevana ja omia erityiskysymyksiä sisältävänä, tarkastelukohteenaan. Toisin sanoen on muistettava, että ikääntyvien elämänpiiri on osittain erilainen kuin muiden väestöryhmien elämänpiiri ja elämäntilanteet. Marjatta Marin (2003b, 69; 2003c) on mm. tuonut esille, että ikääntyessä ystävyysuhteet ja muut itse luodut suhteet vähenevät, kun taas suhteet virallisiin auttajiin lisääntyvät. Koska siis viranomaisten ja erilaisten ulkopuolisten auttajien merkitys kasvaa, tulisi ikääntyvien arjessa tarkastella sitä, miten ”arjen logiikka” (tapa toimia arjessa) on ikääntyneillä vuorovaikutuksessa muiden sektoreiden kuten talouden, hallinnon ja ammatillisen hoivan ”logiikoiden” kanssa. Ikääntyvien arjessa tulisikin pohtia avoimesti erilaisia valtakysymyksiä: Miltä osin ikääntyneiden arki on yksilön omaehtoista olemista ja miltä osin se rakentuu erilaisten hallinnollisten ohjelmien ja projektien (esim. ennalta ehkäisevä toiminta) näyttämöksi?

Kun ikääntyvien arjesta ryhdytään keräämään tietoa vanhustenhuollon toimenpiteiden kehittämistä varten, olisi mielekästä pohtia tähän tiedonkeruuseen liittyviä valtakysymyksiä: Mitä intressejä tiedonkeruuseen liittyy? Mitä yhtäläisyyksiä ja eroja on vanhustyön kehittämisen ja vanhustutkimuksen näkökulmilla? Mitä eroa on vanhustyöntekijöiden, omaisten ja vanhusten itsensä näkökulmilla? Milloin tiedonkeruu palvelee vanhusten auttamista ja milloin se palvelee sosiaalisen kontrollin pyrkimyksiä? Voidaanko auttamista ja kontrollia erottaa toisistaan? Onko tavoitteena kerätä sellaista tietoa, jolla pystytään tukemaan ihmisten elämönhallintaa ja miltä osin elämönhallinnan rakentaminen on ylipäättänsä mahdollista yhteiskunnallisista toimenpiteistä?

Erilaisiin projekteihin ja kehittämisohjelmiin liittyvien tavoitteiden ohella arjen tarkasteluissa tarvitaan toisenlaisiakin tavoitteita. Tällaiset tavoitteet eivät saisi olla liian suoraviivaisesti arjen hallintaan tähtääviä ja ne eivät saisi kytkeytyä turhan suoraviivaisesti erilaisiin kehittämisohjelmiin. Pikemminkin näiden uusien ja pienimuotoisempien tavoitteiden tulisi pysytellä selkeämmin arjen tasolla ja niiden tulisi rakentua ensisijaisesti ikääntyneiden omasta kokemusmaailmasta käsin. Tästä näkökulmasta katsoen arjen tarkastelujen tavoitteeksi voitaisiin asettaa sellaisen ymmärryksen lisääminen ikääntyvien arjesta ja arjen omasta merkitysmaailmasta, että vanhuksia auttavat henkilöt olisivat herkempiä havaitsemaan autettavan erilaisia tarpeita erilaisissa kohtaamistilanteissa.

## Pohdittavia kysymyksiä

Seuraavassa on koottu kysymyksiksi niitä teemoja ja näkökulmia, joihin tulisi kiinnittää huomiota ikääntyneiden arkea tarkasteltaessa:

### *Arjen sisällöt*

- Minkälaisista asioista ikääntyneiden arki koostuu? Mitkä asiat eivät kuulu ikäihmisten arkeen?
- Miltä arki näyttää ikäihmisille tyypillisissä elämäntilanteissa? Millä tavoin ikäihmisten arki eroaa muiden väestöryhmien arjesta? Miten eri ikäryhmien elämäntavat eroavat toisistaan?
- Miten erilaisessa elämäntilanteessa olevien tai muutoin erilaisten ikäihmisten arjet eroavat toisistaan? Olisiko puhuttava yleistävästi ikäihmisten arjesta vai erilaisuutta korostaen ikäihmisten arjista? Millä tavoin kolmannen, neljännen ja viidennen iän arki eroavat toisistaan?

### *Hyvän arjen määrittely*

- Minkälainen on ikääntyneiden hyvä arki ja mitä se pitää sisällään? Miten hyvää arkea voidaan tukea?
- Minkälaiset elämäntapahtumat uhkaavat arjen vakautta ja mitkä taas rakentavat hyvää arkea?
- Mitkä tekijät vaikuttavat arjen sujumiseen? Miten arjen sujumista voidaan tukea?
- Mikä on fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn merkitys arjen sujumiselle?
- Miten sosiaaliset verkostot tukevat ikääntyneen arkea? Mikä on sosiaalisen pääoman merkitys hyvälle arjelle?

### *Arkea kehystävät näkökulmat*

- Keiden tehtävänä on yhteiskunnassa tukea vanhusten hyvää arkea? Keiden näkökulmasta ikääntyneiden hyvää arkea tulisi määritellä? Miten vanhustyön ammattilaisten, omaisten ja ikäihmisten käsitykset hyvästä arjesta eroavat keskenään? Eroavatko nuorempien ikäihmisten ja varttuneempien ikäihmisten näkökulmat toisistaan? Miten ikäihmisten hyvä arki eroaa keski-ikäisen hyvästä arjesta?
- Miten vanhustyö ja vanhuuspolitiikka normittavat hyvää vanhuutta ja hyvää arkea? Missä määrin ikääntyneen arki on ulkoapäin rakennettua ja missä määrin omaehtoisia? Minkälainen on omaehtoinen arki? Miten sitä voitaisiin tukea?
- Millä tavoin yhteiskunnan hallinnollinen järjestelmä ulottaa vanhuspalveluissa vaikutusvaltansa iäkkäiden ihmisten arkeen ja elämismailmaan? Millä tavoin arjen oma ”logiikka” on ikääntyneillä vuorovaikutuksessa yhteiskunnallisten sektorien kuten talouden, hallinnon ja ammatillisen hoivan ”logiikoiden” kanssa? Milloin yhteiskunnan tarjoama tuki on omaehtoisuuden edistämistä ja milloin se on sosiaalista kontrollia?

### *Arjen tukemisen haasteet*

- Miltä arki näyttää kotona ja miltä laitoksessa? Millä tavoin laitoksessa on mahdollista ylläpitää omassa kodissa omaksuttuja tapoja ja rutiineja ja minkälaisia uusia rutiineja laitospäristö synnyttää? Millä tavoin vanhuksen arki ja vanhustyön arki

ovat laitoksessa vuorovaikutuksessa keskenään? Minkälaisia jännitteitä laitossympäristössä voi syntyä omaehtoisen arjen ja ulkoapäin rakennetun arjen välille?

- Miten ikäihmisten kotona asumista voidaan edistää? Miten vanhusten omia voimavaroja voidaan tukea, jotta kotona asuminen onnistuisi? Onko koti aina paras lähtökohta hyvälle arjelle?
- Miten uudella teknologialla voidaan tukea ikäihmisten arjen sujumista? Minkälaisiin tilanteisiin teknologiavälitteinen apu soveltuu ja minkälaisiin ei?
- Missä määrin vanhusten arkea rakennetaan tulevaisuuden vanhusten ehdoilla ja missä määrin osataan huomioida nykyisten vanhusten tarpeet?
- Minkälaisia valmiuksia vanhustyöntekijällä tulisi olla, jotta hän osaisi työssään huomioida arjesta ja arjen rutiineista nousevat yksilölliset tarpeet? Millä tavoin kotihoitossa ja omaishoidon järjestelyissä tulisi huomioida yksilöllisen arjen ja yksilöllisten rutiinien merkitys?

#### *Muuttuva ja muuttumaton arki*

- Missä määrin arjen rutiinit ja toistot luovat yksitoikkoista harmautta ja missä määrin ne pitävät yllä turvallisuuden ja jatkuvuuden tunnetta? Onko ikääntyneillä oma tapansa suhtautua arjen rutiineihin?
- Missä määrin ikääntyneiden arjessa on keskeistä turvallisuuden ja jatkuvuuden ylläpitäminen ja missä määrin tärkeää on itsensä kehittäminen, uudistuminen ja tilan luominen muutokselle?
- Johtaako aktiivisuuden ja toimeliaisuuden korostaminen aina hyvään vanhuuteen ja hyvään arkeen? Minkälaisiin tilanteisiin aktiivisuuden korostaminen sopii ja minkälaisiin ei?

#### *Kuvattu arki*

- Minkälaista kuvaa mediat (lehdistö, radio, televisio, mainokset, verkkoportaalit) luovat ikääntyneiden arjesta? Minkälaiset asiat tuodaan ikäihmisten arjesta näkyviin ja minkälaiset asiat jäävät näkymättömiin?
- Miten arki kuvataan viranomaiselle tai tutkijalle haastattelutilanteessa? Missä määrin haastattelut tuovat esille vanhukselle itselleen kokemuksellisesti merkityksellisen arjen ja missä määrin ne tuovat esille vanhustenhuollon ammattilaiselle hyväksyttävällä tavalla ilmaistun arjen? Miten ”julkisivuarki” eroaa julkisivun takana eletystä arjesta?
- Onko ikääntyneiden arjen kuvaaminen vain kuvailua vai rakennetaanko arkea myös näiden kuvailujen kautta?

## Lähteet

- Allardt E. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Kirjassa: Elämänpolitiikka, s. 34–53. Toim. Roos J P, Hoikkala T. Gaudeamus, Tampere 1998.
- Eräsaari R: Sosiaalipolitiikan viitekehys: aika, yhteiskunta, yhteisö, maailma. Kirjassa: Sosiaalipolitiikan lukemisto, s. 35–64. Toim. Nurminen E. Palmenia, Tampere 2000.
- Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 24 (5): 675–691, 2004.
- Giddens A. *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age.* Polity Press, Cambridge 1991.
- Gubrium J, Holstein J (ed.). *Aging and Everyday Life.* Blackwell Publishers, Malden (Massachusetts) 2000.
- Helin S. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Kirjassa: Vanhuuden voimavarat, s. 35–67. Toim. Heikkinen E, Marin M. Tammi, Vammala 2002.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto, Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:4, Helsinki 2001.
- Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvet 2002. Stakes, Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva 2003:1, Saarijärvi 2003.
- Jokinen E. *Aikuisten arki.* Gaudeamus, Tampere 2005.
- Jyrkämä J. Sosiaaligerontologia ja ikääntyvä yhteiskunta. *Gerontologia* 15 (4): 279–280, 2001a.
- Jyrkämä J. Vanheneminen ja vanhuus. Kirjassa: Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa, s. 267–323. Toim. Sankari A, Jyrkämä J. Vastapaino, Jyväskylä 2001b.
- Jyrkämä J: Ikääntyminen, toimintakyky ja toimintatilanteet. Kirjassa: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa, s. 94–103. Toim. Marin M, Hakonen S. PS-kustannus, Juva 2003a.
- Jyrkämä J. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Kirjassa: *Gerontologia*, s. 267–271. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003b.
- Järvelä M. Elämäntavan näkökulma kulttuurin muutoksen tulkinnassa. Kirjassa: Kulttuuritutkimus. Johdanto, s. 74–96. Toim. Kupiainen J, Sevänen E. 2. painos. SKS, Tietolipas 130, Jyväskylä 1996.
- Karisto A. Kolmannen iän käsitteestä ja sen käytöstä. *Gerontologia* 16 (3): 138–142, 2002.
- Katz S. *Busy bodies: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life.* *Journal of aging studies* 14 (2): 135–152, 2000.
- Laslett P. *A fresh map of life. The emergence of the third age.* Weidenfeld And Nicolson, London 1989.
- Laukkanen P. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Kirjassa: *Gerontologia*, s. 287–300. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003.
- Marin M. Elämän paikallisuus ja paikat. Kirjassa: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa, s. 22–43. Toim. Marin M, Hakonen S. PS-kustannus, Juva 2003a.

- Marin M. Perheet, sukupolvet ja sosiaaliset verkostot. Kirjassa: Gerontologia, s. 60–69. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003b.
- Marin M. Sosiaaliset verkostot. Kirjassa: Seniori- ja vanhustyö arjen kulttuurissa, s. 72–93. Toim. Marin M, Hakonen S. PS-kustannus, Juva 2003c.
- Muhonen R, Ojala H. Ajassa muuttuva kolmas ikä. Gerontologia 18 (1): 10–17, 2004.
- Niemi I. Eläkeläisten aika. Hyvinvointikatsaus 4/2002: 20–25, 2002.
- Noro A. Aikalaisdiagnoosi sosiologisen teorian kolmantena lajityyppinä. Sosiologia 37 (4): 321–329, 2000.
- Noro A. Aikalaisdiagnoosi: sosiologisen teorian kolmas lajityyppi? Kirjassa: Sosiologisia nykykeskusteluja, s. 19–39. Toim. Rahkonen K. Gaudeamus, Tampere 2004.
- Rajaniemi J. Arkea tukevat verkostot – ikääntyneiden kokemuksia arjen sujumisesta. Gerontologia 20 (4): 169–181, 2006.
- Rintala T. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Stakes, Tutkimuksia 132, Saarijärvi 2003.
- Roos J P. Suomalainen elämä. Tutkimus tavallisten suomalaisten elämänkerroista. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Toimituksia 454, Hämeenlinna 1987.
- Roos J P. Elämäntavasta elämänkertaan – Elämäntapaa etsimässä 2. Tutkijaliitto, Jyväskylä 1988.
- Roos J P. Mitä on elämänpolitiikka? Kirjassa: Elämänpolitiikka, s. 20–33. Toim. Roos J P, Hoikkala T. Gaudeamus, Tampere 1998.
- Roos J P, Hoikkala T. Esipuhe. Kirjassa: Elämänpolitiikka, s. 7–19. Toim. Roos J P, Hoikkala T. Gaudeamus, Tampere 1998.
- Saarenheimo M. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Kirjassa: Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia, s. 25–52. Toim. Saarenheimo M, Pietilä M. Vanhustyön keskusliitto, Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, Tutkimusraportti 6, Saarijärvi 2005.
- Salmi M. Ajatteletko arkena? Arkielämä ja tietoisien toiminnan mahdollisuus. Sosiologia 28 (4): 237–249, 1991.
- Suomen kielen perussanakirja. Ensimmäinen osa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus, Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 55, VAPAK-kustannus, Helsinki 1990.
- Tornstam L. Gerotranssendenssi – teoreettinen tarkastelu. Gerontologia 8(2): 75–81, 1994.
- Vaarama M, Hakkarainen A, Laaksonen S. Vanhusbarometri 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1999:3, Helsinki 1999.
- Vaarama M, Luoma M-L, Ylönen L. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Kirjassa: Suomalaisten hyvinvointi 2006, s. 104–136. Toim. Kautto M. Stakes, Vaajakoski 2006.
- Vaarama M, Voutilainen P, Kauppinen S. Ikääntyneiden hoivapalvelut. Kirjassa: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2005, s. 36–59. Toim. Heikkilä M, Roos M. Stakes, Saarijärvi 2004.
- Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Komiteamietintö 1996:1, Helsinki 1996.

## 2 IKÄIHMISTEN ELÄMÄNTYILI JA TOIMINTAKYKYINEN ARKI

*Pertti Pohjolainen*

### Johdanto

Yksi tapa kuvata arkielämää on lähestyä sitä elämäntyylin näkökulmasta. Usein elämäntyyliä on käytetty kaikenlaisten erikoisuuksien ja muodikkaiden trendien esiteltyssä, mutta etenkin keski-ikäisten ja iäkkäiden ihmisten elämä on varsin tavallista. Antti Karisto on tutkinut elämäntyyliä kahdessa väestöryhmässä: Espanjassa asuvien suomalaiseläkeläisten ja kolmeen eri ikäryhmään (1926–30, 1936–40 ja 1946–50-syntyneiden) kuuluvien päijät-hämäläisten keskuudessa. Molemmissa tutkimuksissa kävi ilmi, että elämäntyyli muodostuu pienistä arkielämän tapahtumista ja nautinnoista (Karisto ja Konttinen 2004, Karisto 2006). Espanjassa suomalaiseläkeläiset nauttivat elämän pienistä iloista ja arkirutiinit ovat elämän kivijalka. Rutiineista pitää kuitenkin selvitä helposti ja olojen täytyy muutenkin olla mukavat. Elämän tavallisuus korostuu myös päijät-hämäläisten elämäntyyliin. Esimerkiksi makuelämyksiä kuvaavat mieliruuat olivat tavallisia suomalaisia kotiruokia kuten lihapullat, lihamureke ja jauhelihapihvit sekä perunamuusi (Karisto ja Konttinen 2004).

Tärkeä merkitys arkielämässä on erilaisilla tavoilla ja totumuksilla. Viime aikoina on erityisesti kiinnitetty huomiota ns. terveystapoihin, joilla tarkoitetaan yleensä ravintotottumuksia, tupakointia, alkoholinkäyttöä, liikuntaharrastusta ja nukkumistottumuksia. Näistä käytetään usein yhdistävää käsitettä terveyselämäntyyli. Gerontologisessa tutkimuksessa terveyteen liittyviä elämäntyyli tekijöitä on käytetty sekä sairauksien vaaratekijöinä että vanhenemisen määrittäjinä. Mitä enemmän ns. haitallisia elintapoja on kasaantunut yhteen sitä todennäköisempää on sairastuminen ja eliniän lyheneminen.

Toimintakyky kuuluu arkeen monella tavalla. Päivittäistoimintoihin liittyvät ns. ADL (activities of daily living)-mittaukset ovat yksi käytetyimmistä toimintakyvyn arviointimenetelmistä. Tämäkin jo osoittaa, että toimintakyvyllä on arkielämässä keskeinen asema. Heikentynyt toimintakyky luonnollisesti vaikeuttaa arkiaskareista selviytymistä. Toisaalta toimintakyvyn mittaaminen liittyy olennaisena osana esimerkiksi kuntoutustarpeen ja -tulosten selvittämiseen. Samoin monet sosiaalivakuutuksen etuuspäätökset (eläkkeet, kuljetuspalvelut, laitokseen sijoittaminen jne.) edellyttävät toimintakyvyn arviointia. Lisäksi arkielämän laadun kannalta toimintakyvyn säilymisellä on tärkeä merkitys. Kirjan tässä luvussa tarkastellaan ikäihmisten arkielämää elämäntyylin ja toimintakyvyn näkökulmasta.

### Elämäntyyli arjessa

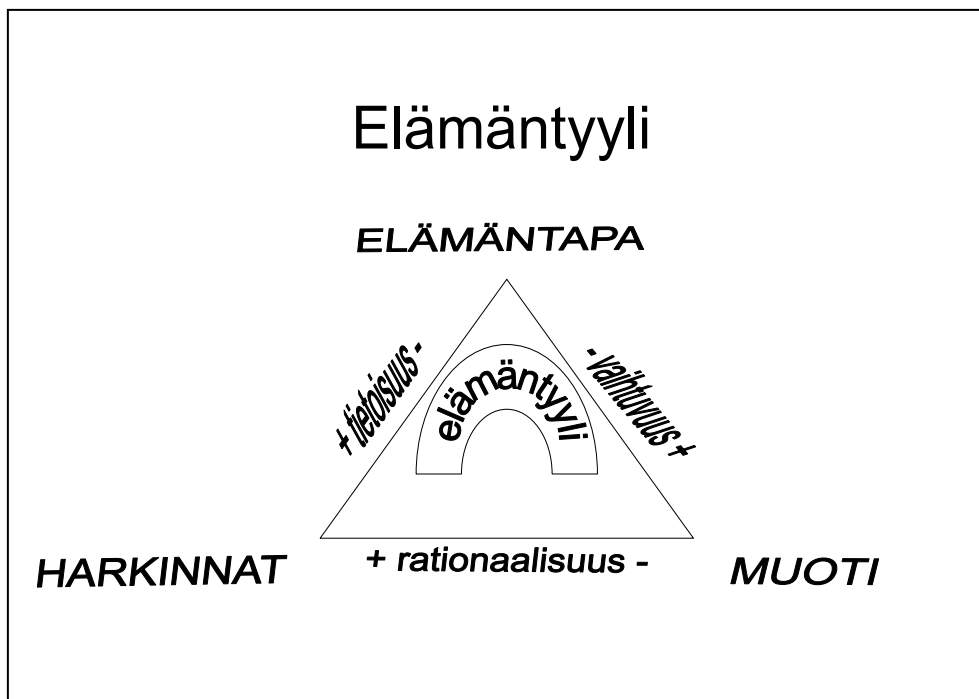
Viime vuosikymmeninä etenkin yhteiskuntatieteiden piirissä on pyritty löytämään käsitteitä, jotka kuvaisivat kokonaisvaltaisesti elämää. Toisin sanoen sitä, miten ihmiset elävät. Usein käytettyjä käsitteitä ovat olleet elämäntapa, elämänmuoto, habitus, elintapa ja elämäntyyli. Elämäntyylikäsitteen juuret ulottuvat Max Weberiin ja 1920-luvulle (We-

ber 1978). Hän määritteli elämäntyylin strategiaksi, jota yksilö käyttää hyödyntäessään yhteiskunnallisen aseman, koulutuksen, traditioiden ja markkinoiden hänelle antamia resursseja ja tilaisuuksia. Weber teki eron käyttäytymisen (life conduct) ja elämän mahdollisuuksien (life chances) välillä. Edellinen viittaa ihmisten elämäntyyliin liittyviin valintoihin, kun taas elämän mahdollisuudet, jotka ovat yhteydessä yhteiskunnan rakenteisiin rajoittavat näitä valintoja. Tämä jako esiintyy myöhemmin monien elämäntyyliä pohtivien sosiologioiden määritelmässä.

Pierre Bourdieun (1986) näkemyksen mukaan elämäntyyli on habituksen tuote, joka ilmenee makujen kautta. Habitus puolestaan on asenteiden ja orientaatioiden järjestelmä, joka ilmentää tietyllä tavalla yhteiskunnallista asemaa. Viime kädessä kysymys on symbolisesta taistelusta eri yhteiskuntaluokkien välillä. Ylä- ja keskiluokka pyrkivät ottamaan etäisyyttä rahvaan tapoihin ja mieltymyksiin. Niinpä näiden yhteiskuntaryhmien maku on usein käänteinen sille, mikä on vallitsevaa kansan syvien rivien keskuudessa.

Vastakohtana Weberin ja Bourdieun näkemykselle, jonka mukaan elämäntyyli koostuu yhteiskunnallisesti ja taloudellisesti määräytyneistä valinnoista, Erik Allardt (1986) korostaa elämäntyylin (tai elämäntavan) olevan yksi kolmesta valintojen determinantista. Muut kaksi ovat harkinta ja muoti. Elämäntyyliin valintojen perustana ovat sisäistyneet rutiinit ja tavat. Elämäntyylin, harkinnan ja muodin välisiä yhteyksiä Allardt kuvaa kolmella ulottuvuudella, jotka ovat rationaalisuus – irrationaalisuus, tietoisuus – tiedostamattomuus ja pysyvyys – vaihtuvuus. Tällöin elämäntyyliin perustuvat valinnat ovat tiedostamattomia ja pysyviä, mutta voivat koostua rationaalisista tai irrationaalisista tavoista.

Antti Karisto ja Riikka Konttinen (2004) ovat modifioineet Allardtin esittämää kolmiokuvioita, jossa kolmion kärkinä ovat harkinnat, elämäntapa ja muoti, sijoittamalla elämäntyylin hevosenkengän muotoisena kolmion sisälle. Kuvio 1 osoittaa, että elämäntyyli on lähelle elämäntavan käsitettä, mutta sillä on yhtymäkohtia myös muotiin ja yksilöllisiin harkintoihin. Elämäntyyli ei ole yhtä pysyvä kuin elämäntapa, vaan siinä on muodeille tyypillistä vaihtuvuutta. Toisaalta elämäntyyli ei ole samalla tavalla tiedostamaton ja sosiaalisten rakenteiden määrittämä kuin elämäntapa. Elämäntyyliin on enemmän vaihtoehtoja. Se on yksilöllisempi käsite kuin elämäntapa.



**Kuvio 1.** *Elämäntyylin käsite (Karisto ja Konttinen 2004).*

Monissa 1990-luvulla esitetyissä elämäntyylin määritelmässä korostetaan yksilön vapautta valita elämäntyyliänsä. Samalla valinnanmahdollisuuksien määrä on lisääntynyt. Ihmisten arkielämän valinnat riippuvat vähemmän yhteiskunnan rakenteiden aiheuttamista rajoitteista kuin ennen. He pystyvät tekemään valintojaan itsenäisemmin kuin aikaisemmat sukupolvet, jotka olivat sidoksissa normeihin ja traditioihin. Tällöin elämäntyyli voidaan yleisesti määritellä toimintamalleiksi, jotka erottavat ihmisiä toisistaan (Veal 1993; Chaney 1996). Silloin elämäntyyliin sisältyy kulutuksen, arjen toiminnan, paikallisuuden ja strategisuuden aineksia, joista muodostuu tyyli- ja orientaatiokokonaisuus. Tähtisen ym. (2002) mukaan elämäntyylin käsite on nousemassa keskeiseen asemaan jälkimodernin ajan ihmisten ja ihmisryhmien elämän tutkimisessa.

Hans Zetterbergin (1977) esittämä luokittelussa, jossa kohdejoukkona oli ruotsalainen aikuisväestö, korostuu arkielämän näkökulma. Se näkyy jo elämäntyyli luokkien nimissä, jotka ovat varsin kuvaavia ja jossain määrin jopa arkipäiväisiä. Luokat muodostettiin niiden vastauksien perusteella, joita tutkittavat antoivat elämän eri alueita koskeviin väittämiin. Näin saatiin yhdeksän luokkaa: työihmiset (24 % vastaajista), koti-ihmiset (24 %), seurapiiri-ihmiset (23 %), kulutusintoilijat (22 %), kulinaristit (10 %), osallistujat (7 %), luonnonystävät (6 %), uskovaiset (5 %) ja kuntoilijat (4 %). Ongelmallista Zetterbergin luokittelussa on, että se ei perustu mihinkään teoreettiseen näkemykseen ja toisaalta luokat ovat päällekkäisiä – kuten yhteenlasketuista prosenttiluvuista käy hyvin ilmi. Sama henkilö saattoi siis kuulua useampaan luokkaan. Lisäksi noin 30 % jäi muodostettujen luokkien ulkopuolelle. Heitä ei kyetty sijoittamaan järkevästi mihinkään yhdeksästä elämäntyylytyypistä.

Sosiaaligerontologiassa elämäntyylin käsitettä on lähestytty kahdesta näkökulmasta. On pyritty rakentamaan erilaisia luokitteluja, joihin tietyn tyyppisen elämäntyylin omaavat



henkilöt voitaisiin sijoittaa. Toisessa lähestymistavassa elämäntyyli on ymmärretty koavaksi käsitteeksi, joka yhdistää erilaisia toimintoja ja tapoja.

Elämäntyylin luokkien muodostaminen voi perustua rakenteeseen (Lowenthal ym. 1976) tai sisältöön (Maas ja Kyupers 1977). Edellisessä tavassa elämäntyylin tyypit on muodostettu taulukoimalla ristiin sosiaalisten roolien määrä (paljon/vähän) ja niiden laajuus (laaja/kapea-alainen). Näin saadaan neljä tyyppiä: ”monipuolinen”, ”kohdistunut”, ”hajanainen” ja ”rajoittunut”. ”Monipuolisessa elämäntyyliissä” rooleja on paljon ja ne ovat laaja-alaisia, kun taas vastakkaisessa ”rajoittuneessa elämäntyyliissä” on vain vähän ja kapea-alaisia rooleja. ”Kohdistuneessa elämäntyyliissä” rooleja on vähän, mutta ne ovat laaja-alaisia. ”Hajanaiseen elämäntyyliin” kuuluu taas runsaasti kapea-alaisia rooleja.

Jälkimmäisessä sisältöön perustuvassa luokittelussa elämäntyyli ilmenee toimintana elämän eri areenoilla. Niitä ovat koti ja vierailut, työ ja vapaa-aika, avioliitto, vanhemmuus, isovanhemmuus, alkuperäinen perhe, ystävyys-suhteet, yhdistykset ja kerhot, kirkko, politiikka, terveydentila ja kuolema. Toimintaa näillä elämän eri areenoilla voidaan kuvata neljän dimension avulla. Ne ovat interaktioaste (vuorovaikutus ihmisten välillä), kiinteysaste (toiminnan merkitys), tyydyttävyyden aste (toiminnan kokeminen) ja muutoksen aste (muutoksen merkityksen kokeminen). Ristiintaulukoimalla areenat ja dimensiot saadaan 48 elämäntyylin kombinaatiota. Useiden erilaisten ryhmittelyjen ja analyysien jälkeen Maas ja Kyupers (1977) päätyivät miehillä neljään ja naisilla viiteen elämäntyyli-tyyppiin.

Toisella tavalla ymmärrettynä elämäntyyli nähdään yksittäisiä toimintoja ja tapoja yhdistävänä käsitteenä. Tällöin elämäntyyliillä tarkoitetaan sitä jokapäiväisten toimintojen oleellisten piirteiden kokonaisuutta, jonka yksilön käyttäytymistavat, valinnat ja kokemukset muodostavat hänen toimiessaan yhteiskunnan jäsenenä (Pohjolainen 1987). Berbalkin ja Hahnin (1980) esittämässä määritelmässä elämäntyyli sisältää käyttäytymistapoja ja kokemuksia, joiden avulla elämän eri alueilla pyritään tyydyttämään tarpeita ja saavuttamaan tiettyjä tavoitteita. Elämäntyyliä määrittäviä tekijöitä ovat elinolot ja niiden muutokset sekä toisaalta subjektiivinen elämän kokeminen Tokarskin (1985) mukaan elämäntyyli koostuu motivaatioista, asenteista, käyttäytymisestä ja kokemuksista. Se näkyy toimintana elämän eri alueilla, joita ovat esimerkiksi työ ja vapaa-aika. Vanhuudessa korostuu vapaa-ajan elämäntyylin merkitys.

## **Terveystottumukset arjessa ja elämäntyylin osana**

Terveystottumukset ovat olennainen osa ikäihmisen arkielämää. Lähes päivittäin hän joutuu tekemään ratkaisuja ravintoon, liikuntaan, alkoholinkäyttöön, tupakointiin tai nukkumiseen liittyvissä asioissa. Nämä päätökset saattavat olla terveyden kannalta hyödyllisiä tai haitallisia. Terveyteen enemmän tai vähemmän kiinteästi liittyvien elintapojen kokonaisuudesta käytetään nimitystä terveyselämäntyyli (health lifestyle). Sen katsotaan koostuvan niistä terveyteen yhteydessä olevista tottumuksista, arvoista ja asenteista, jotka yksilö tai ryhmä on omaksunut toimiessaan tietyssä sosiaalisessa, kulttuurisessa ja taloudellisessa ympäristössä (Pohjolainen 2005).

Terveyselämäntyyli ei ole pelkästään kokoelma erilaisia tapoja ja toimintoja, vaan se on tietty kokonaisuus ja suhteellisen pysyvä käyttäytymismalli (Cockerham ym. 1997; Cockerham 2000). Elämän aikana terveyselämäntyyli muuttuu erilaisten yksilön sisäisten ja ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksesta. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi sairaudet, vanhenemismuutokset, työn vaikutukset, ympäristön muutokset, ihmissuhteet jne. Kysymys on siis elintapojen ja ympäristötekijöiden vaikutuksesta terveyteen.

Terveyselämäntyyli, kuten elämäntyyli yleensä, koostuu objektiivisesta ja subjektiivisesta puolesta (Pohjolainen 1990). Sen objektiivista aluetta luonnehtivat esimerkiksi tupakointi, alkoholinkäyttö, ravitsemus ja liikunta. Kyseessä ovat siis toiminnot, jotka ainakin periaatteessa ovat myös muiden ihmisten havaittavissa. Sen sijaan elämäntyylin subjektiivisesta puolesta, joka koostuu yksilön omista kokemuksista ja tuntemuksista, on välitöntä tietoa vain hänellä itsellään. Elintavat voidaan edelleen luokitella ”välttämättömiin” ja ”valinnaisiin”. Ensin mainittuihin kuuluvat esimerkiksi syöminen, nukkuminen ja liikkuminen. Ne ovat tavallaan elämäntyylin perustoimintoja, joita on ainakin jossain määrin välttämätöntä ”harrastaa”. Kun taas ”valinnaisilla” elämäntyylin osatekijöillä (tupakointi, alkoholinkäyttö, harrastukset) on merkitystä lähinnä elämää ”virkistävänä” tekijöinä.

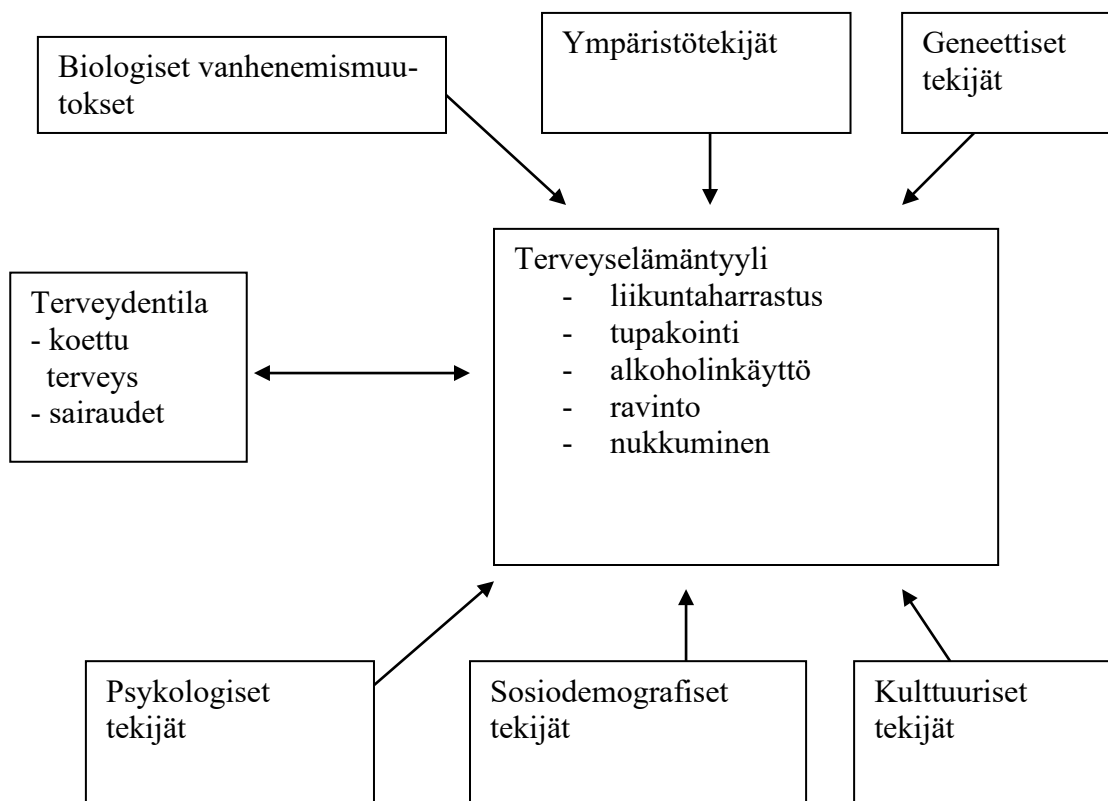
On käyty keskustelua siitä, missä määrin terveyselämäntyyli muotoutuu yksilön omien valintojen ja toisaalta yhteiskunnallisten rakenteiden seurauksena (Cockerham 2000; Elstad 2000; Laaksonen 2002). Valintoihin liittyy vielä tietynlainen kaksijakoisuus. Ne nähdään vastakohtana ulkopuolisille rakennetekijöille, mutta toisaalta tietoiset valinnat ovat vastakohta päivittäisille rutiineille. Cockerhamin (2000) mukaan terveyselämäntyyliä määrittävät myös rakenteelliset tekijät, eikä se perustu pelkästään yksilön valintoihin siitä, polttaako hän tupakkaa, juoko alkoholia tai syökö runsaasti rasvaa sisältävää ravintoa. Rakenteellisiin tekijöihin (life chances) sisältyvät sosioekonomisten ja materiaalisia tekijöiden lisäksi mm. erilaiset muut resurssit, normit, säännöt ja roolit. Valinnat (life choices) ovat niitä käyttäytymis- ja kulutusmalleja, joita yksilö tekee tietyssä tilanteessa ja määrättyjen yhteiskunnallisten ehtojen vallitessa. Sosiaaliset rakenteet muodostavat rajat yksilön valinnoille, joten terveyselämäntyyliin vaikuttavat sekä rakenteet että valinnat.

Elstadin (2000) mukaan yksilöiden välisille eroille terveyskäyttäytymisessä on kaksi selitysmallia. Terveysuskomuksiin perustuvaa mallia nimitetään individuaaliseksi tai kognitiiviseksi malliksi. Sen mukaan yksilöiden terveyskäyttäytyminen on selitettävissä niillä ajatuksilla, käsityksillä ja uskomuksilla, joita ihmisillä on sairauksistaan ja tekijöistä, joiden he uskovat vaikuttavan terveyteen. Näitä ovat esimerkiksi liikunnan, ravinnon, tupakoinnin ja alkoholinkäytön aiheuttamat seuraukset. Kognitiiviseen malliin sisältyy myös näkemys, että ihminen osaa oikealla tavalla käsitellä oireitaan ja käyttää tarvittaessa terveyspalveluja. Mallin perusajatus on, että terveyskäyttäytymisen lähteet ovat yksilössä itsessään hänen tietämyksessään, käsityksissään ja uskomuksissaan. Tässä mallissa keskeistä on, että ihminen itse päättää, mitä elintapoja ja millaisen terveyskäyttäytymisen hän valitsee. Toista selitysmallia Elstad nimittää elämäntyylimalliksi. Sen mukaan ihmiset kyllä tekevät valintoja, mutta nämä valinnat liittyvät aina taloudelliseen, historialliseen, kulttuuriseen ja poliittiseen kontekstiin. Niinpä valintojen mahdollisuus riippuu ihmisten erilaisista resursseista, kokemuksista ja ryhmäjäsenyyksistä,

joten terveystietäytymisessä pitää ottaa huomioon yksilöllisten valintojen lisäksi myös yhteiskunnalliset tekijät.

Kuviossa 2 on esitetty malli, jossa terveyselämäntyyli on keskiössä. Se voidaan nähdä välittäjänä elinolojen, sosiodemografisten tekijöiden, biologisten vanhenemismuutosten ja terveyden välillä. Toisaalta terveyselämäntyyliin vaikuttavat mm. sosiaaliset suhteet ja psykologiset ominaisuudet.

Terveyselämäntyyliä määrittävät monet tekijät alkaen geneettisistä tekijöistä ja päättyen sosiaalisiin taitoihin ja asuinympäristöön liittyviin tekijöihin. Useimpien tekijöiden välillä vaikutussuhde on kaksisuuntainen. Esimerkiksi biologiset vanhenemismuutokset vaikuttavat terveyselämäntyyliin, mutta myös terveyselämäntyyli (esim. ravinto) vaikuttaa vanhenemisprosesseihin. Sama pitää paikkansa terveyselämäntyylin ja terveyden välillä.



**Kuvio 2.** Teoreettinen malli terveyselämäntyyliä määrittävistä tekijöistä.

## Toimintakyky ja arjen askareista selviytyminen

Toimintakyvyn käsite on noussut sekä gerontologisessa tutkimuksessa että käytännön vanhustyössä keskeiseen asemaan. Iäkkäiden henkilöiden määrän suhteellinen ja absoluuttinen kasvu merkitsee yhä lisääntyvää palvelujen tarvetta. Toisaalta itsenäisen kotona asuminen nähdään tärkeänä hyvinvoinnin osatekijänä. Huolimatta sairauksien lisää-

tymisestä suuri osa vanhoista ihmisistä pitää itseään terveenä. Moniin pitkäaikaissairauksiin sopeudutaan ja niitä pidetään normaaliin vanhenemiseen kuuluvina etenkin, jos ne eivät merkittävästi vaikeuta arkiaskareista selviytymistä. Tästä seuraa, että terveyden arvioitiin, varsinkin vanhusväestön keskuudessa, ei riitä pelkästään sairauksien diagnos-tisointi, vaan tarvitaan toimintakyvyn arviointia..

Toimintakyky on mahdollista määritellä monella tavalla. Se voidaan ymmärtää yleistet-tävänä toimintakykynä tai toimintakykynä suhteessa tiettyihin tehtäviin ja tavoitteisiin (Heikkinen 1997). Ensin mainittu lähestymistapa tarkoittaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosi-aalisia valmiuksia mihin tahansa toimintaan, jolloin voidaan kuvata toimintakyvyn eri osa-alueiden vanhenemismuutoksia ja niiden välisiä yhteyksiä sekä selvittää muutosten ennustearvoa elinajan, terveydentilan kehittymisen ja itsenäisen elämän kannalta. Täl-löin toimintakyky nähdään dynaamisena käsitteenä, johon vaikuttaa vanhenemismuu-tosten ja sairauksien lisäksi myös se, miten toimintakykyä kehitetään ja ylläpidetään (Heikkinen 2000). Jälkimmäisellä lähestymistavalla taas ymmärretään esimerkiksi iäk-kään henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä askareistaan, jotka voidaan jakaa vielä *päi-vittäisiin perustoimintoihin* (physical activities of daily living, PADL) ja toisaalta *ky-kyyn hoitaa erilaisia asioita* (instrumental activities of daily living, IADL). PADL-toimintoja ovat esimerkiksi syöminen, pukeutuminen, peseytyminen, liikkuminen sisäl-lä, liikkuminen ulkona ja WC:ssä käyminen. IADL-toimintoja taas esimerkiksi lää-keiden itsenäinen käyttö, puhelimen käyttö, ruuanvalmistus, raha-asoiden hoito ja pyy-kin pesu.

Arkielämässä toimintakyky näkyy esimerkiksi työkykynä, aktiivisuutena harrastuksissa ja selviytymisenä arkipäivän askareista. Ympäristön asettamat vaatimukset toimintaky-vylle ovat erilaiset riippuen siitä, asuuko henkilö maalla vai kaupungissa, omakotitalos-sa vai kerrostalossa, palvelutalossa vai vanhainkodissa. Päivittäisistä perustoiminnoista (PADL) selviytyminen vaatii ennen muuta fyysistä toimintakykyä, kun taas asioiden hoitaminen ja kodin ulkopuoliset askareet, kuten kaupassa käynti ja pankkiasioista huo-lehtiminen eli ns. IADL-toiminnot edellyttävät myös psyykkistä ja sosiaalista toiminta-kykyä (Laukkanen 2003). Viimeksi mainitut toiminnot ovat kulttuuri- ja sukupuoli-sidonnaisempia kuin päivittäiset perustoiminnot (PADL) (Verbrugge ja Jette 1994). Puhutaan sosiaalilääketieteellisestä kriisikynnyksestä, kun vaikeuksia ilmaantuu asioi-den hoitamisessa (IADL-toiminnot). Kotona asuminen on taas uhattuna, kun päivittäiset perustoiminnot eivät enää onnistu.

WHO:n esittämän *ICF-luokituksen* mukaan yksilön toimintakyky määräytyy kontekstu-aalisten (ympäristö- ja yksilötekijöiden) tekijöiden ja yksilön terveydentilan välisenä vuorovaikutuksena (Stakes 2004). Vuorovaikutus on kaksisuuntaista: terveydentila (häi-riö tai tauti) vaikuttaa toimintakykyyn, mutta myös päinvastoin. Mallin mukaan ympä-ristötekijöitä ovat esimerkiksi yhteiskunnan asenteet tai arkkitehtoniset ratkaisut. Yksi-lötekijöitä taas ovat mm. ikä, sukupuoli ja sosioekonominen asema.

Kulttuuriset tekijät puolestaan vaikuttavat siihen, millaisia arvoja ja merkityksiä toimin-takyvyn eri osa-alueet saavat. Hyvä toimintakyky siis merkitsee hyvää suoriutumista tavanomaisista tehtävistä (Aromaa ym. 2005). Toimintakyky on suhteellinen ilmiö, joka eri olosuhteissa on erilainen. Sitä voidaan korjata ja korvata erilaisin keinoin. Kysymys on siis siitä, miten hyvin yksilö suoriutuu omien odotustensa ja yhteisön tai ympäristön

asettamista vaatimuksista. Keskeistä toimintakyvyn arvioinnissa on myös ihmisen oma käsitys siitä. Esimerkiksi ikääntyneen ihmisen itsearviointi omista toiminnoista antaa tietoa, joka jää tavoittamatta objektiivisilla mittauksilla. Usein toimintakyvyn määrittelyssä korostetaan sen kokonaisvaltaisuutta ja toisaalta osa-alueita: fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

*Fyysisellä toimintakyvyllä* ymmärretään elimistön toiminnallista kykyä selviytyä sille asetetuista fyysistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Edellä esitetyn ICF-luokituksen perusteella fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä niissä ilmenevät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat (Stakes 2004). Fyysisen toimintakyvyn kannalta olennaista on millaisia muutoksia tapahtuu hengitys- ja verenkiertoelimistössä, tuki- ja liikuntaelimistössä – ennen muuta lihas- ja luukudoksessa sekä nivelten liikkuvuudessa.

*Psyykinen toimintakyky* voidaan määritellä kyvyksi suoriutua erilaisista älyllisistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä (Ruoppila ja Suutama 1994). Käsitteeseen liittyy keskeisesti älykkyyden ja kognitiivisten eli tiedollisten toimintojen näkökulma. Kognitiiviset toiminnot muodostavat psyykkisen toimintakyvyn käsitteen keskeisimmän alueen (Suutama ym. 1992). Kognitiivisia toimintoja ovat havaintotoiminnot, psykomotoriset toiminnot, tarkkaavuus, ajan ja tilan hahmottaminen, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus sekä muistaminen ja oppiminen. Monimutkaisemmat kognitiiviset toiminnot kuten ajattelu, suunnittelu, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko rakentuvat näiden toimintojen varaan.

*Sosiaalisen toimintakyvyn* määrittely on osoittautunut monella tavalla ongelmalliseksi. Se on osittain päällekkäinen psyykkisen toimintakyvyn kanssa ja sitä on vaikea arvioida (Laukkanen 2003). Yleistäen voidaan sanoa, että sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa toimimista tarkoituksen mukaisella tavalla ihmissuhteissa, yhteisössä ja yhteiskunnassa (Harre 1983). Sosiaalinen toimintakyky edellyttää siis aina yhteisöä ja yksilön kykyä toimia yhteisössä, ja se on sidoksissa kulttuuriin ja historialliseen aikaan (Heikkinen 1990). Sosiaalisen toimintakyvyn osalta ei ole olemassa yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, vaan siitä on olemassa useita malleja ja teorioita. Rissasen (1999) mukaan sosiaaliseen toimintakykyyn voidaan katsoa sisältyvän sosiaaliset kontaktit, ajankäyttö ja harrastukset. Toisaalta sosiaalisessa toimintakyvyssä on keskeistä yksilön ja yhteisön välinen vuorovaikutus. Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä yhteiskuntaan sopeutumisen, sosiaalisten resurssien tai sosiaalisten roolien näkökulmasta (Hervonen ja Pohjolainen 1991). Sosiaalisia resursseja ovat esimerkiksi ystävyys- ja perhesuhteet, sosiaaliset kontaktit, tulot, terveys, koulutus, ajankäyttö ja harrastukset. Yksilön ominaisuutena sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa kykyä suoriutua sosiaalisesta vuorovaikutustilanteesta (Vilkkumaa 1998). Suoriutumisajatteluun liittyy myös rooliteoreettinen lähestymistapa, jolloin kysymys on siitä, miten hyvin yksilö pystyy ylläpitämään tärkeimpiä sosiaalisia roolejaan. Sosiaalityössä sosiaalinen toimintakyky ymmärretään ihmisen kykenä selviytyä arkipäivän välttämättömistä toiminnoista, vuorovaikutussuhteista ja rooleista omassa toimintaympäristössään (Stakes 2004).

Laajimmillaan toimintakyvyn arviointiin pitäisi siis sisältyä arviointi- ja mittausmenetelmiä kaikilta kolmelta (fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen) toimintakyvyn osa-

alueelta. Tässä yhteydessä perehdytään tarkemmin vain päivittäistoimintojen (PADL- ja IADL-toiminnot) arviointiin.

## **Päivittäistoimintojen muutokset ja arviointi**

Arkielämän kannalta on merkittävää, miten iäkäs henkilö selviytyy päivittäisistä askareistaan. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen vaatii kykyä kävellä, liikkua portaisissa, nousta tuolista, nostaa taakkoja, juosta ja hölkätä. Nämä taas perustuvat fysiologisiin parametreihin kuten lihasvoimaan, kestävyYTEEN, notkeuteen, tasapainoon ja kehon koostumukseen (Rikli ja Jones 1999). Ikääntymisen myötä päivittäistoiminnot huononevat. Niihin vaikuttavat sairaudet, elämäntapa ja vanheneminen monimutkaisten vuorovaikutusprosessien kautta (Heikkinen 1997) Ympäristökijöiden lisäksi yksilön itselleen asettamat toimintavaatimukset ja erilaiset kompensatiotkeinot samoin kuin ulkopuolisen avun määrä vaikuttavat siihen, kuinka hyvin hän selviytyy arjen toimintaympäristössään.

Yleensä ensin ilmenee vaikeuksia IADL-toiminnoissa ja myöhemmin toimintakyvyn alentuessa myös PADL-toiminnoissa (Laukkanen 1998). Raja IADL- ja PADL-toimintojen välillä ei ole kuitenkaan selvä ja riippuu paljolti siitä, mitä toimintoja edellä mainittuihin kokonaisuuksiin on otettu. IADL-toiminnoista eniten vaikeuksia iäkkäillä henkilöillä on raskaissa kotitöissä, kuten siivoamisessa. Samoin kaupassa käynti ja julkisten liikennevälineiden käyttö aiheuttavat ongelmia. Miehet selviytyvät naisia paremmin IADL-toiminnoista. Poikkeuksia ovat kuitenkin pyykinpesu, ruuanvalmistus ja puhelimen käyttö, jotka näyttävät olevan helpompia naisille kuin miehille. PADL-toiminnoista selvästi eniten vaikeuksia sekä miehillä että naisilla aiheuttaa liikkuminen (sisällä, ulkona ja portaissa). Etenkin ulkona liikkuminen vähenee selvästi iän mukana. Vähiten vaikeuksia aiheuttavia PADL-toimintoja ovat syöminen ja WC-toiminnot.

Päivittäistoimintoja arvioidaan kyselyjen, haastattelujen tai havainnoinnin avulla. Haastattelut voidaan tehdä joko haastatteleamalla tutkittavaa itseään tai tekemällä sijaishaastatteluja, jolloin haastatellaan esimerkiksi omaista tai hoitajaa. Sijaishaastattelua pidetään varsin luotettavana menetelmänä (Laukkanen 1998). Jokaiseen tiedonkeruumenetelmään liittyy kuitenkin sekä hyviä että huonoja puolia. Lomakekysely on nopea, halpa ja suhteellisen helposti toteuttavissa oleva menetelmä. Kyselyllä saadaan arkaluontoisiin asioihin paremmin ja luotettavammin vastauksia kuin haastattelulla. Kyselyn virhelähteet liittyvät kysymysten muotoiluun, järjestykseen, lomakkeen pituuteen tai kysymysten väärinymmärtämiseen. Virheitä kyselyssä aiheuttavat myös tutkittavien erilainen koulutus, kognitiivinen taso ja kulttuuritausta. Haastattelun virhelähteitä ovat puutteellinen tai väärä haastattelutekniikka sekä haastattelijan omat asenteet. Havainnointia voidaan tehdä joidenkin päivittäistoimintojen kuten esimerkiksi syömisestä, pukeutumisen, peseytymisen tai vaikkapa hampaiden harjauksen osalta. Havainnointi on luotettava menetelmä. Se on kuitenkin kallis, hidas, usein hankala tai mahdoton toteuttaa. Lisäksi havainnointi edellyttää koulutetun havainnoijan, erityisiä tutkimusvälineitä ja asumisoloja (esim. laitoshoido). IADL-toimintojen tutkimiseen havainnointia on vaikea soveltaa.

Jonkin verran on tietoa eri menetelmien luotettavuudesta. Suoritustestien ja itsearviointien väliset erot tulevat esille mm. silloin, kun arvioidaan terveyden ja toimintakyvyn suhteen erilaisia ryhmiä (Pohjolainen 1999). Näitä ovat esimerkiksi laitoshoidossa olevat, sairaalasta kotiutettavat, erityyppisissä laitoksissa ja palvelutaloissa asuvat henkilöt, kuntoutuksen tulevat potilaat jne. Sairaalassa olevat potilaat näyttäisivät arvioivan toimintakykynsä paremmaksi kuin mitä se oli sairaanhoitajien tai perheenjäsenten arvioimana (Rubinstein ym. 1984). Sairaalahoidossa olevat yleensä yliarvioivat toimintakykyään, kun taas kotona asuvilla tilanne on päinvastainen (Reuben ym. 1995). Toisessa tutkimuksessa potilaiden oma näkemys toimintakyvystään osui parhaiten kohdalleen. Toiseksi paras arvio oli perheenjäsenillä, kun taas lääkärin arvio oli epäluotettavin (Elam ym. 1989). Miehet yleensä yliarvioivat ja naiset aliarvioivat toimintakykyään. Naiset kertovat mielialaongelmistaan helpommin kuin miehet.

Monissa tutkimuksissa on todettu, että suoritustestit ennustavat itsearviointitestejä (PADL- ja IADL-indeksit) herkemmin toimintakyvyn ja terveydentilan kehittymistä (esim. Kelly-Hayes ym. 1992; Rozzini ym. 1993; Guralnik ym. 1994; Parker ym. 1994). Tämä saattaa viitata siihen, että suoritustestit paljastavat toimintakyvyn heikkenemisen jo ennen kuin se näkyy päivittäisissä toiminnoissa. Joka tapauksessa suoritustestit mittaavat toimintakyvyn eri osa-alueita kuin itsearviointitestit, joten toimintakyvyn arvioinnissa tarvitaan erityyppisiä testejä. Tutkimuksen kohdejoukosta ja tavoitteista riippuu, millaisia testejä ja mittareita käytetään. Erityisesti pitäisi kehittää hyvin vanhoille ja heikkokuntoisille soveltuvia toimintakykymittauksia (Pohjolainen 1999).

Päivittäistoimintojen arvioimiseen on kehitetty lukuisia joukko mittareita. Tässä esitellään niistä muutamia. Katzin työtovereineen (1963) kehittämä ADL-mittari on tietyvästi ensimmäinen tähän tarkoitukseen käytetty arviointimenetelmä. Arvioinnin kohteena ovat kuusi perustoimintoa: syöminen, peseytyminen, pukeutuminen, liikkuminen, WC:ssä käynti ja pidätyskyky. Jokainen toiminto sisältää dikotomisen arvion (selviytyy ilman avustajaa / tarvitsee avustajan). Toimintakyky määritellään sen mukaan, missä toiminnoissa tarvitsee apua. Luokkia on seitsemän (A–G). A tarkoittaa, että tutkittava on riippumaton kaikkien kuuden toiminnon suhteen. G taas merkitsee, että tutkittava tarvitsee apua kaikissa perustoiminnoissa. Myöhemmin mittaria laajennettiin niin, että se soveltuu myös laitoksen ulkopuolelle suuntautuvien toimintojen (IADL-toiminnot) arvioimiseen. Nykyisin PADL- ja IADL-mittareita käytetään paitsi yksilön toimintakyvyn arvioitiin, niin myös väestötason tutkimuksissa, seulonta- ja seuraututkimuksissa, väestöennusteiden laadinnassa sekä epidemiologisissa tutkimuksissa.

Yksinkertainen ja laajasti käytetty arviointimenetelmä on Mahoneyn ja Barthelin kehittämä *Barthelin indeksi* (Mahoney ja Barthel 1965). Se perustuu kymmeneen perustoimintoon ja arvioinnin tekee yleensä ammattihenkilö. Mittari soveltuu hyvin laitoshoidossa olevien toimintakyvyn arviointiin, mutta ei tavoita lieviä toimintakyvyn vajeita. Tunnettu ns. toisen polven toimintakykymittari, johon on otettu mukaan asioiden hoitamiseen liittyviä toimintoja, on Philadelphian Geriatriassa Keskuksessa kehitetty PGC Instrumental Activities of Daily Living -mittari (Lawton ja Brody 1969). Arvioinnin kohteena ovat puhelimen käyttö, kaupassa käynti, ruuanvalmistus, taloustyöt, pyykinpesu, kulkuvälineiden käyttö, lääkityksestä huolehtiminen ja raha-asioiden hoito. Aluksi arviointi tapahtui ammattihenkilöiden toimesta, mutta myöhemmin on käytetty myös tutkittavan itsearviointia. Seuraavassa vaiheessa, 1980-luvulla, kehitettiin moni-

dimensionaalisia, kolmannen polven toimintakykymittareita. Niistä tunnetuimpia olivat Older Americans Resources and Services (OARS) -mittari ja Multidimensional Functional Assessment Questionnaire -mittari (Fillenbaum ja Smyer 1981). Näissä mittareissa arvioinnin kohteena ovat päivittäistoimintojen lisäksi mm. terveydentila, kognitiivinen toimintakyky, sosiaaliset suhteet, psyykinen hyvinvointi, palveluiden käyttö ja elinympäristö. Kysely- tai haastattelulomake sisältää kymmeniä, joskus jopa satoja, kysymyksiä.

Suomessa tunnettuja ja usein käytettyjä mittareita edellä esitettyjen perinteisten PADL- ja IADL-mittareiden lisäksi ovat Joensuu-luokitus, RaVa-indeksi, RAI-mittari ja Itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM, Functional Independence Measure). Joensuu-luokitus on nimensä mukaisesti kehitetty Joensuussa ja perustuu IADL- ja PADL-toimintoihin, muistin arviointiin ja avun tarpeeseen sairaanhoidollisissa toimenpiteissä (Mäkinen 1991). RaVa-indeksi on Turussa kehitetty kyselylomakkeeseen perustuva arviointimenetelmä, jolla selvitetään päivittäistoimintoja, näköä, kuuloa, puhekykyä, muistia, pidätyskykyä ja lääkehoidosta selviytymistä (Rajala ym. 2001). Menetelmää käytetään monien kaupunkien ja kuntien vanhustenhuollossa. Parhaiten se soveltuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien huonokuntoisten vanhusten toimintakyvyn arviointiin. Resident Assessment Instrument (RAI) on tarkoitettu pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien geriatristen potilaiden hoidon ja kuntoutuksen arviointiin (Morris ym. 1990). Menetelmä on alun perin kehitetty Yhdysvalloissa, mutta on nykyisin laajalti käytössä monissa maissa, mm. Suomessa. Pääpaino arvioinnissa on avun tarpeen määrässä. FIM (Functional Independence Measure) -mittari on kehitetty sairaaloita ja kuntoutuslaitoksia varten (Suomen Kuntaliitto 1996). Se on arviointi- ja tiedonkeruujärjestelmä, jolla pyritään osoittamaan vamman haittaavuus ja kuntoutuksen tulokset. Arviointimenetelmään sisältyy 18 toimintakyvyn osa-aluetta. Menetelmän luottavuus on todettu hyväksi ainakin sairaalaloissa. Suomessa sitä käyttävät monet kuntoutuslaitokset sekä käytännön työssä että tutkimustoiminnassa (Laukkanen 2003).

## **Elämäntyyli terveyden ja toimintakyvyn edistäjänä**

Lukuisissa tutkimuksissa on osoitettu monien elämäntyylin osatekijöiden olevan yhteydessä terveyteen ja jopa eliniän pituuteen. Keskeisessä asemassa ovat tällöin ravitsemus, liikunta, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö. Näitä terveyteen liittyviä elämäntyyli-tekijöitä on käytetty sekä sairauksien vaaratekijöinä että vanhenemisen määrittäjinä. Ne ovat usein kumulatiivisia ja yhteydessä ikään, sukupuoleen ja sosioekonomiseen asemaan (Quadagno 1999). Mitä enemmän ns. haitallisia elintapoja on kasaantunut yhteen sitä todennäköisempää on sairastuminen ja eliniän lyheneminen. Kysymys on yhtäältä biologisesta vanhenemisestä johtuvasta elimistön haavoittuvuuden lisääntymisestä toisaalta elinolojen ja elintapojen aiheuttamasta terveysvaarojen kasautumisesta.

On esitetty, että väestöryhmien väliset erot elinajan pituudessa, sairastavuudessa ja toimintakyvyssä selittyisivät paljolti elinolojen ja elintapojen perusteella. Tällöin demografiset ja sosioekonomiset tekijät vaikuttavat sosiaalisten suhteiden, psykologisten ominaisuuksien ja elintapojen kautta vanhenemiseen liittyviin biologisiin muutoksiin ja terveyteen (Seeman ja Grimmins 2001; Heikkinen 2003). Esitetyn mallin mukaisesti fyysinen ja sosiokulttuurinen ympäristö makrotasolla vaikuttavat ihmisten sosioekono-



miseen asemaan. sosiaalisiin suhteisiin, käyttäytymiseen ja psykologiaan ominaisuuksiin. Nämä taas puolestaan vaikuttavat erilaisten biologisten reittien kautta elinajan, terveyden ja toimintakyvyn muutoksiin ikääntymisen myötä. Käyttäytymiseen sisältyvillä elämäntyyllitekkijöillä (liikunta, tupakointi, ravinto) on tässä prosessissa keskeinen merkitys.

Toinen mielenkiintoinen malli on Friedin ym.(2001) esittämä näkemys aliravitsemuksen ja riittämättömän fyysisen aktiivisuuden merkityksestä raihnaisuuden (frailty) kehitymisessä. Kysymyksessä on eräänlainen noidankehä. Krooninen aliravitsemus, johon kuuluvat riittämätön energian ja proteiinien saanti sekä vitamiinien ja hivenaineiden puutos, aiheuttaa negatiivisen energiatasapainon. Se taas saa aikaan yhdessä sairauksien ja vanhenemismuutosten kanssa lihasmassan menetystä, sarkopeniaa. Lihasmassan väheneminen johtaa lepoaineen vaihdunnan, lihasvoiman ja maksimaalisen hapenottokyvyn huononemiseen, jolloin fyysiset toiminnot (esim. kävelynopeus) heikkenevät. Näistä muutoksista on seurauksena toimintakyvyn ja kokonaisenergian kulutuksen vähentyminen, jolloin joudutaan krooniseen aliravitsemustilaan. Tästä syystä erityisesti laitoshoidossa olevien vanhusten riittävä liikunta ja energian saanti on äärimmäisen tärkeää.

Edellä esitetyt mallit osoittavat, että arkielämään oleellisesti liittyvät ravinto ja fyysinen aktiivisuus eri muodoissaan ovat terveyden, toimintakyvyn ja eliniän pituuden kannalta keskeisessä asemassa. Lopuksi tarkastellaan vielä lyhyesti, miten arkielämässä liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä tottumuksia voitaisiin käyttää hyväksi pyrittäessä kohtamaan terveyttä ja toimintakykyä.

Useat tutkimukset osoittavat, että liikunnan suosittelu on ikääntyneelle väestölle perusteltua. Liikunnalla voidaan saavuttaa terveyden kannalta merkittäviä hyötyjä. Kuitenkin vain pieni osa vanhusväestöstä harrastaa liikuntaa tavalla, jonka voidaan katsoa edistävän terveyttä (Pohjolainen 2002). Liikuntasuosituksen pitäisi olla sellaisia, joita iäkäs ihminen haluaa ja pystyy noudattamaan. Liikunnan pitää soveltua muuhun elämänrytmiin. Sopivaa arkiliikuntaa on esimerkiksi asioilla käynti kävellessä, puutarhahoito, lumityöt tai saunapuiden pilkkominen. Liikunta liittyy luonnollisella tavalla moneen harrastukseen kuten sienestykseen, marjastamiseen, kalastukseen tai metsästyksen. Se voi olla myös pelkästään metsässä kävelemistä. Tärkeää on löytää ne liikuntamuodot, jotka ovat itselle mieluisia.

Fyysisen toimintakyvyn kannalta katsottuna olisi hyvä, jos liikuntaharrastukset kehittävät useita kunnon osa-alueita, kuten voimaa, kestävyyttä, notkeutta ja tasapainoa. Taulukoon 2 on kerätty vanhoille ihmisille soveltuvia liikuntamuotoja ja päivittäisiä askareita fyysisen kunnon eri osa-alueilta (Hirvensalo ym. 2003).

**Taulukko 2.** Vanhoille ihmisille soveltuvia liikuntalajeja ja arkiaskareita fyysisen kunnon eri osa-alueilta.

---

Kestävyys (sydämen ja verenkiertoelimistön kunto)

- kävely, sauvakävely
- uinti, vesijumppa
- tanssi
- soutu
- potkukelkkailu
- hiihto
- pyöräily
- patikointi
- hölkkä

Notkeus ja nivelten liikkuvuus

- venyttely
- marjastus ja sienestys
- puutarhanhoito, pihatyöt
- lattianpesu
- imurointi
- tanssi
- taiji
- golf
- jooga
- keilailu

Voima- ja tasapainoharjoittelu (lihaskunto)

- painojen tai painavien tavaroiden nostelu
  - pyykkien vieminen narulle
  - ruokaostosten kantaminen
  - portaiden nousu
  - punnerrukset seinää vasten
  - kuntosaliharjoittelu
  - puiden pilkkominen
  - istumasta ylös nousu useita kertoja peräkkäin
- 

Vanhojen ihmisten liikunnassa pitäisi noudattaa seuraavia periaatteita (Vuori 2005). Lihaskuntoharjoituksia tulisi olla kahdesti viikossa joko kuntosaliharjoittelua tai kotivoimistelua. Luuston kuntoa harjoitetaan ja ylläpidetään ns. luuliikunnalla. Se tarkoittaa painoa kannattavaa ja voimaa vaativaa monipuolista liikuntaa. Sopivia lajeja ovat esimerkiksi tanssi, tennikset, pallopelit, lihasvoimaharjoittelu ja voimistelu. Sen sijaan esimerkiksi uinti on huono ”luuliikuntalaji”, koska siinä ei ruumiin paino kuormita pitkiä luita. Erityisen tärkeää luustoon kohdistuva liikunta on iäkkäille naisille. Venyttelyä ja nivelten liikkuvuutta lisääviä harjoitteita pitäisi olla päivittäin, vaikkapa vain lyhyinä

jaksoina. Tasapainoharjoittelua (esim. eri suuntiin kävelyä, käännoiksiä, varpailla kävelyä) tulisi olla useana päivänä viikossa. Kävelyä tai muuta hengitys- ja verenkiertoelimestöä kuormittavaa kestävyystyyppistä liikuntaa pitäisi harjoittaa – terveydentilan niin salliessa – vähintään 30 minuuttia päivittäin. Päivän annoksen voi pilkkoa 10 – 15 minuutin jaksoihin.

Iäkkäiden ihmisten liikunnan edistämisen mahdollisuuksia lisää se, että lähes kaikki vanhat ihmiset ymmärtävät liikunnan merkityksen omien tuntemustensa ja havaintojensa perusteella sekä ovat motivoituneita harrastamaan liikuntaa. Toisaalta heidän liikuntaharrastustaan rajoittavat monet yksilökohtaiset tai ympäristöön liittyvät tekijät (Vuori 2005). Henkilökohtaisia syitä ovat mm. huono terveys, lihavuus, taitojen ja kokemuksen puute, kiinnostuksen puute sekä yksinäisyys tai seuran ja tuen puute. Ympäristötekijöitä taas ovat liikuntapaikkojen puute, huono saavutettavuus tai sopivuus sekä puutteellinen tieto liikuntapaikoista ja niiden käytöstä. Lisäksi liukkaus, lumi, kylmä ja huono valaistus ovat tekijöitä, jotka hankaloittavat liikunnan harrastamista. Edellä mainittuihin tekijöihin voidaan riittävästi vaikuttaa vasta pitkän ajan kuluessa. Esteiden poistaminen vaatii erilaisia keinoja ja monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä.

Ruoka ja ruokailu ovat iäkkään ihmisen arkipäivän keskeisimpiä asioita. Ruoka tyydyttää hänen ravinnon tarpeensa, mutta sen hankkiminen ja valmistaminen rytmittävät päivää ja aktivoivat liikkumaan. Ruokailutapahtuman pitää olla viihtyisä ja kiireetön. Etenkin laitoshoidossa ruokailun järjestämiseen on kiinnitettävä erityisesti huomiota. Ruoan tärkeimmät ominaisuudet ovat sen maku ja rakenne (Suominen 2003). Se ei saa olla liian sitkeää tai kovaa. Oikea annoskoko, sopiva lämpötila ja herkullinen ulkonäkö lisäävät ruoan houkuttelevuutta. Ikäihmisten suosikkiruokia ovat perinteiset kotiruokat, kuten liha- ja kalakeitto, sianlihakastike, lihapullat, erilaiset kalaruoat ja laatikot.

Vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvilla energian tarve on pienempi kuin nuoremmilla. Tämä johtuu paljolti siitä, että fyysinen aktiivisuus on vähentynyt. Vitamiinien ja kivennäisainesten tarve ei pienene, vaikka energian tarve vähenee. Tästä syystä ruoan laatuun pitää kiinnittää huomiota. Ikäihminen tarvitsee runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä jonkin verran proteiinia. Iän myötä ruoan psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää tuottava merkitys korostuu (Suominen 2003). Ruokailutapahtumat ovat usean ikäihmisen arkipäivässä kohokohtia.

Tässä yhteydessä on otettu tarkastelun kohteeksi kaksi terveyselämäntyylin osa-aluetta, mutta samalla tavalla voidaan antaa suosituksia myös muille alueille (esim. tupakointi tai alkoholinkäyttö). Lisäksi on muistettava, että terveyselämäntyyli on kokonaisuus, jossa osa-alueet kytkeytyvät toisiinsa joko kumulatiivisesti haittavaikutuksia lisäten (esim. tupakointi ja alkoholinkäyttö) tai toisiaan kompensoiden (esim. alkoholinkäyttö ja liikunta).

## **Yhteenveto**

Erilaisilla tavoilla ja tottumuksilla on keskeinen merkitys iäkkään ihmisen arkielämässä. Päivittäin hän joutuu tekemään ratkaisuja mm. ruokailuun, liikuntaan ja alkoholinkäyttöön liittyvissä asioissa. Nämä päätökset ovat yleensä terveyden kannalta hyödyllisiä tai haitallisia. Niinpä terveyteen liittyvistä elintapojen kokonaisuudesta käytetään nimitystä terveyselämäntyyli. Se koostuu objektiivisesta ja subjektiivisesta puolesta. Terveyselämäntyylin objektiivista aluetta luonnehtivat esimerkiksi tupakointi, alkoholinkäyttö, ravitsemus ja liikunta. Kyseessä ovat siis toiminnot, jotka ainakin periaatteessa ovat myös muiden ihmisten havaittavissa. Terveyselämäntyylin subjektiivista aluetta edustavat esimerkiksi henkilön kokemukset ja tuntemukset ja näistä vain hänellä itsellään on tietoa.

Terveyselämäntyylin osa-alueet voidaan myös luokitella ”välttämättömiin” ja ”valinnaisiin” toimintoihin. Ensin mainittuihin kuuluvat esimerkiksi syöminen, nukkuminen ja liikkuminen. Ne ovat tavallaan elämäntyylin perustoimintoja, joita on ainakin jossain määrin välttämätöntä ”harrastaa”. Kun taas ”valinnaisilla” elämäntyylin osatekijöillä (tupakointi, alkoholinkäyttö) on merkitystä ennen muuta arkielämää stimuloivina tekijöinä.

Etenkin tutkimuksen piirissä on käyty paljon keskustelua siitä, missä määrin terveyselämäntyyli muotoutuu yksilön omien valintojen seurauksena, ja toisaalta, miten siihen vaikuttavat yhteiskunnalliset rakenteet. Valinnoilla tarkoitetaan, niitä käyttäytymis- ja kulutusmalleja, joita yksilö tekee tietyssä tilanteessa ja määrättyjen yhteiskunnallisten ehtojen vallitessa. Yhteiskunnallisiin rakenteisiin taas katsotaan sosioekonomisten ja materiaalisia tekijöiden lisäksi kuuluvan myös monet muut resurssit, normit, säännöt ja roolit. Sosiaaliset rakenteet muodostavat rajat yksilön valinnoille, joten terveyselämäntyyliin vaikuttavat sekä rakenteet että valinnat.

Toimintakyky voidaan ymmärtää yleistettävänä toimintakykenä tai toimintakykenä suhteessa tiettyihin tehtäviin ja tavoitteisiin. Ensin mainittu lähestymistapa tarkoittaa fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia valmiuksia mihin tahansa toimintaan. Tällöin toimintakyky nähdään dynaamisena käsitteenä, johon vaikuttaa vanhenemismuutosten ja sairauksien lisäksi myös se, miten toimintakykyä kehitetään ja ylläpidetään. Jälkimmäisellä lähestymistavalla taas ymmärretään esimerkiksi iäkkään henkilön kykyä selviytyä päivittäisistä askareistaan. Arkielämässä toimintakyky näkyy esimerkiksi työkykenä, aktiivisuutena harrastuksissa ja selviytymisenä jokapäiväisistä askareista. Ympäristön asettamat vaatimukset toimintakyvylle ovat erilaiset riippuen siitä, asuuko iäkäs henkilö maalla vai kaupungissa, omakotitalossa vai kerrostalossa, palvelutalossa vai vanhainkodissa. Kotona asuminen on uhattuna, kun päivittäiset perustoiminnot eivät enää onnistu. Kulttuuriset tekijät puolestaan vaikuttavat siihen, millaisia arvoja ja merkityksiä toimintakyvyn eri osa-alueet saavat. Toimintakyky on suhteellinen ilmiö, joka eri olosuhteissa on erilainen. Sitä voidaan korjata ja korvata erilaisin keinoin. Keskeistä toimintakyvyn arvioinnissa on myös ihmisen oma käsitys siitä. Esimerkiksi ikääntyneen ihmisen itsearviointi omista toiminnoistaan antaa tietoa, joka jää tavoittamatta objektiivisilla mittauksilla. Usein toimintakyvyn määrittelyssä korostetaan sen kokonaisvaltaisuutta ja toisaalta osa-alueita: fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä.

Ikäihmisen arkielämään liittyvät oleellisesti ravinto ja fyysinen aktiivisuus. Ne ovat terveyden, toimintakyvyn ja eliniän pituuden kannalta keskeisessä asemassa. Tutkimuk-

set osoittavat, että liikunnan suosittelu ikääntyneelle väestölle on perusteltua. Liikunnalla voidaan saavuttaa terveyden kannalta merkittäviä hyötyjä. Iäkkäiden ihmisten liikunnan edistämisen mahdollisuuksia lisää se, että lähes kaikki vanhat ihmiset ymmärtävät liikunnan merkityksen omien tuntemustensa ja havaintojensa perusteella sekä ovat motivoituneita harrastamaan liikuntaa. Toisaalta heidän liikuntaharrastustaan rajoittavat monet yksilökohtaiset tai ympäristöön liittyvät tekijät. Liikuntaa vaikeuttavien esteiden poistaminen vaatii erilaisia keinoja ja monien tahojen pitkäjänteistä yhteistyötä.

Ruoka ja ruokailu kuuluvat keskeisenä asiana iäkkään ihmisen arkeen. Ruoka tyydyttää hänen ravinnon tarpeensa, mutta sen hankkiminen ja valmistaminen rytmittävät päivää ja aktivoivat liikkumaan. Ruokailutapahtuman pitää olla viihtyisä ja kiireetön. Etenkin laitoshoidossa ruokailun järjestämiseen on kiinnitettävä erityisesti huomiota. Vanhoilla ihmisillä energian tarve on pienempi kuin nuoremmilla, joten ruoan laatuun pitää kiinnittää erityistä huomiota. Ikäihminen tarvitsee runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita sekä jonkin verran proteiinia. Iän myötä ruoan psyykkistä ja sosiaalista mielihyvää tuottava merkitys korostuu. Ruokailutapahtumat ovat monen ikäihmisen arkipäivässä kohokohtia.

Tässä esityksessä mielenkiinnon kohteena oli kaksi terveyselämäntyylin osa-aluetta: liikunta ja ravitsemus. On kuitenkin syytä muistaa, että terveyselämäntyyli on kokonaisuus, joka koostuu useista osa-alueista. Ne ovat vuorovaikutuksessa keskenään joko kumulatiivisesti terveyshaittoja lisäten tai toisiaan kompensoiden.

## **Pohdittavia kysymyksiä**

- Miten arkielämässä voidaan edistää terveyselämäntyyliin liittyviä asioita?
- Mitä asioita pitää nostaa esille terveyselämäntyylin eri osa-alueilla?
- Millaisia vaikeuksia arkielämässä ilmenee toimintakyvyn eri alueilla ja miten niistä selvittää?
- Millaisia tukiohjelmiä pitäisi kehittää toimintakyvyn edistämiseksi?
- Miten voidaan kartoittaa toimintakyvyn heikentymistä sen eri osa-alueilla?

## Lähteet

- Allardt E. Elämäntapa, harkinta ja muoti ihmisen valintojen perustana. Kirjassa: Kymmenen esseetä elämäntavasta, s. 3–32. Toim. Heikkinen K. Yleisradio, Helsinki 1986.
- Aromaa A, Gould R, Hytti H, ym. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset. Kirjassa: Suomalaisten terveys, s.134–148. Toim. Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, ym. Duodecim, KTL, Stakes, Saarijärvi 2005.
- Berbalk H, Hahn K-D. Lebesstil, psychisch-somatische Anpassung und klinisch-psychologische Intervention. Kirjassa: Klinische Psychologie-Trends in Forschung und Praxis. Toim. Baumann U. Band 3, Stuttgart 1980.
- Bourdieu P. Distinction: a social critique of the judgement of taste. Routledge & Kegan Paul, London 1986.
- Chaney D. Lifestyles. Routledge, London and New York 1996.
- Cockerham W C, Rutten A, Abel T. Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber. *The Sociological Quarterly* 38: 321–342, 1997.
- Cockerham W C. Health lifestyles in Russia. *Soc Sci Med* 51: 1313–1324, 2000.
- Elam J T, Beaver T, El Derwi D. Comparison of sources of functional report with observed functional ability of frail older persons. *The Gerontologist* 29 (Supplementum), 308 A, 1989.
- Elstad J I. Social inequalities in health and their explanation. NOVA Rapport 9/00, Oslo 2000.
- Fillenbaum G G, Smyer M A. The development, validity, and reliability of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. *Journal of Gerontology* 36: 428–434, 1981.
- Fried P L, Tangen C M, Walston J, ym. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *J. Gerontol: Medical Sciences* 56A, M146–M156, 2001.
- Guralnik J M, Simonsick M E, Ferrucci L, ym. A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 49(2): M85–94, 1994.
- Harre R. Personal being a theory for individual psychology. Basil Blackwell, Oxford 1983.
- Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten terveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Kirjassa: Ikääntyminen ja liikunta, s. 1–16. Toim. Era P. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108, LIKES, Jyväskylä 1997.
- Heikkinen E. Terve vanheneminen – utopia vai realistinen mahdollisuus? Kirjassa: Suomalainen elämäntapa, s. 216–234. Toim. Heikkinen E, Tuomi J. Tammi, Vantaa 2000.
- Heikkinen E. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Kirjassa: Gerontologia, s.319–328. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003.
- Heikkinen R-L. Sosiaalinen toimintakyky. Kirjassa: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät projekti osa I, s.45–66. Toim. Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, ym. Sosiaali- ja terveysministeriön suunnitteluosasto, julkaisuja 1990:1, Helsinki 1991.
- Hervonen A, Pohjolainen P. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Lääketieteellinen Oppimateriaalikeskustamo, Tampere 1991.

- Hirvensalo M, Rasinaho M, Rantanen T, ym. Liikunta. Kirjassa: Gerontologia, s. 371–378. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003.
- Karisto A. Valintoja ja mahdollisuuksia – havaintoja ikääntyvien elämäntyyleistä. Kirjassa: Ikääntyvien elämäntyyli, s. 1–9. Toim. Pohjolainen P, Syren I. Oraita 1/2006. Ikäinstituutti, Helsinki 2006.
- Karisto A, Konttinen R. Kotiruokaa, kotikatua, kaukomatkailua. Tutkimus ikääntyvien elämäntyyleistä. Palmenia-kustannus, Helsinki 2004.
- Katz S, Ford A, Moskowitz R, ym. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of the American Medical Association* 185: 914–919, 1963.
- Kelly-Hayes M, Jette A, Wolf P A, ym. Functional limitations and disability among elders in the Framingham Study. *American Journal of Public Health* 82: 841–845, 1992.
- Laaksonen M. Interrelationships among daily health behaviours: towards health-related lifestyle. Publications of the National Health Institute A6/2002, Helsinki 2002.
- Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. *Studies in sport, physical education and health* 56, Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998.
- Laukkanen P. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Kirjassa: Gerontologia, s. 287–300. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003.
- Lawton P M, Brody E M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 9: 179–186, 1969.
- Lowenthal M F, Thurnher M, Chiriboga D. Four stages of life. A comparative study of women and men facing transitions. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1976.
- Maas H S, Kuypers J A. From thirty to seventy. Jossey-Bass Publishers, San Francisco 1976.
- Mahoney F I, Barthel D E. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal* 14: 61–65, 1965.
- Morris J N, Haves C, Fries B E, ym. Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *The Gerontologist* 30: 293–307, 1990.
- Mäkinen E. Classifying disability in supervised out-patient care. A comparative study with Joensuu classification and four other methods. Helsingin yliopiston yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, Helsinki 1991.
- Parker M G, Thorslund M, Lundberg O. Physical function and social class among Swedish oldest old. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 49(4): S196–201, 1994.
- Pohjolainen P. Elämäntapa ja elämäntyyli vanhuudessa. Kirjassa: Vanhuus Suomessa, s.107–129. Toim. Ruth J-E, Heikkinen E. Weilin+Göös, Espoo 1983.
- Pohjolainen P. Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71–75-vuotiailla miehillä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 23, University of Jyväskylä, Jyväskylä 1987.
- Pohjolainen P. Elämäntapa ja elämäntyyli. Kirjassa: Vanheneminen ja elämäntyyli. Sosiaaligerontologian perusteita, s. 135–161. Toim. Pohjolainen P, Jylhä M. Weilin+Göös, Mänttä 1990.
- Pohjolainen P. Suoritus-testit ja itsearviointi ikääntyneiden toimintakyvyn mittaamisessa. *Gerontologia* 13(4): 209–217, 1999.

- Pohjolainen P. Miksi iäkkäät ihmiset eivät harrasta liikuntaa. Kirjassa: Ikääntyvien terveystoiminnan suunnatavuus, s. 8–13. Toim. Karvinen E, Syren I. Oraita 4/2002, Ikäinstituutti, Helsinki 2002.
- Pohjolainen P. Terveys, toimintakyky ja terveyselämäntyyli kahdessa maaseutukunnassa. Iästä 55 - projekti. Raportteja 2/2005, Ikäinstituutti, Helsinki 2005.
- Quadagno J. *Aging and the Life Course. An Introduction to Social Gerontology*. McGraw-Hill Collage, Boston 1999.
- Rajala T, Lahtinen Y, Paunio P. Suurten kaupunkien toinen RAVA-tutkimus: vanhuksen toimintakyky ja avuntarve. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2001.
- Reuben D B, Valle L A, Hayes R D, ym. Measuring physical function in community-dwelling older persons: A comparison of self-administered, interviewer-administered, and performance-based measures. *Journal of American Geriatrics Society* 43: 17–23, 1995.
- Rikli R E, Jones C J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *Journal of Aging and Physical Activity* 7: 129–161, 1999.
- Rissanen L. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalveluiden koettu tarve. *Acta Universitatis Ouluensis, Medica D 560*, Oulun yliopisto, Oulu 1999.
- Rozzini R, Frisoni G B, Bianchetti A, ym. Physical performance test and activities of daily living scales in the assessment of health status in the elderly people. *Journal of American Geriatrics Society* 41: 1109–1113, 1993.
- Rubenstein L V, Schairer C, Wieland D, ym. Systematic biases in functional status assessment of elderly adults: effects of different data sources. *Journal of Gerontology* 39: 686–691, 1984.
- Ruoppila I, Suutama T. Psykkisen toimintakyvyn muutokset vanhetessa. Kirjassa: Ikääntyminen ja työ, s. 58–75. Toim. Kuusinen J, Heikkinen E, Huuhtanen P, ym. WSOY – Työterveyslaitos, Juva 1994.
- Seeman T E, Grimmins E: Social and Environmental Effects on Health and Aging. *Annals New York Academy of Sciences* 954: 88–117, 2001.
- Stakes. ICF Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (WHO), Stakesin kääntämä suomenkielinen versio, Jyväskylä 2004.
- Suomen Kuntaliitto. Itsenäisen toimintakyvyn mittari (FIM). Versio 3.1. Opas kuntoutuksen seuranta ja arviointijärjestelmään. Helsinki 1996.
- Suominen M. Ravitsemus vanhenemisen tukena. Kirjassa: *Gerontologia*, s. 379–394. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Duodecim, Tampere 2003.
- Suutama T, Ruoppila I, Kuikka P. Kognitiivisten toimintojen arviointi. Kirjassa: Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikävihreät projekti. Osa II, s. 83–110. Toim. Heikkinen R-L, Suutama T. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:10. Helsinki 1992
- Tokarski W. Freizeitstile im Alter: Über die Notwendigkeit und Möglichkeiten einer Analyse der Freizeit Älterer. *Zeitschrift für Gerontologie* 18: 72–75, 1985.
- Tähtinen J, Rinne R, Nupponen H, ym. Liikuntakulttuurin muutos ja elämäntyylien eriytyminen. *Liikunta ja tiede* 39(1): 47–55, 2002.
- Veal A J. The concept of lifestyle: a review. *Leisure Studies* 12: 233–52, 1993.



Verbrugge L M, Jette A M. The Disablement Process. Soc Sci Med 18: 1–14, 1994.

Vilkkumaa I. Sosiaalisen taidon metsästys. Lähtökohtia sosiaalisen kyvykkyyden ymmärtämiseen. Kirjassa: Sosiaalinen vuorovaikutus, s. 222–238. Toim. Lahikainen A R, Pirttilä-Backman A. Otava, Keuruu 1998.

Vuori I. Ikääntyvät ja vanhukset. Kirjassa: Terveysliikunta, s. 171–185. Toim. Fogelholm M, Vuori I. Duodecim ja UKK-instituutti, Jyväskylä 2005.

Weber M. Economy and society: an outline of interpretive sociology. University of California Press, Berkeley 1978.

Zetterberg H. Arbete, livsstil och motivation. SAF, Stockholm 1977.

### 3 IKÄIHMISTEN ELÄMÄNLAATU HYVÄNÄ ARKENA

*Anneli Sarvimäki*

#### **Johdanto**

Tämän artikkelin tavoitteena on valaista ikäihmisten arkea elämänlaadun eli elämän ”hyvyyden” näkökulmasta. Ensin pohditaan ikääntymisen heijastumista elämänlaatuun ja avataan elämänlaadun käsitettä ja tutkimustraditiota. Tämän jälkeen pääpaino siirtyy ikäihmisten omiin näkemyksiin hyvästä arjesta.

Ikääntyminen on yksilöllinen prosessi. Jotkut hyvin vanhat ihmiset ovat ikäisekseen terveitä ja toimintakykyisiä, kun taas toiset sairastuvat ja raihnaistuvat suhteellisen nuorina. Yksilöllisistä vaihteluista huolimatta ikääntyminen tuo väijäämättä jossakin vaiheessa mukanaan toimintakyvyn heikkenemistä, kroonisia sairauksia ja haavoittuvuutta (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2004).

Ennalta ehkäisevällä ja kuntouttavalla toiminnalla on suuri merkitys ikäihmisten terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta. Kuten Pertti Pohjolainen toteaa tämän kirjan luvussa 2, myönteinen terveyselämäntyyli auttaa ikäihmisiä ylläpitämään toimintakykyä ja suojaa ennenaikaiselta kuolemalta. Terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ei kuitenkaan ole elämän tarkoitus eikä sillä ole arvoa sinänsä. Maailman terveysjärjestö WHO (1986) on määritellyt terveyden niin, että se on hyvän elämänlaadun voimavara. Tämä tarkoittaa sitä, että hyvä terveys ja toimintakyky auttavat ihmisiä elämään mahdollisimman hyvin – toteuttamaan tavoitteitaan, hyödyntämään omia resurssejaan, nauttimaan ja iloitsemaan. Mutta vaikka hyvä terveys ja toimintakyky ovat hyvän elämänlaadun voimavaroja, ne eivät ole sen välttämättömiä edellytyksiä. Elämä voi olla hyvä – ainakin riittävän hyvä – myös silloin, kun voimat ehtyvät ja sairaus on jäänyt pysyväksi elämänkumppaniksi (Sarvimäki 1998). Useat tutkimukset osoittavatkin, että moni ikäihminen on tyytyväinen elämäänsä, vaikka se keski-ikäisen katsojan näkökulmasta saattaa näyttää sängen rajoittuneelta ja hankalalta (Cohn ja Sugar 1991; Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2000; Bowling 2005; Bergland ja Kirkevold 2006). Tätä on selitetty ns. sopeutumis- ja tasapainoteorioilla, joiden mukaan ikäihminen alentaa tavoitteitaan ja suuntaa toimintaansa eri tavalla, kun hän huomaa, että alkuperäiset tavoitteet eivät ole enää realistisia (Freund ja Baltes 1998; Brandstädter ja Rothermund 2002). Tällä tavalla hän mukautuu tilanteeseen ja pystyy ylläpitämään tasapainoa voimavarojen ja tavoitteiden välillä. Tyytyväisyys elämään saattaa pysyä korkeana, vaikka elämä jatkuu pienemmissä puitteissa. Ikäihmiset pyrkivät myös määrittelemään hyvän elämän ja hyvän terveyden uudella tavalla, jotta ne vastaisivat uutta elämäntilannetta paremmin. Toimintakyvyltään heikentyneen 85-vuotiaan hyvä elämä ei välttämättä ole sama kuin työssä käyvän 45-vuotiaan hyvä elämä.

Elämänlaatua voi ylläpitää välillisesti tukemalla terveyttä ja toimintakykyä. Mutta vaikka terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ovat keskeisiä ikäihmisten hoidossa ja kuntoutuksessa, heikkenemistä ei voida pitkällä tähtäimellä aina estää. Silloin hoidon ja palvelun tehtävänä on ylläpitää mahdollisimman hyvää elämänlaatua terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisestä huolimatta. Jotta tämä olisi mahdollista, pitää olla jonkinlainen käsitys siitä, mitä iäkkään ihmisen elämänlaatu tai hyvä elämä pitää sisällään.

## Elämänlaatu-käsite ja elämänlaadun tutkimus

Ikäihmisten elämänlaatua on tutkittu 1950-luvulta lähtien vaikkakin eri terminologioiden kautta. On tutkittu subjektiivista hyvinvointia ja tyytyväisyyttä elämään sekä mitattu hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia. Termi ”elämänlaatu”, ”quality of life”, vakiinnutti asemansa 1970-luvulla, kun todettiin, että ihmisten kokemukset omasta elämästään eivät välttämättä vastaa todellisia elinoloja. Ihminen, joka eli yltäkylläisyydessä, saattoi olla tyytymätön elämäänsä, kun taas ihminen, joka eli aineellisessa puutteessa saattoi tuntea, että hänen elämänsä oli mielekäs ja hyvä. Tarvittiin siis termi, joka selkeämmin kuin ”elintaso” viittaisi ihmisen omaan arvioon ja kokemukseen elämästään. Tätä varten otettiin käyttöön termi ”elämänlaatu”. (Allardt 1975; Lawton 1991; Nordenfelt 1991)

Elämänlaatua on pitkään tutkittu erilaisten teoreettisten mallien avulla ja mitattu erilaisilla elämänlaatumittareilla. Myös ikäihmisten elämänlaatua tutkittiin 1980- ja 1990-luvulla pääsääntöisesti kvantitatiivisesti mittaamalla hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia. Yleinen ajatusmalli perustui siihen, että hyvinvointi on aineellisten elinolojen, sosio-kulttuurisen ympäristön ja ihmissuhteiden sekä terveyden ja toimintakyvyn ”tuotos”. Tämä ”tuotos” jaettiin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, jota sitten mitattiin eri itsearvioinnin mittareilla (Arnold 1991; Lawton 1991; Bowling ym. 2002). Riippuen teoreettisista lähtökohdista hyvinvoinnilla tarkoitettiin hyvää oloa tai tarpeiden tyydytyksen astetta. Joissakin tutkimuksissa mittausta on täydennetty yleisellä elämäntyytyväisyys- tai elämänlaatukysymyksellä. Tutkimustuloksia on vaikea suoranaisesti verrata toisiinsa, koska kohderyhmien ikärajat vaihtelevat ja eri tutkimuksissa on käytetty eri mittareita. Yleinen kuva kuitenkin on, että ikäihmiset arvioivat hyvinvointinsa ja elämänlaatunsa pääsääntöisesti hyväksi. Joissakin tutkimuksissa elämänlaatu näyttää heikentyvän siirryttäessä korkeimpiin ikäluokkiin (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2000), kun taas toisissa elämänlaatu ei näyttänyt olevan yhteydessä ikään (Bowling ym. 2002; Bowling 2005).

Mallien ja mittareiden käyttöä on viime aikoina alettu arvostella. Yksi arvostelusuunta perustuu siihen, että mittarit jakavat elämänlaadun eri osiin tai lohkoihin, mikä ei välttämättä vastaa ihmisten tapaa kokea omaa elämäänsä. On osoitettu, että ikäihmisten omia kertomuksia ja esimerkkejä hyvästä elämänlaadusta on vaikea ryhmitellä kolmeen tai neljään kategoriaan, koska elämänlaatukokemukset ovat kokonaisvaltaisia (Hendry ja McVittie 2004). Toinen arvostelusuunta perustuu siihen, että vaikka mallit ja mittarit olisivatkin kattavia, ne eivät välttämättä tavoita sitä, mikä iäkkäälle ihmiselle itselleen on hyvä elämä. Onkin esitetty, että termi ”elämänlaatu” on liian teoreettinen ja vastaa huonosti ihmisten elämis- ja kokemismaailmaa – olisi parempi puhua hyvästä elämästä (Nilsson ym. 1998; Nilsson 2000). Näin ollen onkin kehittynyt kvalitatiivinen tutkimussuunta, jossa pyritään lisäämään ymmärrystä siitä, millainen on ikäihmisen hyvä elämä ja mitkä ovat sen lähteet (Bejar ja Christiansson 1995; Bowling ym. 2003; Hautakangas ym. 2006).

## Hyvän elämän ainekset

Ikäinstituutin haastattelututkimuksessa ”Ikäihmisten koettu elämänlaatu” kysyttiin 15:ltä fyysiseltä toimintakyvyltään heikentyneeltä ikäihmiseltä heidän kokemuksistaan elämästä vanhoilla päivillä. Kaikki haastateltavat asuivat palvelutaloissa pääkaupunkiseudulla. Muutama asui yksin palvelutalon vuokra-asunnossa, mutta suurin osa omassa huoneessa tuetussa ryhmäasunnossa. Jere Rajaniemen luvussa 1 olevaan jaotteluun viitaten voidaan sanoa, että he elivät neljännen ja viidennen iän välillä. Miehiä oli viisi ja naisia 10, iältään he olivat 70–96-vuotiaita.<sup>1</sup>

Haastattelut antavat kuvan siitä, millainen hyvä elämä voi olla, kun toimintakyky on jo heikentynyt siinä määrin, että täysin itsenäinen asuminen ei enää onnistu. Kuvauksesta käy ilmi, että hyvää elämää tuottavat monet arkeen liittyvät asiat. Tässä hyvän elämän ainekset on koottu seuraavien teemojen alle: mielenrauha, tarpeellisuuden tunne, tyytyväisyys terveyteen ja toimintakykyyn, yhteys lapsiin ja lastenlapsiin, ystävyys, juttuseura ja seurusteleminen, tekemiset ja arjen rutiinit sekä asuminen.

### Mielenrauha

Hyvä elämä koettiin mielenrauhana. Elämä oli yksinkertaisempaa. Monien koettelemusten jälkeen oli hyvä saada olla yksin, levätä ja nauttia rauhasta. Oltiin kiitollisia ja tyytyväisiä elämäntilanteeseen. Joidenkin kohdalla usko Jumalaan merkitsi turvallisuutta, ei tarvinnut huolehtia huomispäivästä.

Nyt saan vain ajatella niin, että vuodet ovat vierineet ja minä otan asiat rauhallisesti, itsekseni.[...] Jumala huolehtii kaikesta, silloin voi tuntea itsensä turvallisiksi. [...] Minun on hyvä olla, rauhallista ja mukavaa ja lämmintä, ei tarvitse huolehtia huomispäivästä. [...] Kun on aikaisemmin ollut aktiivinen, on mukavaa levätä hieman. (Nainen 82)

Ei elämä koskaan ollut niin monimutkaista, mutta se on muuttunut vielä yksinkertaisemmaksi nyt, kun on vanha. (Nainen 78)

Jonkinlaista mielihyvää tulee siitä, että... että minä oon ja viihdyn itteni kanssa. (Nainen 73)

Hyvää elämää levollisuuden ja rauhan saavuttamisena voidaan ymmärtää Erik H. Eriksonin kehitysteorian sekä Cummingin ja Henryn irtaantumisteorian kautta. Eriksonin teoriassa vanhuus vastaa ihmisen 8. elämänvaihetta. Tämän elämänvaiheen kehitystehävä on epätoivon voittaminen ja eheyden saavuttaminen. Jos ikäänäytyvä henkilö pystyy

---

<sup>1</sup> Haastattelujen pääteemat olivat: Millainen on hyvä elämä? Mitkä seikat tekevät elämästä hyvän/huonon tässä elämänvaiheessa? Millaiset seikat tekivät aikaisemmin elämästä hyvän/huonon? Miltä tulevaisuus näyttää? Haastattelut kestivät noin ½ tunnista kahteen tuntiin. Ne nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto muodostui 1-rivivälillä kirjoitetusta 156:sta tekstisivusta, jotka analysoitiin temaattisella kvalitatiivisella analyysillä. Tässä kirjoituksessa on hyödynnetty niitä tekstiosioita, joissa haastateltavat kertovat tämänhetkisen elämän hyvistä puolista. Kirjoittajan lisäksi haastatteluja toteutti kolme ammattikorkeakoulupöytäkirjoittajaa, jotka tekivät aineistosta opinnäytetöitä.

sisäistämään aikaisemmat elämäkokemuksensa ja muodostamaan elämästään kokonaisuuden, hän eheytyy, mutta jos kokemukset jäävät irrallisiksi ja ikääntyvällä jää tyydyttämätön tunne, seurauksena on epätoivo. Epätoivoinen vanhus on onneton ja tyytymätön, kun taas eheytyneenä on rauhallinen ja seestynyt (Erikson 1997). Irtaantumisteorian mukaan vanhuuden elämänvaiheen tehtävä on kuolemaan valmistautuminen. Ikääntyvä ihminen irtaantuu aikaisemmista rooleista ja tehtävistä, hän irtaantuu aktiivisesta elämäntyylistä ja vetäytyy hiljaisuuteen (Cumming ja Henry 1961). Edellä esitetyt lainaukset kuvaavat hyvää elämää vanhoilla päivillä mielenrauhan saavuttamisena, mikä voidaan tulkita irtaantumiseksi ja eheyden saavuttamiseksi.

## Tarpeellisuuden tunne

Vaikka lepo ja vetäytyminen omiin oloihin tuottivat mielenrauhaa, haastateltavat eivät olleet valmiita luopumaan elämästä. Halu osallistua ja olla hyödyksi muille näkyivät haastatteluissa. Elämä koettiin hyväksi, kun vielä tunsikin itsensä tarpeelliseksi. Ei tarvinnut tehdä ihmeitä, mutta esimerkiksi toisten auttaminen ruokapöydässä, muiden asukkaiden ilahduttaminen ja ystävällisyyden osoittaminen muille toi hyvää mieltä.

Olen käynyt laulamassa täällä osastoilla, ei juuri nyt mutta jonkin aikaa sitten. Olen huomannut, että minua vielä tarvitaan. [...] Että kutsutaan, että tarvitaan, silloin tuntee itsensä vielä arvostetuksi. (Nainen 82)

Ruokapöydässä tunnen itseni arvostetuksi. Sehän on vain pieni seikka, mutta meillä on tuollaisia paperirullia. Ja minä revin ja annan kaikille paperit. Ensin muut ei edes nähny, mutta nyt ne sanoo ”kiitos, kiitos”. Silloin tunnen, että pystyn kuitenkin... niin, että tuntee itsensä arvokkaammaksi jos pystyy olemaan ystävällinen. (Nainen 85)

Ikäihmisten itsekunnioitus, itsetunto ja tarpeellisuuden tunne on myös aikaisemmissa tutkimuksissa nähty tärkeinä elämänlaadun kannalta (Christiansson 1994; Beijar ja Christiansson 1995; Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2000). Toimintakyvyn heikkeneminen saattaa olla uhka iäkkään ihmisen itsekunnioitukselle. Hän joutuu kerta toisensa jälkeen toteamaan, että taas on yksi asia, johon hän ei enää pysty, vaan joutuu pyytämään apua. Hänen minäkuvansa muuttuu kyvykkään ja pätevän ihmisen kuvasta avuttoman ja apua tarvitsevan vanhuksen kuvaksi. Tällainen minäkuvan muutos uhkaa itsetuntoa, jonka heikkeneminen heijastuu koko elämäntilanteeseen. Seurauksena voi olla elämänlaatua haittaava masennus.

Edellä olevat esimerkit osoittavat, että myös toimintakyvyltään heikentyneellä ikäihmisellä saattaa olla alueita, joilla hän vielä tuntee itsensä kyvykkääksi ja tarpeelliseksi. Kyky auttaa ja ilahduttaa muita sekä ystävällisyyden osoittaminen voivat olla omaa itsetuntoa vahvistavia tekijöitä. Jotkut ikäihmiset pystyvät löytämään nämä kyvyt itsestään, jotkut saattavat tarvita siihen tukea.

## Tyytyväisyys terveyteen ja toimintakykyyn

Haastatelluista kukaan ei ollut täysin terve ja kaikkien fyysinen toimintakyky oli ainakin jonkin verran heikentynyt. Siitä huolimatta oltiin yleisesti tyytyväisiä. Hyvä elämä oli sitä, että terveys oli vielä näinkin hyvä, että vielä pystyi näkemään ja kuulemaan, että pystyi kävelemään ja liikkumaan ja että muisti toimi. Elämää paransi vielä se, ettei ollut kipua ja että vatsa toimi hyvin. Hyvä yöuni ei ollut itsestään selvyys, ja elämä näyttikin valoisammalta, kun oli nukkunut yön hyvin.

[Olen onnellinen siitä] että pystyn vielä liikkumaan. Minullahan oli aivoverenvuoto, joka halvaannutti vasemman käden ja jalan. [...] Ja vielä siitä, että kuulen ja näen, minähän luen erittäin paljon. (Mies 79)

[Onni on sitä] että on nukkunut yön hyvin. (Mies 72)

[Olen onnellinen siitä] että mulla on hyvä muisti. Hyvä muisti sillä lailla, että mä muistan mahottoman kaukaa, kaukaa, kaukaa asioita ja mä pidän niistä, että mä muistelen niitä. [...] Sitten sitä ykskaks alkoi sitten sairastella ja sitä sun tätä. Ja mä vaan oikeesti tunnen, että mun pitää olla kiitollinen, et kyllä mä oon aika terve. [...] Niin kauan hienoo kuuluu, kun pääsee kävelemään ja silmät näkee. (Nainen 73)

Tyytyväisyys terveyteen ja toimintakykyyn ilmeni jopa kiitollisuutena, koska hyvä terveys ja toimintakyky eivät olleet tässä elämänvaiheessa itsestäänselvyksiä. Tämä tyytyväisyys ja kiitollisuus, joka näkyy edellä olevissa lainauksissa, on tulkittavissa sopeutumisteorian avulla. Yhdellä haastateltavalla oli ollut aivoverenvuoto, toinen tarvitsi rollaattoria liikkuaan ja kolmas oli sairastellut paljon. Kuitenkin he olivat tyytyväisiä, koska liikkuminen, lukeminen ja muistelemine onnistuivat vielä. Tyytyväisyyden edellytyksenä ei siis ollut se, että olisi ollut täysin terve ja toimintakykyinen, vaan se, että heikkenemisestä huolimatta pystyi vielä toimimaan. Haastateltavat olivat sopeutuneet muuttuneeseen tilanteeseen ja pystyivät siitä huolimatta jatkamaan elämäänsä.

## Yhteydenpito lapsiin ja lastenlapsiin

Koska kaikki haastateltavat paitsi yksi asuivat yksin, kenelläkään heistä ei ollut läheistä suhdetta asuinkumppaniin. Miehistä yksi oli naimisissa, mutta vaimo oli sairauden takia pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tämä ahdistikin miestä kovasti, ja erillään asuminen vaikutti selvästi kielteisesti hänen elämäänsä. Niillä, joilla oli hyvä suhde lapsiin ja lastenlapsiin, jälkeläiset olivat keskeinen hyvän elämän sisältö. Lasten menestyminen oli ylpeyden aihe, lastenlasten käynnit ja puhelinsoitot toivat puhdasta iloa elämään.

Kaikki lapset ja lastenlapset ovat niin kilttejä minulle. [...] Heidän ansioitaan olen nyt niin onnellinen, täysin heidän ansiostaan. [...] He soittavat ja tulevat käymään, ja pääsen heidän kanssaan ulos. Kesällä pääsin maalle. [...] Olen tyytyväinen koska he ovat tyytyväisiä. (Nainen 73)

Mulla on tytär, jolla on kaks poikaa. Ne on niin ihania, nuorempi on niin kiva, hänen täytyy saada puhua mummin kanssa, muuten hän ei nukahda illalla. [...] Soitan tyttärelle joka päivä. Melkein. Se lämmittää. (Nainen 72)

Ei kaikilla oo niin kivoja ja kilttejä [lapsia] kun mun tytär. (Mies 76)

Monet tutkimukset todistavat, kuinka tärkeä perhe on iäkkäälle ihmiselle (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 2000; Bowling ym. 2003; Gabriel ja Bowling 2004). Tämän tutkimuksen haasteltavien lapset ja lastenlapset liittyivät monella tavalla haastateltavien arkeen. Heillä oli ennen kaikkea tärkeä tunnemerkitys. Yhteys heihin kuvataan sellaisilla sanoilla kuin ”lämpö” ja ”onnellisuus”. Eräs haastateltava kehui poikaansa ja totesi, että ”hän ei ikinä jätä minua yksin”. Lapset ja lastenlapset liittyvät haastateltavien arkeen myös sillä tavalla, että he auttoivat käytännön asioiden hoitamisessa ja huolehtivat siitä, että vanhempi tai isovanhempi pääsi ulos. Ne, joilla oli hyvät suhteet lapsiin ja lastenlapsiin, kokivat vielä kuuluvansa perheeseen.

Kaikilla haastateltavilla ei kuitenkaan ollut erityisen hyvää suhdetta lapsiinsa, tai lapsi oli sairas, jolloin pettymys ja huoli tulivat selvästi esiin. Pelkkä lasten ja lastenlasten olemassaolo ei siis riitä edistämään hyvää elämää, vaan ratkaisevaa on millainen suhde iäkkäällä ihmisellä on heihin. Perhesuhteet saattavat heikentää elämänlaatua, mikäli suhteet ovat huonot. Ne haastateltavat, joilla ei ollut lapsia, eivät tuoneet tätä tosiasiaa esiin mitenkään elämänlaatua heikentävänä asiana.

## **Ystävät, juttuseura ja huonetoveri**

Paitsi yhteys perheenjäseniin haastateltavilla oli monentasoisia sosiaalisia kontakteja, jotka rikastuttivat elämää. Sosiaaliset kontaktit vaihtelivat pitkäaikaisista ystävyys-suhteista tilapäisempiin juttu- ja seurustelukavereihin sekä huonetoveriin, johon oli muodostunut molemminpuolinen auttamissuhde.

Ystävyys-suhteet lievensivät yksinäisyyttä. Kun vanhat ystävät tulivat käymään tai soittivat, tämä oli osoitus siitä, että joku vielä muisti. Sitä kautta saattoi vielä olla osa jonkun toisen elämää ja omaa menneisyyttään. Myös Punaisen Ristin ystävä koettiin ystäväksi.

Kai se on yks asia sellainen, että on ystävyys kestänyt viiskymmentä vuotta. Edelleen käydään ja soitellaan, se on semmonen hyvän olon tunne siten itellään. (Nainen 73)

Siinä samassa yhteydessä mä sitten löysin täältä ystävän, tuolta Punaisen Ristin kautta. [Hän] on käynyt juttelemassa mun kanssa. (Nainen 70)

Juttuseuraa tarjottiin sekä talon ulkopuolelta että sen sisältä. Haastatteluissa kävi ilmi, miten hyväksi koettiin, että tuttavat pitivät yhteyttä. Jutteleminen ja seurusteleminen piristivät monen haastateltavan elämää. Jossakin tapauksessa palvelutalo muodosti oman sosiaalisen yhteisön, joka koettiin perheeksi.

Tänne soittelee aina hirveesti ihmisiä ja juttelee. Onhan se hauskaa. [...] Sitten istumme tuolla alhaalla, tavataksemme ihmisiä. Se on aika hauskaa, jutella ihmisten kanssa. [...] Tulemme hyvin toimeen täällä. [...] Juttelen mielelläni ihmisten kanssa ja kaikki juttelee mun kanssa. Olemme kuin iso perhe, mielestäni. (Nainen 72)

[...] Tohon on yks mies tullut. Hän on ihan kohtuullisen mukava. Joskus tulee sitt kivoja juttuja, saa nauraa ja sitt piristyy vähän. (Nainen 70)

Seurustelua riittää, jos vaan on halukas. Ei täällä yksin tarvitse olla. (Nainen 82)

Yksityisyyden periaatteen mukaisesti korostetaan usein, kuinka tärkeää on, että myös palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa asukkailla on omat huoneet. Jonkun kohdalla tämä saattaakin olla ensisijaisen tärkeää. Näissäkin haastatteluissa moni mainitsi oman huoneen yhtenä hyvää elämää edistävänä tekijänä. Jonkun toisen kohdalla taas huonetoveri saattaa merkitä seuraa ja molemminpuolista auttamista.

Ja sittenhän mulla on [huone]toverini tuolla sisällä. Hän on minua vanhempi, hän on 91 vuotta. [...] Hänellä on huono muisti. [...] Kun minä otan oman [yölääkkeen], sanon: ”No, otitko yölääkkeesi”, hän sanoo: ”Katsonpa tästä”. Hän ei muista. [...] Ja kun minä en muista, hän muistaa (Nainen 85)

## **Tekemiset ja arjen rutiinit**

Arjen yksitoikkoisuutta ehkäisivät rutiinit ja tekemiset. Oli päivärutiineja, viikko-ohjelmaa ja eri vuodenaikojen korostavia tapahtumia. Päivän rakennetta ylläpitivät ennen kaikkea aterioinnit. Päivä alkoi aamupalalla, sen jälkeen oli vapaata aikaa lounaaseen saakka, jonka jälkeen seurasi vapaata aikaa, iltapäiväkahvi, vapaata aikaa ja niin edelleen. Päivän rutiineja täydensivät yleensä omat tekemiset, etenkin lukeminen ja television katselu. Jokaviikkoiseen ohjelmaan saattoi kuulua bingo.

On hyvä, että saa ruokaa määrättyinä kellonaikoina. [...] Täällä elää ja Seuraa päivän kulkua. (Nainen 78)

Tää tavallinen päivärutiini, ja ainahan ne keksii ohjelmaa. Ja on meillä Bingo esimerkiksi perjantapäivisin. [...] Seurustellaan ja, että kyllä se päivä aika pian menee. Sitten pitää välillä tulla lukemaan vähän omia lehtiä ja katsoo televisioo iltaisin. [...] Kyllä ne päivät on menny aika mukavasti. (Nainen 82)

Arkeen kuului myös kohokohtia. Näihin kuuluivat ennen kaikkea vuoden ja ajan rytmiä korostavat tapahtumat kuten joulun ja juhannuksen vietto sekä syntymäpäivät. Juhlien viettoon kuuluivat oleellisesti koristeet kuten joulukynttilät ja juhannuskoivut, jotka



saattoivat muistuttaa lapsuuden joulun ja juhannuksen vietosta. Syntymäpäivinä tarjottiin kakkua ja kutsuttiin vieraita.

Meillä on ollu hirveen, joulu oli hirveen kiva. Meillä oli kynttilöitä ja...  
(Nainen 72)

Joskus sitten on jotain juhlaa, esimerkiks tässä oli juhannusjuhla. Oli tuotu noit koivuja, niit oli laitettu ympäriin tonne alas. [...] Ne oli todella kivat juhlat, mun täytyy myöntää, että viihdyin ihan hyvin. (Nainen 70)

Tänne tuli hirveesti ihmisiä. Se oli kyllä hauskaa, tavata vanhoja tuttuja, tai niitä harvoja, jotka ovat vielä elossa. Kyllä, vietimme syntymäpäivääni.  
(Nainen 72)

Ulkoilun ja ulkona liikkumisen merkitystä on korostettu monissa tutkimuksissa. Kuten Vuokko Ponsi ja Elina Karvinen osoittavat tämän kirjan luvussa 4, ulkona liikkuminen on tärkeää fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen kannalta, mutta ulkoilua pidetään myös oleellisena osana suomalaista kulttuuria. Fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen näkyy usein ensin ulkona liikkumisen vähenemisenä. Monen ikäihmisen ongelma on, ettei pääse ulos, koska yksin ei uskalla eikä saattajia ole. Sekä kotipalvelun asiakkaita että palvelutalojen asukkaita ja pitkäaikaishoidon potilaita surettaa usein se, että henkilökunnalla ei ole lupaa tai aikaa viedä heitä ulos.

Tässä tutkimuksessa moni haastateltava mainitsi ulkona liikkumisen ja olemisen mieltä kohottavaksi tapahtumaksi. Suhteellisen hyväkuntoiselle asukkaalle ulkoilu saattoi merkitä sauvakävelylenkkiä, liikuntarajoitteinen asukas taas saattoi nauttia auringosta parvekkeella.

Nehän tässä yks päivä sanoi, että jos mennään sauvakävelylle, että kiertää tästä moottoritien. Että joo, mennään vaan, jos ei ole liukasta. Jos tulee lunta ja liukasta niin sitt me ollaan molemmat nurin. No, me menimme sitten ja sehän tuntui ihan mukavalta, kun sai kiertää ulkona. Sen jälkeen on ihan kiva olo. (Nainen 70)

Kun oli aurinkoista ja lämmintä, istuimme parvekkeella, tuon pyörätuolissa istuvan miehen kanssa otimme aurinkoa parvekkeella. Ja oli niin ihanaa, niin ihanaa. Mitä muuta ihminen tarvitsee? (Nainen 82)

## **Asuminen: mukavuus, kauneus ja turvallisuus**

Haastatellut palvelutalojen asukkaat olivat tyytyväisiä asumiseensa, ja asunto vaikutti selvästi positiivisesti elämänlaatuun. Tärkeitä olivat asunnon mukavuus ja kauneus. Yksi haastateltava oli muuttanut palvelutaloon mökistä, jossa ei ollut mukavuuksia, ja hän oli tyytyväinen, kun ”vesi menee sisään ja ulos”. Kodin tunnetta lisäsivät oma huone ja omat huonekalut.

Nyt on kaikkein parasta. Täältä en enää lähde mihinkään. Minulla on ihana näkymä ja saan mennä katettuun pöytään, en jaksaisi enää hoitaa kotiani. Olen hyvin kiitollinen tästä. [...] Sain lämpimän ja mukavan huoneen. (Nainen 82)

Tämä on erittäin hieno koti. Kaikki on niin kaunista [...] ja kun on oma huone. Minulla on tuollainen nojatuoli ja sitten minulla on perintölipas mukana. Kyllä. Ja silloin tuntuu vähän niin kuin kodilta. (Nainen 85)

Asuminen palvelutalossa merkitsi myös turvallisuutta. Haastateltavien puheessa asumisen turvallisuus ja avun läheisyys liittyivät kiinteästi toisiinsa. Asuminen, apu päivän askareiden kanssa, palvelu ja hoito muodostivat elämänlaatua parantavan kokonaisuuden. Tähän kokonaisuuteen kuului myös henkilökunta – ”tytöt” – jota pääsääntöisesti keuhuttiin kiltiksi, avuliaaksi ja ystävälliseksi. Tästä voidaan päätellä, että avusta riippuvaisille ikäihmisille henkilökunnan suhtautuminen on keskeinen elämänlaatu tekijä. Tätä päätelmää tukevat myös laitoshoidossa tehdyt elämänlaatu tutkimukset (Bergland ja Kirkevold 2005).

En ole kaatunut sen jälkeen kun tulin tänne. Tulee sellainen turvallinen olo. (Nainen 84)

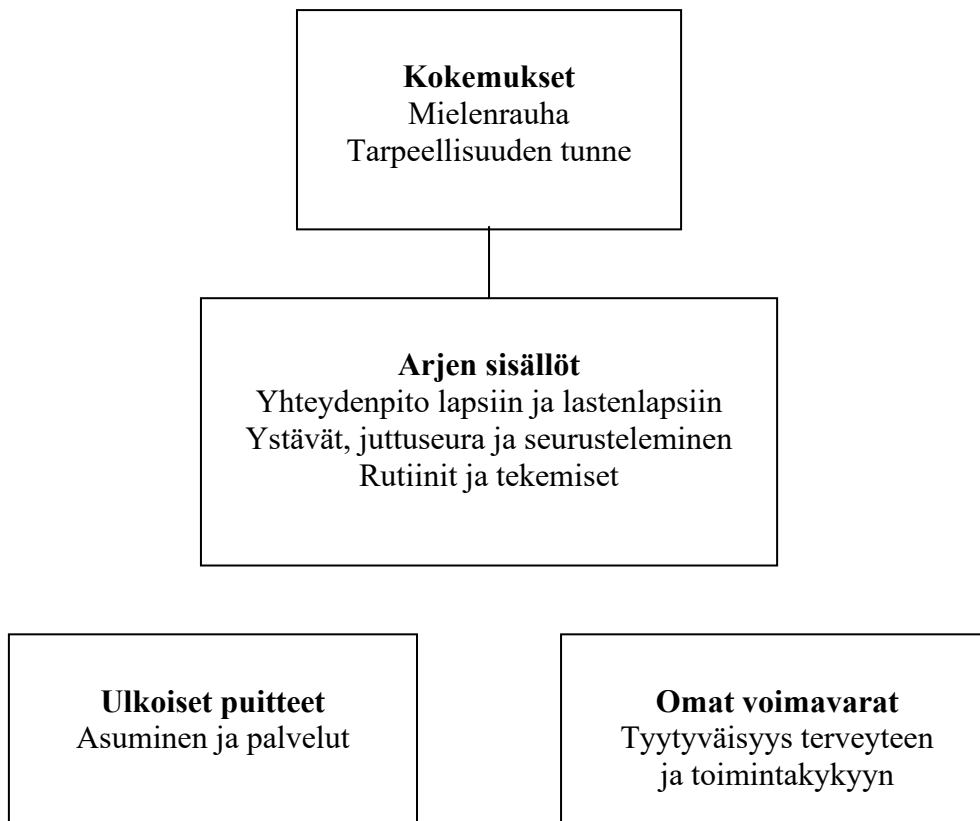
Nyt on hyvä sikäli, että olen niin rauhallinen. Ja tiedän, että saan apua jos tarvitsen. Tarvitsee vain soittaa, niin ne tulee auttamaan. Ja sehän on hyvä. Sillä kun olin kotona, asiat ei ollut hyvin. Silloin yhtenä yönä makasin keittiön lattialla. [...] Ja tytöt täällä, nehan on niin kilttejä. (Nainen 85)

[On hyvää] kun tääl on tämä ruoka ja jos apua tarvitsee, niin tulee tietenkin auttamaan. Ja siivoaa, pesee pyykin. [...] Jos jotain tulee, niin apua saa heti kyllä. [...] Nää tytöt ne on kaikki hirveen ystävällisiä mulle ja mä tuun niin hyvin toimeen, juttuun heidän kanssa. (Nainen 70)

Kukaan ei täällä oo vielä minulle pahaa sanaa sanonu. Ei minkäänlaista. Ja jos minä oon jotain pyytäny, minä oon saanu sen. (Mies 96)

## Hyvä arki

Hyvä elämä näyttäytyi haastatteluissa hyvänä arkena. Tarkemmin sanottuna, haastattelut kertoivat, millainen saattaa olla hyvä arki viidennen iän kynnyksellä. Haastatteluista esiin nostetut teemat voidaan ryhmitellä ulkoisiin puitteisiin, omiin voimavaroihin, arjen sisältöön ja kokemuksiin (kuvio 3).



**Kuvio 3.** Hyvän arjen aineksia.

Palvelutalo viidennen iän kontekstina heijastui haastateltavien vastauksissa ja kertomuksissa siten, että yksikön rutiinit ja tapahtumat, fyysinen ympäristö ja henkilökunta olivat osa arkea ja elämänlaatua. Haastateltavien vastauksissa korostui, miten nämä ”tuottivat” hyvää arkea. Viidettä ikää heijastavat myös kertomukset sairauksista ja toimintakyvyn heikkenemisestä. Heikkenemisestä huolimatta oltiin tyytyväisiä jäljellä olevaan toimintakykyyn, joka mahdollisti lukemisen, liikkumisen ja jossain määrin ulkoilun. Päivät täyttyivät yhteydenpidolla perheeseen ja ystäviin, seurustelulla muiden asukkaiden kanssa, aterioilla, ulkoilulla, lukemisella ja television katselulla. Haastateluista sai sen käsityksen, että tekemistä oli sopivasti omaan jaksamiseen nähden. Mielenrauha ja tarpeellisuuden tunne hyvän arjen kokemuksina voidaan ymmärtää niin, että mielenrauha ilmaisee vetäytymistä omiin oloihin ja lepoa, kun taas tarpeellisuuden tunne ilmaisee, että ikääntyvä ihminen on vielä kiinni elämässä. Hyvään arkeen saattaa kuulua molempia sopivassa suhteessa tai sitten saattaa olla niin, että jotkut ikäihmiset ovat enemmän sisäänpäin suuntautuneita, toiset taas ulospäin suuntautuneita. Mahdollista on sekin, että nämä kokemukset kuuluvat eri ikääntymisvaiheisiin.

Tämän hankkeen haastatteluissa ei näy Jere Rajaniemen luvussa 1 esitettyä vastakohtaa arjen (ei-juhlan) ja juhlan välillä, vaan juhlat olivat osa arkea. Arjen kuvauksissa näkyivät jokapäiväisyys ja rutiinit, mutta juhliinkin liittyi tietty säännönmukaisuus siinä mielessä, että ne heijastivat viikon, vuoden ja elämän säännöllistä rytmiä (perjantaibingo, joulukuusi, juhannus, syntymäpäivät). Arki ei näyttänyt erityisen harmaana, vaan se koettiin hyväksi, kun siihen kuului mukava ja turvallinen ympäristö, ystävällisiä hoitajia,

sosiaalista kanssakäymistä, mahdollisuus vetäytyä omiin oloihin, säännöllisiä rutiineja, juhlahetkiä sekä tyydyttävä terveys ja toimintakyky.

### **Pohdittavia kysymyksiä**

- Eroaako hyvä arki palvelutalossa hyvästä arjesta omassa kodissa? Jos, niin millä tavalla?
- Millä tavalla palvelutalojen asukkaiden arkea voidaan parantaa?
- Millainen olisi henkilökunnan hyvä arki? Onko henkilökunnan ja asukkaiden hyvän arjen välillä ristiriitaa?

## Lähteet

- Allardt E. Att ha, att älska, att vara. Om välfärd i Norden. Argos förlag AB, Lund 1975.
- Arnold S. The measurement of quality of life in the frail elderly. Kirjassa: The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, s. 50–73. Toim. Birren J, Lubben J, Rowe JC, Deutchman DE. Academic Press, San Diego 1991.
- Beijar C, Christiansson T. Källor till livskvalitet i hög ålder. *Gerontologia* 9: 273–282, 1995.
- Bergland Å, Kirkevold M. Resident – caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Research in Nursing & Health* 28: 365–375, 2005.
- Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies* 43: 681–691, 2006.
- Bowling A. Ageing well. Quality of life in old age. Open University Press, Maidenhead 2005.
- Bowling A, Banister D, Sutton S, ym. A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health* 6: 355–371, 2002.
- Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, ym. Let’s ask them: A national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *International Journal of Aging and Human Development* 56: 269–306, 2003.
- Brandstädter J, Rothermund K. The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two-process framework. *Developmental Review* 22: 117–150, 2002.
- Christiansson T. Att behövas – grundstenen för livskvalitet i ålderdomen. *Aldring & Eldre* 11(4): 25–30, 1994.
- Cohn J, Sugar J. Determinants of quality of life in institutions: Perceptions of frail older residents, staff, and families. Kirjassa: The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, s. 28–49. Toim. Birren J, Lubben J, Rowe JC, ym. Academic Press, Santiago 1991.
- Freund A, Baltes P. Selection, optimisation, and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging* 13: 531–543, 1998.
- Gabriel Z, Bowling A. Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society* 24: 675–691, 2004.
- Hautakangas H, Leinonen R, Lyyra T-M. Hyvä elämänlaatu iäkkäiden naisten kokemana. *Gerontologia* 20: 53–66, 2006.
- Hendry F, McVittie C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research* 14: 961–975, 2004.
- Lawton MP. A multidimensional view of quality of life in frail elders. Kirjassa: The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, s. 3–27. Toim. Birren J, Lubben J, Rowe JC, ym. Academic Press, Santiago 1991.
- Nilsson M. Understanding the meaning of past, present and future in advanced age. Very old persons’ experiences of ageing. Dissertations from the Department of Clinical Neuroscience, Occupational Therapy and Elderly Care Research, Division of Geriatric Medicine. Karolinska Institutet, Stockholm 2000.

Nilsson M, Ekman S-L, Sarvimäki A. Ageing with joy or resigning to old age. *Health Care in Later Life* 3: 94–110, 1998.

Nordenfelt L. *Livskvalitet och hälsa. Teori och kritik.* Almqvist & Wiksell, Stockholm 1991.

Sarvimäki A. Vanhusten elämänlaatu hoitotyön haasteena. Kirjassa: *Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön*, s. 11–24. Toim. Parviainen T. Kirjayhtymä, Helsinki 1998.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning, and value. *Journal of Advanced Nursing* 32: 1025–1033, 2000.

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

WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion.* *Health Promotion* 1: III–IV, 1986.

## **4 ULKONA LIKKUMINEN IÄKKÄÄN IHMISEN ARJEN VOIMAVARANA**

*Vuokko Ponsi & Elina Karvinen*

### **Johdanto**

Iäkkään ihmisen hyvään arkeen kuuluu mahdollisuus liikkua ulkona. Ulkona liikkuminen vanhuudessa tukee itsemääräämisoikeutta, toimintakykyä, hyvinvointia ja elämänlaatua. Se tarjoaa myös mahdollisuuden sosiaaliseen vuorovaikutukseen sekä liittyy ihmisen omaan lähiympäristöönsä. Ulkona liikkuminen on iäkkäiden arkinen toive, joka säilyy toimintakyvyn heiketessäkin. Siksi ulkoilumahdollisuuksia on edistettävä osana hyvää vanhuutta olipa kyse kotona, palveluasunnossa tai laitoksessa asuvasta iäkkäästä ihmisestä.

Tässä artikkelissa tarkastellaan ulkoilua iäkkään ihmisen arjessa. Millaisia voimavaroja ulkona liikkuminen antaa ja mitä sen säilyminen arjessa vaatii yksilöltä, hänen lähiyhteisöltään ja yhteiskunnalta? Tavoitteena on kiinnittää huomio iäkkäiden ihmisten ulkona liikkumisen esteisiin ja motiiveihin sekä tarjota näkökulmia, joilla ulkoilua voidaan tukea.

Hyvinvoinnin kannalta ulkona liikkuminen ja asiointi ovat tärkeitä iäkkäälle ihmiselle. Hyvinvoinnin kokemus edellyttää, että iäkäs ihminen tuntee omaavansa riittävät voimavarat omien tavoitteidensa saavuttamiseksi (Sarvimäki ja Stenbock-Hult 1996). Ulkoiluun tarvittavat voimavarat alkavat vähetä noin 75 ikävuoden jälkeen. Vanhenemisen yksilöllisyydestä huolimatta tutkimukset ovat osoittaneet, että ulkona liikkumisen vaikeudet lisääntyvät iän myötä ja uhkaavat toimintakykyä, hyvinvointia, elämänlaatua ja itsemääräämisoikeutta (Sakari-Rantala ym. 1995; Ukkonen ym. 1998).

Iäkkäiden ulkona liikkumisen vähenemistä ja siitä aiheutuvaa syrjäytymisen uhkaa voidaan ehkäistä. Iäkäs voi uudistaa ulkoiluun tarvitsemiaan voimavaroja fyysisen harjoittelun avulla sekä erilaisin kuntoutuksen keinoin. Lisäksi iäkkäiden ulkoilu edellyttää ympäristön muokkaamista, monipuolisia ulkoilupalveluja sekä sosiaalista tukea. Useimmiten tarvitaan näitä kaikkia toimenpiteitä, jotta toimintakyvyltään heikentynyt iäkäs ihminen säilyttää ulkoilun mielekkäänä osana omaa arkeaan.

### **Iäkkäiden ihmisten ulkona liikkuminen**

#### **Ulkona kävely ja sen väheneminen ikääntyessä**

Iäkkäät ihmiset ovat tottuneet elämänsä aikana ulkoilemaan monin eri tavoin. Kävely on suosituin harrastus, jota nuoret eläkeikäiset harjoittavat päivittäin ja suurin osa kaikista eläkeikäisistä useita kertoja viikossa myöhäiseen ikään asti (Hirvensalo 2002). Usein kävely on iäkkäiden ihmisten elämäntyyliin liittyvää fyysistä aktiivisuutta, joka toteutuu eri toimintojen yhteydessä päivittäisessä arjessa (Liimatta ym. 1993; Ukkonen ym.

1998). Ruoppilan (2004) mukaan ulkona liikkuminen on sidoksissa syntymäluokkiin. Aikaisemmillä sukupolvilla ulkoilu ja ulkona liikkuminen kuuluivat nimenomaan joka-päiväiseen työhön ja paikasta toiseen siirtymiseen (Rantamaa ja Pohjolainen 1997). Nykyisillä sukupolvilla ulkoilusta on entistä enemmän tulossa vapaa-ajan harrastus tai terveyden ja kunnon ylläpitämiseen tähtäävä liikuntamuoto (Hirvensalo 2002).

Kansanterveyslaitoksen tutkimuksen mukaan 65–84-vuotiaista miehistä 66 % ja naisista 63 % ilmoitti kävelevänsä vähintään neljä kertaa viikossa ainakin puoli tuntia kerrallaan. Vähintään kaksi kertaa viikossa käveleviä on ollut keskimäärin yli 80 % vuodesta 1985 vuoteen 2003 saakka (Sulander ym. 2004.)

Kävely ulkona vähenee noin 75–80 vuoden iässä (Karppi ja Ollila 1997). Samaan aikaan monen iäkkään toimintakyky ja liikkumiskyky alkavat heiketä. Kansanterveyslaitoksen tutkimuksessa kävely väheni ikäännyttäessä sekä miehillä että naisilla, mutta naisilla eri iäkkäiden ikäryhmissä miehiä enemmän (Sulander ym. 2004).

Jyväskylän Ikivihreät-projektin pitkittäistutkimuksessa iäkkäiden henkilöiden liikunta-harrastuksen useus ja teho vähenivät kahdeksan vuoden seurantajakson aikana siten, että seurannan loppuvaiheessa 73–84-vuotiaista neljännes ja 85–92-vuotiaista lähes puolet liikkui enää vain päivittäisiä askareita tehdessään. Toisaalta puolet nuoremasta ikäryhmästä (73–84-vuotiaat) harrasti kävelyä edelleen lähes päivittäin. Vanhemmassa ikäryhmässä (83–92-vuotiaat) miesten ja naisten ero korostui, sillä miehistä kävelyä harrasti edelleen puolet, mutta naisista enää neljännes. (Hirvensalo ym. 2003)

Ukkonen ym. (1998) havaitsivat, että 75 vuotta täyttäneiden matkat ulkona olivat ajallisesti lyhyempiä kuin nuorempien ja valtaosa matkoista kuljettiin kävellen. Naiset tekivät miehiä vähemmän matkoja. Kohteena oli useimmiten lähiympäristö tai naapurusto ja toiminnot keskittyivät välttämättömien asioiden hoitoon ja vapaa-ajan toimintoihin. Karppi ja Ollila (1997) havaitsivat, että ulkona liikkumisen vähenemisen osasyynä on myös iäkkäiden omaksuma sopeutumisstrategia. Liikkumisen vaikeuksien myötä iäkäs muuttaa elämänsä sellaiseksi, ettei hänen ole enää tarpeen liikkua ulkona kovin paljon. Sopeutumisen kielteinen seuraus on riittämätön fyysinen arkiaktiivisuus, joka romahduttaa fyysisen kunnon kiihdyttäen avun tarvetta ja altistaen laitoshoidolle. Huomion arvoista on, että kotona pysyttelevät ovat tyytymättömiä liikkumismahdollisuuksiinsa eikä vähäinen ulkona liikkuminen ole heille vapaaehtoinen ratkaisu (Ukkonen ym. 1998).

## **Ulkona liikkumisen esteet**

Säännöllinen, kodin ulkopuolella tapahtuva arkiliikkuminen vähenee iäkkäänä useista eri syistä. Vanhenemisprosessi ja siihen liittyvät yksilölliset tekijät ovat keskeisessä roolissa, mutta niiden lisäksi ulkona liikkumiseen vaikuttavat ympäristötekijät, sosiaalinen tuki sekä palvelujärjestelmän ja järjestöjen toimintaan liittyvät tekijät.

Tärkein yksilöön liittyvä tekijä on terveysongelmien lisääntyminen iän myötä (Ukkonen ym. 1998; Heikkinen 2003). Kriegsmanin (1997) mukaan tavallisimmat liikkumiskykyä heikentävät sairaudet ovat krooniset hengityselinsairaudet, sydänsairaudet, valtimonko-



vettumatauti, diabetes, halvaus, nivelkuluma ja syöpä. Ikäinstituutin Liikkeessä-projektin kyselyssä yksilöllisistä tekijöistä 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien henkilöiden ulkona liikkumista estivät eniten naisilla ja miehillä jaloissa esiintyvät ongelmat sekä naisilla lisäksi kaatumisen pelko (Ponsi ym. 2005). Aisti- ja havainnointitoimintojen ikääntymismuutokset ja keskittymisvaikeudet lisäävät mukaan ulkona liikkumisen monimutkaisuutta etenkin vilkasliikenteisessä ympäristössä (Sakari-Rantalan ym. 1995).

Ihminen on yleensä sitä alttiimpi ympäristön vaikutuksille, mitä enemmän hänen toimintakykynsä heikkenee. Patlan ja Shumway-Cookin (1999) mukaan elimistöä, toimintoja ja niiden säätelyä kuormittavat ulkoilussa muun muassa kävelyetäisyydet, liikennevalojen aikarajoitukset, ympäristön rakenne ja sää. Liikkeessä-projektissa mukana olleiden iäkkäiden ulkona liikkumista esti eniten pihan tai kadun liukkaus. Myös pitkät ja hankalat matkat olivat esteenä. Muita esteitä iäkkäiden ulkoilulle olivat sopivien levähdyspaikkojen ja vessojen puuttuminen kävelyväylien tai ulkoilupolkujen lähetyviltä. (Ponsi ym. 2005)

On helppo ymmärtää, että esimerkiksi apuvälinettä käyttäville iäkkäille ihmisille kävelyalustan liiallinen kaltevuus, liukkaus ja epätasaisuus sekä ulkoiset kuormat kuten ovien avaaminen tai ostoskassien kantaminen aiheuttavat lisärasitetta. Illalla ja pimeinä vuoden aikoina kulkuväylien riittämätön valaistus, ja talvella kylmyys, lumi ja varsinkin huono lumenpoisto kävelyalueilta heikentävät ulkona liikkumista. Talviliikkumista vaikeuttavat lisäksi voimille ottava pukeutuminen.

Ikäihmisten ulkoilulle on myös sosiaalisia esteitä. Ulkoiluseuran ja avustajan puuttuminen kuuluvat niihin. Liikkeessä-projektissa kävi ilmi, että viidesosa erityisesti 75-vuotiaista ja sitä vanhemmista naisista kaipasi kävelykaveria ja taluttajia sekä kokivat olevansa yksinäisiä (Ponsi ym. 2005).

Normatiivisia käsityksiä ja asenteita vanhojen ihmisten ulkoilua kohtaan voidaan pitää ulkoilun sosiaalisina esteinä. Käsitys siitä, että ulkoliikunta voi olla vaarallista terveydelle, koska kaatumisriski lisääntyy, on tavallinen ajattelutapa jopa terveydenhuollossa toimivilla ihmisilläkin (Hirvensalo 2003). Vanhusten parissa toimivien organisaatioiden toimintakulttuureissa ja arkirutiineissa on tavallista, että ulkoilua aliarvostetaan. Harvassa organisaatiossa on henkilöstöä, joiden tehtäviin kuuluisi liikkuminen iäkkään kanssa ulkona. Ulkoilu ei myöskään kuulu osaksi geriatria kuntoutumista tai peruspalveluja (Bengtsson 2003).

Palvelujärjestelmät ovat sopeutuneet omalla tavallaan iäkkäiden ihmisten ulkona liikkumisen vähenemiseen. Vaikeuksien ilmetessä vanhuksille tarjotaan ensisijaisesti palveluja, jotka vastaavat ulkoilun loppumisen seurauksiin, kuten asiointiongelmien, mutta eivät itse ulkona liikkumiseen. Ennen kuin pysyvät ulkona liikkumisen vaikeudet ilmenevät, niitä edeltävät toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset. Toimintakyvyn heikkene mistä ennustavia muutoksia tunnistamalla ja iäkkään ihmisen jäljellä olevia voimavaroja tukemalla voidaan iäkäs ihminen pitää kiinni arjen normaaleissa rutiineissa. Olisi syytä toivoa, että palvelujärjestelmä ottaisi haasteekseen iäkkäiden ulkona liikkumisen. Vanhustyössä, liikuntatoimessa ja terveydenhuollossa sekä järjestöissä toimivat ihmiset ovat

myönteisen muutoksen avainhenkilöitä. Toiminnan tueksi tarvitaan myös liikkumisympäristöjen sekä kaupunki- ja taajamarakenteiden toimivuuden tarkastelua.

## **Ulkona liikkumiseen kannustavat tekijät**

Luonnossa liikkuminen ja ulkoilun arvostaminen ovat kuuluneet ja kuuluvat edelleen suomalaiseen elämäntapaan (Hirvensalo 2002). Ulkona liikkumiseen kannustavat terveyden ylläpitäminen, luonnon ja raittiin ilman kokeminen sekä virkistys ja rentoutuminen. Helsingissä, Paimiossa ja Turussa toteutetun kyselyn mukaan 75-vuotiaita ja sitä vanhempien ulkoilua motivoi ennen kaikkea kaupassa käynti ja asiointi. Myös lenkkeily hyvillä kävelyväylillä, pihatyöt ja ystävien luokse kävely olivat tässä ikäryhmässä yleisiä syitä lähteä ulos (Ponsi ym. 2005).

Ulkona nautitaan sopivasta säästä sekä erilaisista vuodenaikojen vaihtelun myötä muuttuvista tuoksuista, kasvien katselusta ja eläinten havainnoimisesta. Luonto ja viherympäristö tarjoavat runsaasti esteettisiä ja emotionaalisia kokemuksia. Useimmille vanhuksille luonto symboloi uudistumista ja toivon lähdeä sekä antaa voimia kohdata oman elämän vaikeuksia ja rajallisuutta. Vanhuksen minäkuva voi vahvistua viherympäristössä, koska suhde luontoon tukee identiteetin ajallista jatkuvuutta. Kaupunkiympäristössä iäkkäät ihmiset pitävät puistoja tärkeinä paikkoina. Niihin houkuttelevat ympäristön kauneus ja mielipaikkoihin liittyvät myönteiset tunteet. Puistoissa on lisäksi mahdollisuuksia istuskeluun ja toisten tapaamiseen. (Rappe 2003)

DiPietron (2001) mukaan ulkoiluun kannustavista ympäristötekijöistä kaksi tärkeintä ovat turvallisuus ja esteettömyys. Turvallinen ja apuvälineen kanssa helppokulkuinen ympäristö edistää vanhuksen kotona selviytymisen kokemusta ja pidentää autonomista elinaikaa. Elinympäristö voi auttaa iäkästä säilyttämään toimintakykynsä sekä sosiaalisen verkostonsa ja antamaan mahdollisuuksia osallistumiselle. Iäkkäiden elämäntavan näkökulmasta olisi tärkeä suunnitella esteettömiä sekä turvallisia luonto- ja viherympäristöjä.

Ulkoilu ja ulkona liikkuminen sisältävät monenlaisia myönteisiä merkityksiä ihmisille, mutta toimintakyvyn heiketessä myös esteitä ja pelkoja. Arjen sujumisen ja kotona elämisen turvaamiseksi ulkoilu ei saisi näyttäytyä pelottavana vaan sen tulisi tarjoutua luontevana ja houkuttelevana mahdollisuutena edistää toimintakykyä ja terveyttä sekä virkistystä.

## **Ulkona liikkuminen hyvinvoinnin lähteenä**

Ulkona liikkumisen yhteydet hyvinvointiin selittyvät sen aikaansaamilla myönteisillä vaikutuksilla sekä fyysiseen että psykososiaaliseen toimintakykyyn. Jolankin (2000) mukaan iäkkäillä ihmisillä toimintakyvyn merkitykset hyvinvointiin liittyvät lähinnä jokapäiväisen elämän sujumiseen, kotona asumiseen sekä harrastusten ja sosiaalisen elämän järjestymiseen. Sarvimäki ja Stenbock-Hult (1996) tulkitsevat, että iäkkäillä ihmisillä hyvinvointi liittyy voimavaroihin. Ihminen kokee hyvinvointia silloin, kun

hänen fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaransa riittävät omien pyrkimysten toteuttamiseen. Pajukoski (2002) näkee hyvinvoinnin muodostuvan sekä yksilön että yhteiskunnan voimavarojen yhteisvaikutuksesta. Hänen mukaansa ihminen, hänen lähiyhteisönsä, erilaiset palvelut ja yhteiskuntapolitiikka muotoilevat elinolot, jotka määrittävät jokapäiväistä elämää. Muutokset joko omissa tai yhteiskunnan voimavaroissa vaikuttavat elämäntapojen muuttumiseen ja voivat aiheuttaa joko myönteisiä edellytyksiä tai riskejä hyvinvoinnille.

Ulkona liikkumisen väheneminen on toimintakyvyn heikkenemisen ja arjen lisäongelmien ensimmäinen merkki. Yksilön voimavarat muuttuvat suuntaan, jotka heikentävät omatoimisuutta ja uhkaavat itsemääräämisoikeutta. Kohdentamalla iäkkäille mielekästä ulkoilutukea ja ulkoilupalveluja voidaan auttaa iäkkäitä säilyttämään voimavarojaan. Samalla turvataan vanhoille ihmisille mahdollisuus heille tärkeisiin asioihin kuten asiointiin, ystävien tapaamiseen ja luonnossa liikkumiseen.

Ulkona liikkumiseen liittyvän hyvinvoinnin ja fyysisen toimintakyvyn väliset myönteiset yhteydet selittyvät osaltaan ulkona liikkumisen tuottamien terveysvaikutusten avulla. Biologisena perustarpeena liikkuminen on Vuoren (2003) mukaan välttämätöntä elimistön rakenteiden, toimintojen ja niiden säätelyn ylläpitämiselle. Useat iäkkäiden henkilöiden sairastamista pitkäaikaissairauksista eivät ole esteenä kohtalaisesti kuormittavalle liikunnalle, kuten ulkona liikkumiselle (Heikkinen 1997). Päinvastoin tutkimukset (La Croix ym. 1993; Heikkinen 1997) osoittavat, että monisairailta vanhuksilla fyysinen aktiivisuus liittyy parempaan lihasvoimaan ja hitaampaan toimintakyvyn heikkenemiseen. Fyysisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin väliset yhteydet selittyvät sillä, että sairauksista huolimatta fyysisesti aktiiviset säilyttävät koetun terveyden, toimintakyvyn ja liikkumiskyvyn paremmin kuin passiiviset henkilöt. Avuntarve on heillä pienempi kuin fyysisesti passiivisilla (La Croix'in ym. 1993). Rantasen (1995) mukaan liikkumiskykyisten iäkkäiden ihmisten elämä on monipuolisempaa kuin osittain tai kokonaan muiden avusta riippuvaisten elämä.

Simonsick ym. (2005) havaitsivat, että ulkoilu säilytti ulkona liikkumisen kykyä myös toimintakyvyltään heikentyneillä iäkkäillä ihmisillä. Toimintakyvyltään heikentyneet naiset, jotka kävelivät ulkona säännöllisesti vuoden verran noin kahdeksan korttelin matkan, säilyttivät liikkumiskykynsä ja kävelynopeutensa paremmin kuin ne henkilöt, joilla ei tutkimuksen alkuvaiheessa ollut ongelmia suoriutua kyseisen matkan kävelystä, mutta jotka eivät sitä seuranta-aikana tehneet. Visserin ym. (2005) tutkimustulokset olivat samansuuntaisia. He tutkivat pitkittäisasetelmalla (4,5 vuotta) toimintakykyisten 70–79-vuotiaiden miesten ja naisten fyysisistä aktiivisuutta. Erilaiset kohtuullisella teholla suoritettut jokapäiväiset askareet kotona, fyysiset harjoitukset tai kävely ulkona useampina päivinä 20–30 minuutin ajan, suojasivat sekä naisia että miehiä liikkumiskyvyn menetykseltä.

Ulkona liikkuminen näyttää olevan arjen vaatiman liikkumiskyvyn säilymiselle välttämätöntä. Ulkona liikuttaessa keskushermostossa tapahtuu aivan tietynlaista prosessointia. Tätä keskushermoston, muun elimistön ja ympäristön vuorovaikutusta ei saa sisällä liikuttaessa, koska toimintaympäristö on täysin erilainen. Lisäksi ulkona liikkuminen tuottaa iäkkäälle ihmiselle kokemuksia fyysisestä pätevyydestä, jolla on merkittäviä yhteyksiä hyvinvointiin. (Simonsick ym. 2005)

Ulkona liikkumisen yhteyksiä psykososiaaliseen hyvinvointiin on jonkin verran vaikeampi osoittaa kuin fysiologiseen. Tämä johtuu Vuoren (2003) mukaan siitä, että liikunnan psykososiaalisille vaikutuksille ei ole osoitettu vielä päteviä biologisia mekanismeja. Lisäksi liikunnan psykososiaaliset vaikutukset koetaan hyvin henkilökohtaisesti ja yksilöllisesti. Kokemukset voivat poiketa eri ihmisten välillä toisistaan paljon ja ne voivat muuttua elämän aikana.

Luonnon, kasvien ja muun viherympäristön merkitystä ihmisen toimintakykyyn ja hyvinvointiin on tutkittu erilaisten teoreettisten lähestymistapojen avulla. Human Issues in Horticulture (HIH) -tutkimuksen kohteena ovat muun muassa ulkoympäristön vaikutukset ihmisten käyttäytymiseen ja hyvinvointiin. Tutkimus perustuu puutarhatieteiden lisäksi ympäristöpsykologian, psykologian, sosiologian sekä lääketieteen tietämykseen ja menetelmiin. Luonto- ja kasvillisuusympäristöllä on näiden tutkimusten mukaan myönteisiä vaikutuksia hyvinvointiin sen vuoksi, että luontoympäristössä ihmisen suunnattu tarkkaavaisuus saa levätä ja ihmisen suorituskyky palautuu. Elpyminen on sekä elimistön toimintaan että tiedon käsittelyyn liittyvä tapahtuma. (Relf ja Lohr 2000)

Ulkona liikkuminen voi tarjota hyvinvointia vahvistavia kokemuksia virkistymisen, nautinnon, luonnon kokemisen ja rentoutumisen avulla. Laitoksissa asuvien iäkkäiden ihmisten ulkoilun ja hyvinvoinnin yhteyksiä tutkittaessa havaittiin, että viherympäristö paransi erityisesti mielialaa ja ulkoilu tuotti iloa sekä virkisti mieltä. Yli puolet iäkkäistä ihmisistä koki ulkoilun parantavan unen laatua ja keskittymiskykyä. Ulkoilu palautti myös voimavaroja ja rauhoitti mielialaa. Ulkoilu nimenomaan viherympäristössä oli vahvasti yhteydessä iäkkäiden naisten itsearvioituun terveyteen riippumatta sairauksista. (Rappe 2005)

Iäkkään ihmisen hyvinvointia voidaan edistää useiden tutkimusten mukaan arjessa tapahtuvalla ulkona liikkumisella (Bowling ym. 1994; Ettinger 1996; Simonsick ym. 2005). Ulkona liikkumisessa saatu fyysinen aktiivisuus sekä mahdollisuus uusien asioiden kokemiseen säilyttävät ja lisäävät hyvän elämän kokemusta riippumatta iästä ja sairauksista sekä auttavat selviytymään arjen vaatimuksista. Ulkona liikkuminen näyttää olevan yhteydessä liikkumiskyvyn säilymiseen myös muiden kuin fyysisten yhteyksien kautta, sillä Visserin ym. (2005) havaintona oli, että ulkona kävelyn yhteydet iäkkäiden ihmisten liikkumiskyvyn säilymiseen eivät selittyneet ainoastaan lihasvoimassa tapahtuneilla muutoksilla. Ulkona liikkuminen mahdollistaa iäkkään ihmisen liittymisen toisiin ihmisiin ja sosiaaliseen ympäristöönsä, joka on Allardtin (1998) mukaan itsensä toteuttamisen tarpeiden lisäksi merkittävä hyvinvointiin liittyvä tarve.

## **Ulkoilun edistäminen – kehittämistyön oppeja**

Iäkkäiden ulkona liikkumista on aiheen tärkeydestä huolimatta tutkittu vähän. Ikäinstituutin Liikkeessä-projekti (2002–2005) on yksi harvoja kehittämis- ja tutkimushankkeita, jossa sekä hankittiin tietoa 75-vuotiaiden ja sitä vanhempien ulkona liikkumisesta että kehitettiin erilaisia ulkona liikkumisen malleja yhteistyössä eri toimijoiden ja kohderyhmään kuuluvien iäkkäiden ihmisten kanssa. Projekti toteutettiin Helsingin Viiskulmassa, Turun pohjoisella alueella ja Paimion keskustassa. Kaikille alueiden kotona

asuville 75-vuotiaille ja sitä vanhemmille tehtiin kirjallinen kysely liittyen ulkona liikkumiseen, terveyteen ja toimintakykyyn (n=1468). Vastanneista valittiin ulkona liikkumisen toimintakokeiluihin 330 henkilöä, joilla oli vaikeuksia ulkona liikkumisessa ja jotka halusivat lisätä ulkoiluaan. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Projekti on raportoitu sekä kokonaisuudessaan että hyviä käytäntöjä esitellen Ikäinstituutin julkaisusarjoissa (Ponsi ym. 2005; Ponsi ja Karvinen 2007). Tässä yhteydessä kiinnitetään huomio joihinkin tärkeisiin havaintoihin, joita kolmen vuoden kehittämistyöstä opittiin. Ajatusten toivotaan hyödyttävän erityisesti vanhusten hyväksi toimivia päättäjiä, suunnittelijoita ja työntekijöitä.

Iäkkäät ihmiset haluavat liikkua ulkona siitä huolimatta, että heidän toimintakykynsä on heikentynyt ja ulkona liikkuminen tuottaa vaikeuksia. Ulkona liikkumisesta luovutaan vastentahtoisesti ja pakon edessä. Ulkona liikkuminen on iäkkäitä kiinnostava aihe ja heillä on siitä paljon sanottavaa. Matalan kynnyksen ohjatut ulkoiluryhmät ovat suosittuja sellaistenkin iäkkäiden parissa, jotka eivät aivan vielä kuulu toimintakyvyltään heikentyneiden ryhmään, mutta joille toiminnasta on hyötyä ennaltaehkäisevässä mielessä.

Mikään taho ei ole toistaiseksi kiinnittänyt huomiota eikä tunnista omaksi tehtäväkseen niiden iäkkäiden ulkona liikkumisen edistämistä, joiden toimintakyky alkaa olla ulkoilun esteenä. Iäkkäät itse ovat osittain vastentahtoisesti sopeutuneet tilanteeseen. Toisaalta iäkkäiden ulkoilutarpeiden esille tuomisen myötä monet julkisen ja kolmannen sektorin toimijat ovat kiinnostuneet ja ilmaisseet halunsa edistää iäkkäiden ulkona liikkumista. Perinteiden puuttuessa ulkoiluasiaan tarttuminen vaatii aloitteellisuutta niiltä tahoilta, jotka kokevat asian tärkeäksi. Liikkeessä-projektissa aloitteen tekijä oli paikkakunnasta riippuen liikuntatoimi, alueen palvelutalo tai iäkkäiden parissa toimiva valtakunnallinen järjestö. Aloitteen tekijä voi kutsua koolle työryhmän, joka lähtee työstämään asiaa. Tärkeä on saada mukaan edustajat ainakin terveys-, sosiaali- ja liikuntatoimesta, vanhustyön järjestöistä ja ympäristön suunnittelusta, sillä palveluiden ja tukitoimien kehittäminen edellyttää monen tahon yhteistyötä. Kokemuksen mukaan myös iäkkäät ovat kiinnostuneita osallistumaan keskusteluun ja antamaan omia ehdotuksiaan ulkoilupalveluiden kehittämiseksi. Iäkkäiden osallisuus suunnitteluun on hyvien palvelujen perusedellytys.

Kiinnostuksen herättyä ulkona liikkumiseen on tärkeä miettiä, miten tavoitetaan ne iäkkäät ihmiset, joiden ulkona liikkuminen vähenee ja joita sen myötä uhkaa toimintakyvyn nopea heikkeneminen. Lähelle oikeaa kohderyhmää päästään, kun valitaan esimerkiksi 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat kotihoidon piirissä tai palvelutaloissa asuvat tai palveluita käyttävät ihmiset. Monesti myös seurakunnan vanhustyö, etsivä kotihoito tai vanhustyön järjestöt ovat oivia yhteistyökumppaneita löytämään kohderyhmät, jolle ulkoilupalvelut ovat tarpeen.

Oikeat ihmiset voidaan tunnistaa muutaman kysymyksen avulla. Kysymysten avulla iäkkäältä selvitetään esimerkiksi, onko ulkona liikkuminen vähentynyt viimeisen vuoden aikana, tuottaako ulkona tai portaissa liikkuminen vaikeuksia ja pelkääkö iäkäs kaatumista liikkueessaan ulkona. Mikäli näihin kysymyksiin saadaan myönteinen vastaus, on tärkeä ryhtyä pohtimaan tukitoimia ulkoilun jatkumiselle. Hyvien palvelujen kehittämiseksi on välttämätöntä kysyä, mikä iäkästä kannustaa ulkoilemaan ja mitkä asiat hän kokee ulkoilun esteiksi. Kysymykset voi tehdä lääkäri, terveydenhoitaja tai sosiaali-

lihoitaja vastaanotollaan, kotihoidon henkilöstö hoito- ja palvelusuunnitelmaa laatiesaan, harrastustoiminnan ohjaaja eläkeläiskerhoissa, iäkkään omainen, vapaaehtoinen tai iäkäs itse.

Iäkkäät ovat erittäin kiinnostuneita säilyttämään mahdollisuutensa henkilökohtaisten asioiden hoitoon. Asiointi on ehdottomasti tämän ikäryhmän tärkein syy lähteä ulos. Siksi ympäristön suunnittelun keinoin olisi tärkeä varmistaa lähipalveluihin johtavien reittien esteettömyys, turvallisuus ja talvikunnossapito. Myös riittävän tiheästi asetettuja levähdyspaikkoja tarvitaan. Kehittämishankkeen kokemusten mukaan ympäristön suunnittelun lisäksi myös lähipalveluiden tarjoajat voivat palvella iäkkäitä asiakkaitaan erilaisin tukitoimin: esimerkiksi kauppaa voidaan varustaa iäkkäiden asiointiin näkökulmasta seniorikärryin ja lepopenkein. Myös kaupan ympäristö on mahdollista muokata turvallisiksi ajatellen kävellen kauppaa tulevia iäkkäitä ihmisiä.

Kauppakeskusten yhteyteen järjestetystä ulkoilu- ja liikuntaneuvonnasta saatiin hyviä kokemuksia. Liikuntaneuvonnan järjesti liikuntatoimi yhteistyökumppaneineen ja arkitien varrelle sijoitettuna se herätti kovasti iäkkäiden kiinnostusta. Lähikauppojen säilyminen ylipäänsä ja niiden varustaminen siten, että apuvälineenkin avulla kulkeva iäkäs voi siellä asioida, on ensiarvoisen tärkeää. Myös apteekit ja terveystieteiden keskuksien palvelut ovat paikkoja, joista iäkkäille asiakkaille voidaan jakaa tietoa ulkoilun merkityksestä.

Ryhmämuotoinen, ohjattu ulkoilu, jossa liikkumisen nopeutta voi säädellä yksilöllisesti, on osoittautunut iäkkäitä kiinnostavaksi ulkoilun tavaksi. Ulkoilun ohella iäkkäät ovat nimittäin kertoneet kaipaavansa toisten ihmisten seuraa ja ryhmän antamia sosiaalisia virikkeitä. Onnistuneiksi ulkoiluisillä on osoittautuneet mm. kulttuurikävely ja kävely esteettömällä luontopolulla tai viherympäristössä.

Talviulkoilu on aivan erityinen haasteensa ulkoilualueiden talvikunnossapidon, turvallisuuskysymysten, vaatetuksen, talvijalkineiden, liukuesteiden, kävelyn apuvälineiden, kävelysauvojen jne. suhteen. Ensimmäinen edellytys ryhmäulkoilulle on turvallinen kävelyalue ja sinne johtava turvallinen reitistö tai järjestetty kuljetus. Projektin suurina innovaatioina oli saada tiettyinä aikoina käyttöönsä lämmitetty jalkapallokenttä yhteistyössä paikallisen urheiluseuran kanssa. Isoissa kaupungeissa myös lämmitetyt kävelykadut ovat hyviä ulkoliikunta-alueita iäkkäille – erityisesti sellaiseen aikaan, jolloin kaduilla ei ole ruuhkaa. Rakennusten historia voi antaa mielenkiintoista sisältöä ulkoilulle. Ulkoilutoiminnan toteuttamiseen on hyvä kytkeä iäkkäiden kokemukset ja voimavarat: esimerkiksi kulttuurin ja luonnon osalta iäkkäillä on runsaasti tietoa, osaamista ja kokemusta.

Myös yksilölliset ulkoilupalvelut kiinnostavat iäkkäitä. Esimerkiksi toive päästä asioille yhdessä luotettavan ulkoiluystävän kanssa on tärkeää. Kehittämishankkeessa todettiin, että ulkoiluystävän toimiminen on hyvä ja konkreettinen vapaaehtoistyön osa, johon on suhteellisen helppo houkutella ihmisiä mukaan. Vapaaehtoiset tarvitsevat aiheesta selkeän koulutuksen, jossa perehdytetään vastuukysymyksiin, ulkona liikkumisen avustamiseen ja ulkoilun sisältövaihtoehtoihin. Iäkkäiden luottamuksen saavuttamiseksi ja toiminnan käynnistämiseksi on tärkeää, että ulkoilu- ja asiointiystäviä välittää jokin virallinen tahon, esimerkiksi sosiaali- tai liikuntatoimi.

Ulkoilun tulisi kuulua luontevana osana myös kotihoidon kuntouttavaan työotteeseen. Kehittämishankkeessa tästä saatiin lupaavia kokemuksia. Ulkoilu liitettiin iäkkään yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja sen toteutumista seurattiin säännöllisesti. Ulkoiluvalmiuksien parantamiseksi kotihoitoon liitettiin myös voima- ja tasapainosisältöinen kotivoimisteluoohjelma, jota kotihoidon henkilöstö toteutti vanhuksen kanssa. Kotihoidon henkilöstö on myös avainasemassa tiedottamaan ryhmämuotoisesta ulkoilutoiminnasta. Varteenotettava ajatus on myös se, että kotihoidonhenkilöstö sopii keskenään yhteisestä ulkoiluhetkestä usean asiakkaan kanssa, jolloin vanhukset saavat hyväksyen ryhmäliikunnan psykososiaaliset hyödyt ja kotiavustajat vertaistukea yksinäiseen työhönsä.

Ulkoilupalveluja suunniteltaessa tarvitaan poikkihallinnollista yhteistyötä. Tärkeä on sopia taho, joka kantaa kustakin palvelusta päävastuun. Lisäksi kuljetus tai saattoapu hyvälle ulkoilupaikalle saattaa olla osalle tarpeen. Itse ulkoilutilanteessa voidaan ohjaajan/ohjaajien lisäksi tarvita vapaaehtoisten apua, apuvälineitä, oheispalveluja (esimerkiksi kahvia ja musiikkia) sekä varmistus siitä, että iäkkäät pääsevät turvallisesti takaisin kotiinsa. Monesti ulkoilutilanteiden suunnittelu tuo esiin ympäristön epäkohdat ja toiminnan onnistuminen edellyttää joitakin korjaustoimenpiteitä kuten lisäpenkkien asettamista kävelyreittien varrelle yhteistyössä ympäristösuunnittelijoiden tai viheryksikön kanssa. Usein myös opasteiden ja karttojen, valaistuksen ja kaiteiden puutteet havaitaan vasta silloin, kun lähdetään toteuttamaan ulkoilua iäkkäiden kanssa.

Oma kysymyksensä on palveluista tiedottaminen toimintakyvyltään heikentyneille iäkkäille. Myös ulkoilun liittäminen kotihoitoon edellyttää tiedon jakoa asiakkaille ja heidän omaisilleen. Kokemukset ovat osoittaneet, että yhteydenoton tulee olla henkilökohmainen ja palvelukuvauksen sellainen, että iäkäs voi kokea palvelun tarkoittavan juuri hänenlaistaan liikkujaa. Myös toiminnan sisältö on kuvattava tarkasti oheispalveluineen. Yleiset ilmoitukset, esimerkiksi lehti-ilmoittelu, tavoittaa usein vain aktiiviset liikkujat.

Paneutumalla iäkkäiden ulkona liikkumisen tarpeisiin ja toiveisiin on monialaisella julkisen ja kolmannen sektorin yhteistyöllä mahdollisuus tarjota kattavaa ulkoilutoimintaa sitä kaipaaville iäkkäille ihmisille. Toiminta palkitsee monin tavoin niin sen järjestäjät kuin iäkkäät ihmisetkin. Vuoden aikojen vaihtelu, maantieteellinen sijainti ja rikas luonto- ja viherympäristö tarjoavat suuret mahdollisuudet ja suuret haasteet ulkoilutoiminnalle. Näissä olosuhteissa Suomen on ulkoilukulttuuria arvostavana maana mahdollista kehittyä myös iäkkäiden ulkona liikkumisen esimerkikimaaksi.

## **Pohdittavia kysymyksiä**

- Valitse mielessäsi joku tuntemasi palvelutalo tai asuinalue, jossa asuu paljon iäkkäitä ihmisiä. Millaisia puutteita näet ulkoiluympäristössä iäkkäiden näkökulmasta? Miten havaitsemiasi puutteita voi korjata? Keiden yhteistyötä tarvitaan?
- Millaiset ennakoivia merkkejä voit huomata iäkkäässä ihmisessä, jonka ulkona liikkuminen alkaa vähentyä? Millaisin keinoin voisit seurata esimerkivanhuksen ulkoilun määrää ja laatua?
- Mitkä tahot voisivat havaita iäkkään ulkona liikkumisen vähenemisen? Millaisin keinoin?

- Miten selvittäisit iäkkään asiakkaan ulkona liikkumisen esteitä ja motiiveja?
- Millaista ohjattua ulkoliikuntaa iäkkäille voisi tarjota omalla asuinalueellasi? Keiden yhteistyöllä palveluita voisi saada aikaiseksi?
- Iäkkäät kaipaavat ulkoiluapua ja kävelykavereita. Millaisin keinoin ulkoiluystäviä voidaan rekrytoida? Mitkä tahot voivat vastata ulkoiluystävätoiminnasta?
- Kuinka tiedottaisit iäkkäille uusista ulkoliikuntapalveluista?
- Miten edistät oman lähivanhuksesi turvallista talviliikkumista? Pohdi asiaa yksilön harjoittamisen, ympäristön muokkaamisen ja sosiaalisen tuen näkökulmasta.
- Miten haluaisit itse ulkoilla iäkkäänä, jos voimasi olisivat jo jossain määrin heikentyneet?



## Lähteet

- Allardt E. Hyvinvointitutkimus ja elämänpolitiikka. Kirjassa: Elämänpolitiikka, s. 34–53. Toim. Roos J-P, Hoikkala T. Gaudeamus, Tampere 1998.
- Bengtsson A. Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade. Statens Folkhälsoinstitut 60. Sandviken 2003.
- Bowling A, Farquhar M, Grundy E. Changes in the ability to get outdoors among community sample of people aged 85+ in 1987: results from a follow up study in 1990. *Int J Health Sci* 5: 13–23, 1994.
- DiPietro L. Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function. *J Gerontol* 56A: 13–22, 2001.
- Ettinger WH. Physical activity and older people: A walk a day keeps the doctor away. *J Am Geriatr Soc* 44: 207–208, 1996.
- Heikkinen E. Iäkkiden ihmisten terveysterveys, toimintakyky ja elämänlaatu. Kirjassa: Ikääntyminen ja liikunta, s. 1–13. Toim. Era P. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Kopijyvä Oy, Jyväskylä 1997.
- Heikkinen E. Sosiaalis-taloudellisten tekijöiden ja elintapojen yhteys vanhenemiseen. Kirjassa: *Gerontologia*, s. 319–335. Toim. Heikkinen E, Rantanen T. Tammer-Paino Oy, Tampere 2003.
- Hirvensalo M, Huovinen P, Kannas S, ym. Liikunta iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. Kirjassa: Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen, s. 63–78. Toim. Hietanen A, Lyyra T-M. Selvityksiä 2003:2, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 2003.
- Hirvensalo M. Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 2002;87.
- Jolanki O. Toimintakyvyn monet ulottuvuudet. Julkaisussa *Toimintakyky, hyvinvointi ja elämänlaatu. Esityksiä työseminaarissa 2.–3.5.2000*, s. 24–31. Oraitia 2/2000. Kuntokallio, Sipoo 2000.
- Karppi S-L, Ollila S. Fyysisen toimintakyvyn muutos ja suoriutuminen päivittäisistä toimista. Kirjassa: *Terveyden ja toimintakyvyn muutokset terveillä 65-vuotiailla miehillä ja naisilla. Seurantatutkimus 80 vuoden ikään asti*. Toim. Rönnemaa T, Karppi S-L. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan tutkimuskeskus, Turku 1997.
- Kriegsman D M , Deeg D J, van Eijk J T, ym. Do disease specific characteristics add to the explanation of mobility limitations in patients with different chronic diseases? *J of Epidemiology & Community Health* 51 (6): 676–685, 1997.
- LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF, ym. Maintaining mobility in late life. *Am J Epidemiol* 137: 858–869, 1993.
- Liimatta M, Helakorpi S, Berg M-A, ym. Eläkeikäisen väestön terveysterveystyminen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1994, Helsinki 1993.
- Pajukoski M. Hyvinvointi toiminnan kohteena. Kirjassa: *Ympäristö ja hyvinvointi*, s. 54–84. Toim. Tapaninen A, Kauppiinen T, Kivinen K, ym. Stakes-julkaisu 1. painos. Werner Söderström, Porvoo 2002.
- Patla A E, Shumway-Cook A. Dimensions of mobility: Defining the complexity and difficulty associated with community mobility. *J Aging and Phys Activity* 7: 7–19, 1999.

- Pohjolainen P, Rantamaa P. Ikääntyvien liikunta – mitä se on? Kirjassa: Ikääntyminen ja liikunta, s.183–195. Toim. Era P. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 108. Likes, Kopijyvä Oy, Jyväskylä 1997.
- Ponsi V, Karvinen E, Simonen M. Ulkoilu ja asiointi osaksi iäkkään arkea. Raportteja 3/2005. Ikäinstituutti, Helsinki 2005.
- Ponsi V, Karvinen E. Ulos ulkoilupulasta – hyviä käytäntöjä ikäihmisten ulkoiluun. Hyvät käytännöt 1/2007. Ikäinstituutti, Helsinki 2007.
- Rantanen T. Lihasvoima, liikkumiskyky ja itsenäinen elämä iäkkäillä ihmisillä. Gerontologia 9: 2–7, 1995.
- Rappe E. The influence of a green environment and horticultural activities on the subjective well-being of the elderly living in long-term care. University of Helsinki. Department of applied biology 24. Helsinki 2005.
- Rappe E. Kasvit ja vanhusten hyvinvointi. Kirjassa: Puisto, puutarha ja hyvinvointi, s. 117–128. Toim. Rappe E, Lindén L, Koivunen T. Gummerus, Jyväskylä 2003.
- Relf D, Lohr V. Human issues in horticulture. HortScience 38: 984–993, 2003.
- Ruoppila I. Sosiaalinen tuki ulkona liikkumisen apuna. Kirjassa: Iäkkäät ja ulkona liikkuminen, seminaariesityksiä 14.10.2003, s. 23–33. Toim. Karvinen E, Syrén I. Oraita 2/2004. Ikäinstituutti, Helsinki 2004.
- Sakari-Rantala R, Heikkinen E, Ruoppila I. Difficulties in mobility among elderly people and their associations with socioeconomic factors, dwelling environment and use of services. Aging Clin Exp Res 7: 433–440, 1995.
- Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. Hoito, huolenpito ja opetus. 1. painos. WSOY, Juva 1996.
- Simonsick EM, Guralnik JM, Volpato S, ym. Just get out door! Walking outside the home for maintaining mobility: Findings from the women's health and aging study. JAGS 53: 198–203, 2005.
- Sulander T, Helakorpi S, Nissinen A, ym. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2003 ja niiden muutokset 1993–2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2004. Helsinki 2004.
- Ukkonen T, Ruoppila I, Suutama T, ym. 55 vuotta täyttäneiden jyväskyläläisten ulkona liikkumisen tavoitteet ja ongelmat. Psykologian laitoksen julkaisuja 338. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998.
- Visser M, Simonsick EM, Colbert LH, ym. Type and intensity of activity and risk of mobility limitation: The mediating role of muscle parameters. JAGS 53: 762–770, 2005.
- Vuori I. Lisää liikuntaa! Edita Prima, Helsinki 2003.

## **5 DEMENTOITUVAN IHMISEN JA HÄNEN OMAISENSA HYVÄ ARKI**

*Sirkkaliisa Heimonen*

Tämän artikkelin tavoitteena on kuvata dementoivaan sairauteen sairastuneiden ja heidän läheistensä arjen haasteita kotihoidossa. Artikkelissa keskitytään sairastuneiden ja heidän läheistensä elämänlaatuun linkittyviin tekijöihin. Tavoitteena on myös valottaa dementoivien sairauksien aiheuttamia palvelutarpeita sekä palveluiden laatuun liittyviä tekijöitä. Taustaksi artikkelissa käsitellään ensin yleisesti dementiaa ja dementoivien sairauksien oirekuvia. Toiseksi tarkastellaan dementoivien sairauksien vaikutuksia sekä sairastuneelle itselleen että hänen läheisilleen. Kolmanneksi käsitellään kodin merkitystä dementoituvalle ihmiselle, kotihoidon erityispiirteitä sekä sen tukemisen haasteita. Artikkelin lopuksi jäsennetään muistihäiriö- ja dementiatyön muuttuvaa kuvaa sekä palveluiden ja hoidon haasteita tulevaisuudessa.

Dementoivien sairauksien varhaisen tunnistamisen kehittyessä näihin sairauksiin sairastuneille ja heidän läheisilleen avautuu mahdollisuus moniin hyviin vuosiin kotona. Sairastuneiden ja heidän omaistensa elämänlaadun ja arkiselviytymisen tukemiseksi tarvitaan kuitenkin tietoa siitä, miten he kokevat sairauden vaikutukset arjessa ja minkälaista tukea ja palveluita he kokevat tarvitsevansa.

### **Dementiasta ja dementoivista sairauksista**

Dementoivat sairaudet ovat nykyisin varsin hyvin tunnettuja sairauksia ja niihin liittyvä tieto on lisääntynyt. Sairaudet ovat olleet esillä esimerkiksi omaisten kertomien kokemusten valossa, hoidon ja palveluiden kehittämishaasteina sekä eri tieteenalojen tutkimuksen kohteina. Dementoivia sairauksia voidaan pitää merkittävänä kansanterveydellisenä ja -taloudellisena haasteena (Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä 1996). Tähän yhteiskunnalliseen haasteeseen voidaan vastata varhaisella taudinmäärityksellä sekä kattavalla tutkimuksen ja hoidon kokonaisuudella (Erkinjuntti ja Koivisto 2006).

Kiinnostus dementoiviin sairauksiin linkittyy väestömme nopeaan ikääntymiseen lähitulevaisuudessa ja sen vaikutusten arvioinnin tarpeeseen. Vuoteen 2030 mennessä 65 vuotta täyttäneitä on arvioitu olevan jo 1,4 miljoonaa eli 600 000 henkilöä enemmän kuin tällä hetkellä (Tilastokeskus 2004). 65 vuotta täyttäneistä 8 % kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta (Viramo ja Sulkava 2006). Koska korkea ikä on dementoivien sairauksien keskeinen riskitekijä, tulee dementoituvien ihmisten lukumäärä ja heidän suhteellinen osuutensa väestöstä kasvamaan tulevaisuudessa.

Vuonna 2005 Suomessa arvioitiin olevan noin 85 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta henkilöä ja lisäksi lievästi dementoituneita oli noin 35 000 henkilöä, mutta vuonna 2030 vähintään keskivaikeasti dementoituneiden määrän arvioidaan olevan jo 128 000 (Viramo ja Sulkava 2006). Arviolta puolet vähintään keskivaikeasti dementoituneista ihmisistä eli noin 40 000 asuu omassa kodissaan ja tämän määrän lisäksi osa

noin 30 000 lievästi dementoituneista ihmisistä tarvitsee kotona selviytymisensä tueksi erilaisia palveluita (Heimonen ja Tervonen 2004).

Dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten määrän lisääntymisen valossa on ymmärrettävää, että näitä sairauksia voidaan kuvata kansantaloudellisena uhkana, jossa sairastuneiden lisääntyvä määrä vaikuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvuun (Basting 2003). Dementoivat sairaudet ovat merkittävä koko palvelujärjestelmää koskeva haaste, koska ne aiheuttavat laajaa palveluiden tarvetta niin sairastuneille itselleen kuin heidän omaisilleenkin (Virnes 2004). Suomessa vuonna 2005 dementiahoidon välittömät kustannukset olivat 2,0 miljardia euroa, josta avohoidon osuus oli noin 0,4 miljardia euroa (Eloniemi-Sulkava 2006). Hoidon kustannuksista hoivan osuuden on arvioitu olevan 80–85 %, mutta taudin kokonaiskustannuksista diagnostisten selvitysten ja tutkimusten osuus vain 1 % (Erkinjuntti ja Koivisto 2006).

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriön lisäksi laajempi henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotoimintojen eli tiedon käsittelyn heikentyminen aiempaan toimintakyvyn tasoon verrattuna. Älyllisen toimintakyvyn muutokset aiheuttavat merkittävän sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumisen (ks. esim. Erkinjuntti 2006b). Dementoivien sairauksien oirekuvat ovat laaja-alaisia. Muistihäiriöt ovat keskeisin oire, mutta niiden lisäksi dementiaan kuuluu vähintään yksi seuraavista oireista: 1) dysfasia eli kielellinen häiriö, 2) dyspraksia eli tahdonalaisten liikkeiden häiriö; liikesarjojen suorittamisen vaikeus, vaikka motoriikka on kunnossa, 3) agnosia, havaintotoiminnan häiriö; nähdyn esineen tunnistamisen vaikeus tai nähdyn merkityksen käsittämisen vaikeus, vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaali tai 4) toiminnan ohjaamisen häiriö eli vaikeuksia suunnitelmallisuudessa, kokonaisuuden jäsentämisessä, järjestelmällisyydessä ja abstraktissa ajattelussa (American Psychiatric Association 1994).

Alzheimerin tauti on yleisin dementoiva sairaus ja se aiheuttaa noin 70 % tapauksista. Dementian taustalla voi olla myös vaskulaariset eli verisuoniperäiset demeniat (15 %), Lewyn-kappale -tauti (n. 15 %) tai otsalohkodegeneraatiot (alle 5 %). (Viramo ja Sulkava 2006.) Dementoivien sairauksien oirekuvat ja etenemisen tapa vaihtelevat. Oireiden yksilölliseen ilmenemiseen tapaan on esitetty vaikuttavan neurologisen sairauden lisäksi myös sairastuneen persoonallisuus ja hänen elämänsä kulkunsa, sosiaaliset suhteet sekä muu terveydentila ja aistien toiminta (Kitwood 1997).

Alzheimerin tauti alkaa hitaasti ja etenee tasaisesti vaiheittain. Oirekuvaan kuuluvat oppimisen vaikeutumisen ja muistihäiriöiden ohella esimerkiksi kielelliset vaikeudet, toiminnanohjauksen heikentyminen sekä aloitteellisuuden väheneminen. Alkuvaiheessa masentuneisuus on yleistä ja sairauden edetessä orientaatio heikkenee sekä hahmottamisen vaikeudet lisääntyvät. Arjessa tämä näyttäytyy siten, että kyky painaa mieleen asioita on heikentynyt, asiat unohtuvat ja samojen asioiden toistelu alkaa esiintyä. Tavanomaiset asiat hankaloituvat: kaupassa käynti ei onnistu, sovitut asiat unohtuvat, liikkuminen vieraassa ympäristössä voi olla epävarmaa, monimutkaisten asioiden hoito (talousasiat, rahankäyttö, ruoanvalmistus) ei onnistu. Sairauden edetessä ilmenee myös vaikeuksia seurata keskustelua ja ilmaista itseään sekä esimerkiksi pukeutuminen ja kodinkoneiden käyttö vaikeutuvat. (Pirttilä ja Erkinjuntti 2006.)

Vaskulaarisen dementian taustalla ovat aivoverenkierron häiriöt. Sairaus etenee tyypillisesti portaittain ja oireet ovat yhteydessä siihen, missä kohdassa aivoja verenkiertohäiriöt tapahtuvat. Alkuvaiheessa voi esiintyä kielellisiä vaikeuksia, tilan hahmottamisen ongelmia tai monimutkaisten liikesuoritusten heikentymistä. Oirekuvaan kuuluvat kävelyn, aloitekyvyn ja ajatustoimintojen heikentyminen sekä toiminnan ohjauksen hidastuminen ja häiriintyminen. (Erkinjuntti ja Pirttilä 2006.) Arjessa tämä näyttäytyy siten, että suunnitelmallisuus ja järjestelmällisyys kärsivät. Vaskulaarista dementiaa sairastuvilla nopea siirtyminen tehtävästä toiseen on vaikeaa, keskittymiskyky heikkenee ja asioihin ryhtyminen vaatii patistelua. Kävelyssä liikkeelle lähtö on vaikeaa ja kävely sinänsä on hankaloitunut. Oiretiedostus on paremmin säilynyt kuin Alzheimerin taudissa, mikä aiheuttaa sairastuneelle masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta.

Lewyn kappale -tautiin liittyvät puolestaan henkisen suorituskyvyn heikentyminen, Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, vireystason ja oireiden nopea vaihtelu sekä yksityiskohdalliset näköharhat. Taudin alkuvaiheessa muistivaikeuksia ei välttämättä esiinny merkittävästi, mutta taudin edetessä dementiaoireet lisääntyvät (ks. Rinne 2006). Frontaalidementian ensimmäisinä oireina ovat käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset. Sairauteen liittyy aloitekyvyttömyyttä, apaattisuutta, mutta toisaalta myös estottomuutta ja ärsykesidonnaisuutta. Frontaalidementiaa sairastavan ihmisen omaiselle tilanne on haasteellinen käyttäytymisen muuttumisen vuoksi. (esim. Tainsh ja Hinselwood 1997.)

Vaikka eri dementoivien sairauksien oirekuvat eroavatkin toisistaan ja sairauden eteneminen on lisäksi yksilöllistä, niin kaikille eteneville muistisairauksille on yhteistä niiden laaja-alaiset vaikutukset toimintakykyyn ja arkiselviytymiseen. Dementoitava ihminen tarvitseekin tukea ja konkreettista apua selviytyäkseen päivittäistoiminnoista ja avun tarve on yhteydessä sairauden oirekuvaan, sairauden vaikeusasteeseen ja esimerkiksi sosiaalisen verkoston toimivuuteen (Heimonen ja Tervonen 2004). Lähiomainen joutuu ottamaan enenevässä määrin vastuuta arjen toimintojen sujumisesta. Dementoiviin sairauksiin sairastuneiden määrän kasvu tulevaisuudessa haastaa kehittämään toimintakykyä ja elämänlaatua tukevia palveluita, minkä vuoksi tarvitaan syvällistä tietoa sairastuneiden ja heidän omaistensa hyvän arjen edellytyksistä.

## **Dementoivan sairauden vaikutukset arjessa**

### **Sairastuneen kokemukset lähtökohtana arkiselviytymisen tukemiselle**

Viime vuosina huomio on kiinnittynyt yhä enemmän siihen, mitä vaikutuksia dementoivalla sairaudella on sairastuneelle itselleen, ja kuinka hän itse määrittää elämäänsä sairauden kanssa (Cheston ja Bender 2003). Sairastuminen on yleensäkin elämäntarinan jatkuvuutta uhkaava tekijä, joka katkaisee suunnitellun tien menneisyydestä tulevaisuuteen aiheuttaen tarinallisen tyhjiön (Hänninen ja Valkonen 1998). Dementoivat sairaudet eroavat muista kroonisista sairauksista niiden etenevän luonteen ja moninaisten vaikutusten vuoksi. Ne eivät ainoastaan vaikuta laaja-alaisesti sairastuneen ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun, vaan monin tavoin myös hänen omaistensa elämään.

Kognitiivisen toimintakyvyn etenevä heikentyminen vaikeuttaa sairastuneen ihmisen mahdollisuutta ylläpitää jatkumoa menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden välillä. Muistin heikentymisen myötä sairastunut ei tavoita elämänsä historiaansa kuuluvia tapahtumia, eikä toisaalta voi sairautensa edettyä pidemmälle tavoitteellisesti suunnitella omaa tulevaisuuttaan. Sairastunut ei dementoivan sairauden vuoksi voi tavoitteellisesti ja pitkäjänteisesti ylläpitää toiminnallista identiteettiään (Pikkarainen 2004). Dementoituva ihminen tarvitseeikin sairauden edetessä pidemmälle elämäntarinan jatkuvuutta tukevaa hoivaa (Granö ym. 2006).

Dementoiva sairaus muuttaa siihen sairastuneen ja hänen läheistensä elämää ja usein muutokset voivat olla dramaattisiakin ja kaikille arkielämän osa-alueille ulottuvia (Saarenheimo 2006). Dementoivien sairauksien psykososiaaliset vaikutukset liittyvät menetyksiin ja muutoksiin, jotka todentuvat jo sairauden alkuvaiheessa. Sairastunut henkilö saattaa jo ennakoivasti sairautensa alkuvaiheessa surra sairauden myöhemmin aiheuttamia vaikutuksia, toimintakykynsä menettämistä sekä toisten avun varaan joutumista (Heimonen 2005). Kognitiivisten kykyjen heikentyminen johtaa vähitellen tilanteeseen, jossa sairastunut ei enää itsenäisesti kykene tekemään päätöksiään asioistaan ja täten juuri sairauden alkuvaiheessa tulisikin sairastunutta tukea järjestelemään asioitaan sairauden etenemisen ja toimintakyvyn heikentymisen varalta (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004). Sairastuneet tarvitsevat paljon tietoa suunnitellakseen ja elääkseen täyttä elämää, mutta heidän mahdollisuutensa tiedon saamiseen on monesti rajoittunut (Cantley ja Bowes 2004).

Dementoiva sairaus rajoittaa sairastuneen toimintaan osallistumista ja hänen osallisuuttaan yhteisöön. Sairastuneet ihmiset eristäytyvät helposti lähiyhteisöstään ja perheestään, millä on suuri vaikutus heidän identiteetilleen ja elämänlaadulle. Sairautensa vuoksi heidän mahdollisuutensa mielekkääseen tekemiseen ja vapaa-ajan aktiviteetteihin voi olla rajoittunut sekä heidän voi olla vaikeaa ylläpitää kontakteja sosiaaliseen verkostoonsa, mikä merkitsee myös sen tarjoaman henkisen tuen puuttumista. (Cantley ja Bowes 2004.) Dementoiva sairaus muodostaa ikään kuin uhkan kyvyille ylläpitää normaaleja aktiviteetteja, minkä vuoksi sairastunut vetäytyy toiminnoista (Robinson 2000).

Dementoiva sairaus vaikuttaa sairastuneen identiteettiin. Sairastunut kokee sosiaalisen kelpaamattomuuden ja alemmuuden tunteita (Young 2002), jotka sinällään voivat eristää hänet sosiaalisesta verkostostaan, vaikuttaa mielialaan ja vahvistaa entisestään dementoivan sairauden oireita. Sairastuneet saattavat kokea häpeää ja leimautumista sairautensa vuoksi, heidän itsetuntonsa on usein heikentynyt ja he voivat olla tilanteensa vuoksi ahdistuneita ja kuormittuneita. (Cantley ja Bowes 2004.) Sairastuneen henkilön kokemus omien kykyjensä menettämisestä voi aiheuttaa pettymyksen tunteita, vetäytymistä sosiaalisista suhteista tai masennusta ja apatiaa (Gelines ja Auer 1999). Sairauteen suhtautumista määrittävät yhtäältä epävarmuus ja toisaalta yritys elää normaalia elämää. Epävarmuus liittyy oireiden aiheuttamaan itseluottamuksen heikentymiseen. Sairastuneet ihmiset yrittävät vähentää sairauden vaikutuksia elämässään, ylläpitää tunnetta elämän jatkuvuudesta ja elää mahdollisimman samankaltaista elämää kuin ennen sairastumista (Phinney 1998).

Sairauden myötä kohdattavista menetyksistä huolimatta dementoituvat ihmiset haluavat toteuttaa tuottavia ja merkityksellisiä rooleja elämässään (Dabbs 1999). Vaikka siis dementoivien sairauksien vaikutukset ovat laaja-alaiset ja sairastuneen tilanne määritelläänkin usein toimintakyvyn vajeiden kautta, niin inhimillisestä näkökulmasta on korostettava dementoituvan ihmisen oikeutta monimuotoisiin elämäkokemuksiin, mahdollisimman normaaliin elämään ja terveyden kokemiseen sairaudesta huolimatta sekä itsensä toteuttamiseen ja osallistumiseen (Heimonen ja Tervonen 2004). Tähän linkittyy sairastuneen ihmisen tukemisen ydinkysymys ja jännite: *miten häntä voidaan auttaa tunnistamaan sairauden aiheuttamat menetykset ja muutokset tukien kuitenkin mahdollisimman normaalin, totutun elämän jatkumista*. Tasapainon löytäminen auttaa näkemään tilanteessa realistista toivoa, mikä on tärkeä sairauden kanssa selviytymistä tukeva voimavara (Pitkälä 2004). Haasteena dementoivan sairauden alkuvaiheessa on auttaa sairastunutta ylläpitämään toivoa, vahvistaa hänen identiteettiään sekä tukea selviytymistä dementoivan sairauden aiheuttamista muutoksista (Cox 1999).

Dementoivaan sairauteen liittyy sairaudentunnon heikentyminen eli sairauden edetessä pidemmälle sairastunut itse ei välttämättä tunnista selviytymisensä vaikeutumista, vaan tilanne kuormittaa pikemminkin enemmän omaishoitajaa ja läheisiä. Sairauden alkuvaiheessa monet sairastuneet kuitenkin tunnistavat selviytymisensä heikentymisen, minkä vuoksi juuri tässä vaiheessa on sairastuneen ymmärrykseen omista oireistaan ja sairaudestaan kiinnitettävä huomiota (Clare 2003). Sairastunut saattaa siis huomata muistinsa heikentymisen, mutta muutosten edetessä hitaasti ja ollen aluksi lieviä sekä luonteeltaan vaihtelevia, hän ei huolestu välttämättä tilanteestaan. Vaikka läheiset voivat havaita lieviä ongelmia, niihin saatetaan tottua (Pulliainen ym. 2006).

Dementoituvan ihmisen elämänlaatuun ja arkiselviytymisen edellytyksiin vaikuttaa se, miten muut ihmiset suhtautuvat häneen. Sosiaalisissa vuorovaikutussuhteissa kiteytyy muiden asennoitumisen tapa sairastunutta ihmistä kohtaan: pidetäänkö dementoituvaa ihmistä arvokkaana yksilönä, jolla on sairaudesta huolimatta kyky ymmärtää tilanteiden merkityksiä ja toimia niissä tavoitteellisesti vai pidetäänkö häntä sairautensa vuoksi yksilöllisyytensä menettäneenä henkilönä (Sabat 2001). Muiden asennoitumisen tavalla on merkittävä vaikutus siihen, minkälaiseksi sairastuneen ja hänen läheistensä arki muodostuu. Tämä suhtautumisen merkitys ilmenee hyvin seuraavassa kertomuksessa, jossa Alzheimerin tautiin sairastunut henkilö kuvaa elämäänsä ja ympäristön hänelle asettamia odotuksia:

*'Tekeekö dementoivasta sairaudesta monimutkaisemman se, että sairastuneeseen henkilöön lyödään helposti tyhjän ja tietämättömän leima? Se leima tarkoittaa myös, että sairastunutta ihmistä lakataan todella kuulemasta. Yhtäkkiä ympärillä on näitä niin kutsuttuja asiantuntijoita, jotka tuntuvat tarkkaan tietävän kyseessä olevan ihmisen ajatukset ja tarpeet... lääkärin antamana hoito-ohjeenani on ollut kehoitus elää mahdollisimman täyttä elämää toisin sanoen tehdä itselleni mielihyvää ja iloa tuottavia asioita. Tehdä sellaisia asioita, mitä aina olisin halunnut tehdä. Valitettavaa kuitenkin on, että kun yrittää elää mahdollisimman onnellista ja tasapainoista elämää, siltä usein viedään pohja pois. Minulle syntyy tunne, että minun sairastuneena ihmisenä tulisi käyttäytyä minulle luodun kaavan mukaisesti. Diagnoosin saamisen jälkeen ympäristö odottaa, että kasvois-*

*sani olisi lappu: minä olen dementoitunut. Kaikkia tekemisiä tarkastellaan sairauden kautta.* (Lauri 2001.)

Sairauden vaikutusten ymmärtämiseksi sairastuneiden omien kuvausten tavoittaminen on tärkeää. Tässäkin suhteessa sairauden alkuvaihe on merkityksellinen, sillä juuri silloin voidaan saada kosketus sairastuneen henkilön omakohtaisiin kokemuksiin (Snyder 2001). Sairauden alkuvaiheessa sairastuneiden on tärkeää käsitellä tunteitaan sekä ratkaista omaan elämäänsä ja tulevaisuuttaan koskevia kysymyksiä (Yale 1995). Kokeusten tavoittaminen auttaa myös suunnittelemaan tukimuotoja, joissa painopiste on sairauden herättämien tunteiden ja mieltä askarruttavien asioiden käsittelyssä sekä arjen ja tulevaisuuden suunnittelussa.

Dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden tunteen huomioon ottaminen ovat tärkeitä elämänlaatuun liittyviä tekijöitä. Sairastuneen ihmisen itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa koko sairauden ajan (Mäki-Petäjä-Leinonen 2004). Pienissäkin arjen päätöksissä dementoituvalle ihmiselle voi antaa mahdollisuuksia valintojen ja päätösten tekoon. Sairastuneen ihmisen oman näkemyksen kysyminen ja sen huomioon ottaminen osoittaa yhtäältä kiinnostusta hänestä persoonana sekä toisaalta auttaa saamaan tietoa hänen mielialastaan, kommunikaatiokyvystään ja kyvystään hahmottaa vallitsevaa tilannetta (Eloniemi-Sulkava ym. 2006).

Miten dementoituvan ihmisen näkemyksiä sitten kuullaan? Saarenheimon (2006) mukaan dementoitunut henkilö itse on usein kaikkein ongelmallisimmassa asemassa, koska hän ei välttämättä pysty ilmaisemaan omia toiveitaan ja tarpeitaan ymmärrettävällä tavalla. Toisaalta myös muut ihmiset voivat olettaa, että sairastuneen ihmisen sisäinen maailma on tavoittamattomissa, jolloin hänen toimintaansa on vaikea ymmärtää tai sairastuneet ihmiset ovat passiivisia objekteja (Pearlin ym. 2001).

Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen lisäksi dementoituvan ihmisen elämäntarinan tunteminen ja sen hyödyntäminen hoidossa sekä hänen toimintakykynsä ja voimavarojensa huomioon ottaminen on tärkeää. Laadukkaasta hoidosta kertoo myös se, että dementoituva henkilö saa palautetta oman elämän ainutlaatuisuudesta ja arvosta, hän voi tehdä osaamiaan asioita mahdollisimman pitkään, hän saa palautetta omista osaamisistaan ja vahvuuksistaan sekä hän voi kokea onnistumisen elämyksiä (Vallejo Medina 2006). Alzheimerin taudin diagnostiikkaa ja lääkehoitoa linjaavassa käypä hoito -suosituksessa (2006) määritetään hoidon keskeiseksi tavoitteeksi elämänlaadun turvaaminen, johon liittyy sairastuneen ihmisen elämäntavan ja taustan vaaliminen, sosiaalisen arvokkuuden ja verkoston ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen. Mielekäs elämänsisältö, aktiviteetit ja onnistumisen kokemukset, läheiset ihmissuhteet, psyykinen hyvinvointi ja turvallisuus, osallisuus sekä mahdollisuus käyttää jäljellä olevia kykyjä ovat dementoivaa sairautta sairastavan ihmisen elämänlaatua tukevia tekijöitä (Bell & Troxel 2001).



## Omaisena elämisen haasteet

Dementoivat sairaudet koskettavat aina myös sairastuneen läheisiä. Sairastunut ja hänen omaisensa tarvitsevat ammattihenkilöstön tukea ja apua koko sairausprosessin ajan ja erityisesti sen keskeisissä nivelkohdissa. Tällaisiksi nivelkohdiksi voidaan määrittää dementoivan sairauden toteaminen, pysyvän laitoshoidon tarve sekä sairastuneen menehtyminen. (Huhtamäki-Kuoppala ja Koivisto 2006.) Omaisena elämisen haasteet ovat moninaiset: omaisen joutuu tulemaan toimeen omien tunteidensa ja dementoituvan läheisensä toimintakyvyn heikentymisen kanssa, minkä lisäksi hän joutuu löytämään arjen tilanteisiin monia käytännön ratkaisuja (Jylhä ym. 1996; ks. myös Blom ja Duijnsteer 1997). Omaishoitajan arkeen kuuluu monia polkuja, joille luonteenomaista on eteenpäin meneminen, arjen rutiinit, luovat ratkaisut ja tasapainoilu vaatimusten, odotusten ja mahdollisuuksien välillä (Kaskiharju ym. 2006). Puolisoiden keskinäinen työnjako, velvollisuudet, roolit ja odotukset muuttuvat, samoin kuin koko elämisen malli ja elämänrytmi. Haasteena on löytää uudenlainen arjen jäsentymisen tapa. (Saarenheimo 2005a.)

Koska kysymys on etenevän sairauden aiheuttamasta toimintakyvyn hitaasta heikentymisestä, lisääntyy sairastuneen ihmisen avun tarve vähitellen. Keskivaikeasti dementoitunut ihminen tarvitsee toisen ihmisen apua jo useita tunteja vuorokaudessa. Apua tarvitaan yleensä turvallisuudesta huolehtimisessa ja toimintojen ohjaamisessa, mutta sairauden edetessä avun tarve lisääntyy painottuen enemmän konkreettiseen apuun arjen toiminnoissa. Avun tarve tulisi aina arvioida yksilöllisesti, ja erityisesti silloin kun sairastuneen tilanteessa tapahtuu olennaisia muutoksia. Lievässä dementian vaiheessa monimutkaisten, älyllisiä kykyjä vaativien toimintojen suorittaminen ei onnistu. Sairastunut henkilö pystyy asumaan kotonaan, jos hän saa päivittäisten tehtävien suorittamiseen säännöllistä apua. Keskivaikeassa vaiheessa sairastunut tarvitsee päivittäistä valvontaa ja apua, ja sairauden edettyä vaikeaan vaiheeseen on avun tarve jo jatkuvaa ja useimmiten tarvitaan laitoshoidoa. (Sulkava ym. 1989.)

Dementoivissa sairauksissa arjen sujuvuus kiteytyy monesti omaishoitajan jaksamiseen ja hänen hyvinvointiinsa. Sairauden alkuvaiheessa omaisen rooli arjessa on lähinnä toimintojen ohjaamista ja selviytymisen seuraamista. Vähitellen ohjaaminen muuttuu konkreettiseksi auttamiseksi kaikissa päivittäistoiminnoissa. Dementoituvan kotona asuminen edellyttää usein omaisten osallistumista hoitoon ja huolenpitoon vastuun arjen sujuvuudesta siirtyessä siis muille perheenjäsenille: kotona asuminen muuttuu vähitellen ja huomaamatta kotona hoitamiseksi (Saarenheimo 2006). Kotona hoitamista voidaan toisaalta tarkastella myös moraalisen velvoitteena, joka ilmentää keskinäistä kiintymystä ja velvollisuuden tuntoa (Saarenheimo 2005a).

Dementoituvien ihmisten omaisten kokemuksia on tutkittu runsaasti. Omaisten kokemuksia on tarkasteltu usein kuormittavuuden näkökulmasta. Saarenheimo (2005b) kirjoittaa jäsenyksessään vanhusten omaishoidon tutkimuksesta viidestä teemasta: kuormittuneisuus, hyvin- ja pahoinvointi, hoitamisen positiiviset aspektit, omaishoidon tukeminen sekä omaishoitajien kokemukset. Kuormittuneisuutta ja hyvinvoinnin ongelmia hän kuvaa dokumentoidun perusteellisesti, ja tutkimus on tuottanut kuvan äärimillään väsyneestä hoitajasta joka yrittää selviytyä tehtävästään yksin. Dementoivaa sairautta sairastavan henkilön omaiselle sairastuneen käytösoireet ja fyysisen toiminta-

kyvyn vaikeudet ovat merkittävimmät taakan tunteen aiheuttajat (Eloniemi-Sulkava 2006).

Dementoivaa sairautta sairastavien omaishoitajilla on monia selviytymisen keinoja. Oman tilanteen käsittelyyn ja helpottamiseen liittyviksi tavoiksi voidaan nimetä positiivinen asennoituminen, arjen sujumista helpottavat keksinnöt ja omaishoitajan itsemäärätty (Saarenheimo 2005a). Omaishoidon yleisiksi ongelmiksi voidaan määritellä hoitamisen sitovuus, hoitamisen fyysinen rasittavuus ja psyykinen kuormittavuus, käytännölliset ongelmat, vuorovaikutusongelmat ja hoitajan emotionaaliset ristiriidat (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006).

Jos omaisen on väsynyt, tulisi tilanteeseen reagoida heti ja selvittää väsymisen taustalla olevat syyt ja tukea häntä esimerkiksi tietoa jakamalla ja sopeutumista tukemalla (Eloniemi-Sulkava 2002). Jos omaishoitajan fyysisiä, psyykkisiä ja taloudellisia voimavaroja tuetaan riittävällä tavalla, omaishoitajuuden toteutumisen edellytyksiä arvioidaan säännöllisesti ja kokonaisvaltaisesti sekä siihen tarjotaan riittäviä tukitoimia oikea-aikaisesti ja ennakoiden, niin omaishoitaja voi kokea hyvinvointia ja elää hyvää elämää (Heimonen ja Tervonen 2004). Omaisten voimavarojen vahvistamisessa dementia-neuvonnan kehittämisellä on ollut merkittävä rooli. Ohjaus ja neuvonta pitävät sisällään tiedollista, taidollista ja emotionaalista tukemista (Huhtamäki-Kuoppala ja Koivisto 2001). Oikea-aikainen ja -tasoinen tieto auttaa dementoituvaa ja hänen omaistaan selviytymään arjessa sekä ohjauksella ja neuvonnalla autetaan valmistautumaan jo ennakkoivasti sairauden edetessä kohdattaviin haasteisiin.

## **Laadukas kotihoito dementoituvan ja hänen omaisensa arjen tukena**

Ikääntyvien ihmisten hoidon ja palveluiden sisällöissä on tärkeää ottaa huomioon se, että ne yhtäältä ylläpitävät toimintakykyä ja toisaalta myös tukevat elämänlaatua ja osallisuutta. Nolan (2001) kuvaa artikkelissaan Prophetin vuonna 1998 jäsentämiä ikääntyvien ihmisten hoidon ja palveluiden lähtökohtia ja eettisiä periaatteita, joita ovat 1) ikääntyvän ihmisen huomioon ottaminen yksilönä, 2) mahdollisuus tärkeiden ihmissuhteiden säilyttämiseen, 3) turvallisuuden, itsenäisyyden ja kontrollin tunteen tukeminen, 4) jäljellä olevan terveyden tukeminen sekä 5) huomion kiinnittäminen niin olemassa oleviin voimavaroihin kuin selviytymisen vaikeuksiinkin.

Dementoituvat ihmiset ovat yksi heikkojen erityisryhmä ja tarvitsevat oikeuksiensa puolustamiseksi toisia ihmisiä (ks. esim. Mäki-Petäjä-Leinonen 2004). Edellä mainittujen periaatteiden toteutumista tulee arvioida erityisesti dementoituvien kohdalla. Koska sairauden parantaminen ei ole mahdollista, tulee sosiaali- ja terveystieteiden lähtökohtana olla sairastuneen ihmisen elämänlaadun edistäminen sekä toimintakyvyn ylläpitäminen ja tukeminen sairausprosessin eri vaiheissa (Heimonen ja Voutilainen 2006). Itsenäisyys ja selviytyminen ovat ikääntyville tärkeitä arvoja. Yksi iäkkäiden ihmisten suurimmista peloista liittyy muista riippuvaiseksi tulemiseen ja sitä kautta elämän hallinnan menetykseen (Saarenheimo 2006). Kotona asuminen on ikäihmiselle tärkeää ja monet heistä haluavat asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Kotona asumiseen liittyvät itsemääräämisoikeuden ja vapauden toteutumisen ulottuvuudet. Ikäihmisten hoito-

ja palvelujärjestelmän keskeinen tavoite on kotona asumisen tukeminen. (Ronkainen ym. 2002.)

## **Kodin merkitys**

Kotona asuminen ja kotiympäristö linkittyvät ihmisen identiteettiin. Tutulla asuinympäristöllä on ikääntyneelle ihmiselle fyysistä, emotionaalista ja sosiaalista merkitystä: kotiolut edistävät omatoimisuutta, itsenäisyyttä, elämäntähtäystä sekä turvaavat elintapojen jatkuvuutta. Ikääntyvät ihmiset kokevat parhaiten juuri omassa kodissaan oman vapautensa, itsemääräämisoikeutensa, autonomisuutensa ja päätösvaltansa toteutumisen mahdollisuudet. Kotona asuminen linkittyy myös arvostetuksi tuleminen tunteeseen ja vahvistaa vanhuksen identiteettiä. Koti mahdollistaa myös tärkeiden ihmissuhteiden jatkumisen ja tunteiden ilmaisemisen. (Koskinen 2002; 2004.)

Dementoituvalle ihmiselle kodin merkitys on erityinen. Kotiympäristö antaa mahdollisuuden dementoituvalle ihmiselle yksilöllisyyden sekä hänen oikeuksiensa ja itsemääräämisesä kunnioittamiseen (Saarenheimo 2006). Kotiympäristö tukee dementoituvan ihmisen elämän jatkumista mahdollisimman normaalina luoden tuttuutta ja turvallisuuden tuntua ja mahdollistaen myös oman elämäntarinan jatkuvuuden. Elämäntähtäystä on helpompaa kokea tutussa ympäristössä, joka myös tukee kuuluvuuden tunnetta ja elämään kuuluneiden tärkeiden ihmissuhteiden ylläpysymistä sekä osallisuutta ympäristöön (Heimonen ja Tervonen 2004). Kotiympäristö auttaa tavoittamaan dementoituvan ihmisen voimavaroja ja persoonaa. Saarenheimon (2006) mukaan dementoivaa sairautta sairastava perheenjäsen ei määrity vain sairautensa tai ongelmiansa kautta, jos hän voi asua kotona. Kotona ihmisen elämäntähtäys on läsnä mm. esineisiin kiinnittyneenä, hänellä on mahdollisuus elää itsensä näköistä elämää, omassa rytmisään ja omalla tavallaan.

## **Kotihoidon tukeminen**

Koska dementoiva sairaus heikentää sairastuneen selviytymistä vähitellen, on kotona asumisessa tärkeää oikeanlaisten tukitoimien suunnittelu ja ennakointi riittävän varhaisessa vaiheessa (Tervonen ja Heimonen 2002). Taudinmäärityksen jälkeen sairastuneen tulisi jatkaa tavallista elämäänsä kodin ja perheen piirissä siten, että arki säilyisi mahdollisimman normaalina. Sairastuneen toimintakyvyn heiketessä tai ongelmatilanteissa on selviytymisen edellytyksiä arvioitava. Toimintakyvyn heiketessä vähitellen potilaalle ja hänen omaisilleen etsitään kulloinkin soveltuvia lisätuen muotoja. (Eloniemi-Sulkava ym. 2006.)

Dementoituvan ihmisen kotona selviytymisen tavoitteellisessa tukemisessa on ennen kaikkea ymmärrettävä kokonaisvaltaisesti dementoivan sairauden aiheuttamia selviytymisen ongelmia. Vaikka dementoivat sairaudet ovatkin toimintakykyä heikentäviä, parantumattomia sairauksia, antavat varhainen havaitseminen, ennakoiva ohjaus ja neuvonta sekä tuki sairastaville ja omaisille mahdollisuuden moniin hyviin vuosiin kotona (Tervonen ja Heimonen 2002.) Hyvän arjen tukemisen näkökulmasta tämä merkitsee sitä, että heti taudinmäärityksen jälkeen selvitetään kattavasti kyseisen sairastuneen

elämäntilanne sekä hänen kokemuksensa sairauden vaikutuksista, kuullaan omaisen näkemyksiä sekä näiden valossa suunnitellaan jo ennakoivasti tarvittavia tukimuotoja. Sairastuneen ihmisen ja hänen omaisensa arjen sujuvuuden kannalta on tärkeää, että he tietävät mistä tukea on saatavilla.

Dementoituvan ihmisen kotona asuminen ei ole kuitenkaan itsestäänselvyys eikä myöskään itseisarvo, vaan sen soveltuvuutta arvioitaessa on otettava huomioon sairastuneen ihmisen toimintakyky, omaisen voimavarat sekä fyysisen ympäristön soveltuvuus. Esimerkiksi kunnille tarkoitettussa omaishoidon tukea koskevissa ohjeissa (STM, 2005) korostetaan omaishoitajan fyysisen ja psyykkisen terveydentilan, toimintakyvyn ja voimavarojen sekä sosiaalisten verkostojen arviointia. On otettava huomioon, että osalle dementoituvia koti ei ole soveltuva paikka. Koskinen (2002) kuvaa, että osalle vanhuk- sia koti voi merkitä turvattomuutta, yksinäisyyttä, stressiä, selviytymisvaikeuksia ja pahimmassa tapauksessa heitteillejättöä.

Esimerkiksi dementoituvaa sairautta sairastavien yksinasuvien turvallisuuteen ja selviytymiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Heidän hyvinvointinsa turvaamiseksi tulee tehdä moniammatillista arviointia ja yhteistyötä sekä hyödyntää sairastuneen ja hänen läheistensä näkemyksiä selviytymisen edellytyksistä. Arvioinnissa tulee ottaa huomioon mm. päivittäisen elämän mielekkyys, virkkeellisyys, päivittäistoiminnoissa selviytyminen, ravitsemukseen liittyvät näkökohdat sekä turvallisuuteen liittyvät tekijät. (Tervonen 2004.) Kysymyksessä on varsin suuri ryhmä, sillä yksin asuvia dementoivaa sairautta sairastavia arvioidaan olevan yli 30 000 (Heimonen ja Tervonen 2004).

Kotona asumisen tukeminen edellyttää siis yksilöllisiin tarpeisiin suunnattuja ja oikea-aikaisesti toteutettuja tuki- ja palvelumuotoja. Kotihoidon päättymistä ennakoivat dementoituneesta johtuvat vaikeudet ja hoito-ongelmat ja omaishoitajan kuormittuminen, mutta myös palvelujärjestelmän vastaamattomuus tuen ja avun tarpeisiin (Eloniemi-Sulkava ym. 2006). Dementiabarometrissa (Tervonen 2005) korostetaan, että kuntien tulee tarjota enemmän dementoituville ihmisille suunnattuja sisällöllisesti ja ajallisesti joustavia kotona asumista tukevia palveluita. Myös omaishoitajien palvelutarpeet tulee ottaa huomioon ja palveluiden kehittämistyöhön tulee panostaa riittävästi.

Määrällisen kehittämisen lisäksi tarvitaan palveluiden sisällöllistä ja laadullista kehittämistä, joissa otetaan huomioon dementoituvat ja heidän läheistensä tarpeet (Tervonen ja Heimonen 2002.) Dementoituville ihmisille ja heidän omaisilleen tarkoitettujen palveluiden ja hoidon kokonaisuudessa on puhuttu saumattomista hoitoketjuista. Koska sairastuneiden ja heidän omaistensa tarpeet muuttuvat sairauden edetessä, on olennaista saada tukea ja palveluita oikea-aikaisesti. Sairauden eri vaiheissa korostuu tiettyjen palveluiden tärkeys. Nämä näkyvät esimerkiksi Alzheimer-keskusliiton strategiassa (2004), jossa on linjattu muistihäiriö- ja dementiatyön keskeisimmiksi haasteiksi muistisairaiden ihmisten hoidon kokonaisuudessa tutkimuksiin ja hoitoon pääsyn, ohjauksen ja neuvonnan saatavuuden, oikeanlaisten avohuollon palveluiden saatavuuden sekä laitoshoidon laadun. Erityisesti avohuollon palveluiden ja kotihoidon rooli on tämän päivän muistihäiriö- ja dementiatyössä keskeinen.

Hyvien kotihoitopalveluiden laatutekijöinä ovat tarvelähtöisyys, voimavarakeskeisyys, ammattitaito, työvälineet, luottamuksellisuus, joustavuus sekä toiminnan koordinointi ja

verkostojen rakentaminen (Heimonen ja Tervonen 2004). Asiakkaiden kodeissa työskentely vaatii onnistuakseen erityistä joustavuutta ja kulttuurista herkkyyttä. Perheiden ja tilanteiden yksilöllisyys ja nopea muuttuvuus näyttävät olevan ongelmia, joita jähmeä palvelujärjestelmä ei kykene ainakaan nykyisellään riittävästi ratkaisemaan (Saarenheimo 2006). Kotiin meneminen merkitsee astumista toisen reviiirille ja usein kaikkein yksityisimmille alueille, mikä haastaa työntekijää tunnistamaan kunkin asiakkaan yksityisyyden rajat ja edellyttää hienotunteisuutta ja asiakkaan kunnioitusta (Ronkainen 2002). Ammattihenkilön tulisi kyetä sopeuttamaan auttaminen ja palvelut perheen omiin toimintatapoihin, ajattelumalleihin, moraaliiin ja tunnemaailmaan (Saarenheimo 2006).

Saarenheimon (2006) pohdinta kotihoidon kehittämisen suunnista on erittäin ajankohdainen. Hän esittää kysymyksen siitä, onko kotihoidon tukeminen kulkemassa suuntaan, jossa kokonaisvaltainen auttaminen yhä suuremmissa määrin korvataan erillisillä palveluilla. Tämä kehityskulku merkitsee muutosta vuorovaikutuskeskeisestä auttamiskulttuurista menetelmä- ja teknologiakeskeisen palvelukulttuurin suuntaan. Dementoituvalle ihmiselle vuorovaikutus ja toisen ihmisen aika ovat hyvän hoidon ydintekijöitä, mutta esimerkiksi kiire ja erilaiset standardiratkaisut vähentävät mahdollisuutta yhteistyön ja vuorovaikutuksen toteutumiseen. (Saarenheimo 2006.)

Vaikka dementoiviin sairauksiin liittyvä tieto on lisääntynyt ja kuva dementoivista sairauksista on näin tarkentunut, on palveluiden toteutumisessa kuitenkin vielä suuria vajeita. Palveluiden saatavuudessa on alueellista epätasa-arvoa, palvelut ovat pirstaleisia, eivätkä ne toteudu jatkuvuuden periaatteella. Palveluiden saatavuuteen ja laatuun sekä vanhuspolitiikan suuntaan ja tavoitteisiin on kiinnitetty huomiota vanhuspoliittisissa strategioissa. Tervosen (2005) mukaan kuntien vanhuspoliittiset strategiat eivät kuitenkaan ota riittävässä määrin huomioon dementoivien sairauksien varhaisvaiheeseen ja kotona selviytymisen tukemiseen liittyvien välimuotoisten palveluiden kysymyksiä. Sairastuneiden ja heidän omaistensa arjen näkökulmasta palveluiden sisällölliset ja määrälliset vajeet vaikuttavat negatiivisesti selviytymiseen ja elämänlaatuun. Hoito- ja palvelujärjestelmän monimutkaisuuden vuoksi perheiden on erittäin vaikeaa löytää olemassa olevia palveluita (Eloniemi-Sulkava 2006).

Myös Alzheimer-keskusliiton omaiskyselyssä korostui palveluiden saatavuuden ongelman ohella avohoidon palveluiden vastaamattomuus dementoituvien ja heidän omaistensa tarpeisiin. Omaiset peräänkuuluttivat ammattihenkilöstön osaamista oireiden tunnistamisessa ja jatkotutkimuksiin lähettämisessä. Omaiset antoivat palautetta saamansa ohjaus- ja neuvontapalvelun merkityksellisyydestä sairauden alkuvaiheessa. Ammattitaitoinen henkilöstö sekä avo- että laitospalveluissa on omaisille tärkeää. (Heimonen ja Tervonen 2002.) On siis erittäin tärkeää, että palveluissa otetaan huomioon dementoituvien ja heidän omaistensa erityistarpeet ja heille järjestetään oikeanlaisia palveluita (Virnes 2004) Dementoituvien ihmisten kotihoidossa eri osapuolten oikeudet ja velvollisuudet, halut ja tarpeet sekä asiantuntijuuden alueet ja rajat muodostavat monimutkaisen systeemin, jossa perhe ja ammattihenkilöt jatkuvasti hakemaan roolejaan ja neuvottelemaan toimintatavoistaan (Saarenheimo 2006).

## **Muuttuva muistihäiriö- ja dementiatyön kuva ja tulevaisuuden palvelut**

Vaikka dementoituvien ihmisten määrän kasvu tulee aiheuttamaan suuria haasteita yhteiskunnalle, niin muistihäiriö- ja dementiatyötä kannattelevat monet positiiviset kehitysaskleet. Kaksikymmentä vuotta sitten laitoshoidon kysymykset ja omaishoitajan kuormittuminen olivat keskeisiä dementiatyötä jäsentäviä teemoja. Vaikka nämä teemat ovat edelleenkin keskeisiä, ovat laitoshoidon rinnalle nousseet sairauden varhaisempien vaiheiden haasteet: sairauksien varhainen havaitseminen, tuki taudinmäärityksen jälkeen sekä kotihoidon edellytysten vahvistaminen.

Dementoivien sairauksien lääkkeellinen ja lääkkeetön hoito on edistynyt. Erityisen tärkeää on ollut, että varhaisen havaitsemisen edellytykset ovat kehittyneet. Varhaisen taudinmäärityksen ja hoidon perusteina ovat parannettavien tilojen hoitaminen, tilan etenemisen hidastaminen eli taudin lievemmän vaiheen keston pidentäminen ja laitoshoidon lykkääminen (Erkinjuntti ja Koivisto 2006). Muistihäiriöisille ja dementoituville ihmisille sekä heidän omaisilleen on kehitetty monia palveluita. Kehityssuunta on ollut laitoshoidosta kotihoitoon sekä varhaisempien vaiheiden tukipalveluiden kehittämiseen. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumaton ja yksilöllisesti rakennettu hoitoketju, jossa keskeistä on suunnitelmallinen seuranta sekä sairastuneen ja hänen omaisensa selviytymistä tukevien toimenpiteiden oikea-aikainen toteuttaminen (ks. Alzheimerin taudin Käypä Hoito -suositus 2006)

Dementoituvien ihmisten erityiskysymys on esillä valtakunnallisissa sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevissa linjauksissa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa (TATO) vuosille 2004–2007 painotetaan dementian varhaista diagnosointia, omaishoitajien tukemista ja sairastuneiden kotona asumisen edellytysten parantamista (STM 2003a). Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus (STM 2001) määrittää myös dementoituville tarkoitettuja palveluita. Kansallisessa sosiaalialan kehittämisohjelmassa (STM 2003b) korostetaan palveluiden kitkattomuutta, riittävien palveluiden saatavuutta ja tarpeellisen huolenpidon jatkuvuutta. Ohjelmassa ensisijaiseksi tavoitteeksi on määritetty ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen ja kotona asumisen tukeminen.

Eri tieteenalat ovat tuottaneet dementoiviin sairauksiin liittyvää tietoa. Lisääntyvä tieto on auttanut myös ymmärtämään dementoivaa sairautta sairastavien ja heidän omaistensa selviytymisen haasteita sekä kehittämään parempia palveluita. Erkinjuntti (2006) on määritellyt suomalaisen muistisairauksien ja tutkimuksen nivelkohtia ja tiedon askeleita seuraavasti: 1) dementia ei ole normaali tila vanhuudessa, 2) Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus, 3) Alzheimerin tauti on tyypillisin vaihe in etenevä sairaus, 4) lievä kognitiivinen heikentyminen muistisairauksien vaaratilana, 5) muistipulmien ehkäisyyn mahdollisuudet, 6) Alzheimerin taudin ja aivoverenkiertosairauden yhteys, 7) muistisairauksien varhainen tunnistaminen, 8) Suomessa yhteiset työvälitteet tilakuvauksessa ja taudinmäärityksessä, 9) Alzheimerin taudille on tarjolla oireenmukaista lääkehoitoa, 10) Kuntoutus yksi hoidon kulmakivistä ja 11) Ehyt hoitoketju -yhteinen asia.

Tiedon lisääntyminen on tuonut uudenlaisia teemoja muistihäiriö- ja dementiatyön kenttään. Itsemääräämisoikeuteen liittyvät kysymykset, kuntoutuksen mahdollisuudet sekä sairauden varhaisempiin vaiheisiin kohdenetut tukipalvelut ovat nousseet tärkeiksi seikoiksi. Palveluiden ja hoidon kehittämisessä kuntoutuksen rooli on noussut esille (Pirttilä 2004; Granö ym. 2006). Kuntoutuksella tähdätään siihen, että sairastuneiden ja heidän omaistensa arki sujuisi hyvin, heidän elämänlaatunsa säilyisi ja sairastuneen toimintakyky pysyisi hyvänä mahdollisimman pitkään. Kuitenkin kuntoutuspalveluiden saatavuuden ja jatkuvuuden parantamisessa on vielä suuria haasteita (Tervonen 2005). Alzheimer-keskusliiton kuntakyselyn (Tervonen 2001) mukaan dementoituville suunnatuissa avohuollon palveluissa oli kuntien näkemysten mukaan niin sisällöllisiä kuin laadullisiakin vajeita: ohjaus- ja neuvontapalvelut olivat puutteellisia eikä dementoituvien päivätoiminta tai kotimies- tai lähiavustajatoimintaa ollut riittävästi saatavilla. Tilanne ei ole merkittävästi parantunut viidessä vuodessa (ks. Tervonen 2005).

Tiedon lisääntyminen auttaa muuttamaan myös dementoiviin sairauksiin yleisesti liitettyä kuvaa. Dementoiviin sairauksiin on tyypillisesti liitetty kuva laitoshoidon tai sairauden myöhäisemmistä vaiheista, joiden valossa sairaus näyttää synkälle sekä herättää sairastuneissa ja omaisissa pelkoa ja huolta (Heimonen 2005). Tämä ei ole kuitenkaan sairauden koko kuva. Sairauden varhaisemmat vaiheet tuovat kuvaan erilaisia näkökulmia ja auttavat luomaan uudenlaista tarinavarantoa, jota vasten sairastuneet voivat peilata omaa tilannettaan.

Kuva dementoiviin sairauksiin sairastuneesta ihmisestä on muuttunut siten, että passiivisesta hoidon kohteesta on siirrytty enemmän aktiiviseen omaan tulevaisuuteensa vaikuttavaan henkilöön, jolla on mahdollisuuksia elää monia hyviä vuosia sairaudesta huolimatta ja käyttää täysimääräisesti itsemääräämisoikeuttaan (ks. esim. Mäki-Petäjä-Leinonen 2002). Alzheimer's Disease International (2003) on julkaisemissaan hyvän hoidon periaatteissa korostanut sitä, että ohjauksen, neuvonnan, hoidon ja kuntoutuksen tulee rakentua ymmärrykselle siitä, mitä dementoivan sairauden kanssa eläminen merkitsee sairastuneelle itselleen ja hänen omaiselleen. Näin sairastuneen ihmisen omien kokemusten esille nostaminen palveluiden kehittämisen keskeisimmäksi lähtökohdaksi on ollut keskustelun kohteena ja tulee korostumaan entisestään tulevaisuudessa (Heimonen 2005). Sairastuneiden ihmisten emotionaalisten tarpeiden kuulemisessa pitäisi olla nykyistä herkempi (Eloniemi-Sulkava 2006).

## Lopuksi

Artikkelissa esille nostettujen teemojen valossa voidaan tarkastella dementoituvien ja hänen omaistensa hyvän arjen edellytyksiä. Dementoiva sairaus ei kosketa arjessa vain sairastunutta ihmistä ja hänen omaishoitajaansa, vaan koko heidän sosiaalista verkostoaan. Sairastuneen ihmisen kokemusten tavoittaminen on tärkeää, mutta yhtä tärkeää on tunnistaa omaisen tuen tarpeet ja ne merkitykset, jotka sairastunut ja hänen omaisensa antavat muuttuneelle elämäntilanteelleen. Koko perhe tarvitsee tukea sairauden kohtamiseen. Tukemisen tavoitteena on sairastuneen ja hänen perheensä elämänlaadun ylläpitäminen ja parantaminen sekä kotona selviytymisen turvaaminen (Huhtamäki-Kuoppala ja Koivisto 2006).

Dementoituvat ihmiset ja heidän omaisensa tarvitsevat oikeanlaisia palveluita oikeaan aikaan. Parhaimmillaan tukimuotojen tulisi olla yksilöllisesti ja joustavasti sovellettuja. Palveluiden ja hoidon laadun kehittämisen ohella on tärkeää, että sairastuneet ihmiset kohdataan kansalaisina, jotka itse voivat olla mukana rakentamassa parempia palveluita. Dementoituvien ihmisten näkemykset, elämäkokemukset, tiedot ja taidot voivat auttaa ammattihenkilöitä toteuttamaan hyvää hoitoa. Ammattihenkilöiden tieto, taidot ja asenteet ovat tämän mahdollistamisessa keskeisessä roolissa.

Dementoituvien kotihoidon tukemisessa toimintatavat olisi aina valittava käyttäjien tarpeiden ja tilanteiden mukaan (Tervonen ja Heimonen 2002). Aidon asiakaslähtöisyyden edellytyksenä on, että työntekijällä on valmiuksia kuulla ja kuunnella dementoituvan ja hänen läheisensä tulkintoja omasta tilanteestaan sekä heidän mielipiteitään hoivan optimaalisesta järjestämisestä (Saarenheimo 2006). Vain tämän näkökulman ottaminen keskeiseksi periaatteeksi voi tehdä mahdolliseksi sen, että ammattihenkilöt voivat tukea dementoituvan ja hänen omaisensa hyvän arjen rakentumista, jossa peruspilareina ovat voimaantuminen ja realistinen toivo, toiminnan ja osallistumisen mahdollisuudet sekä yksilöllisesti toteutetut, oikea-aikaiset ja oikeatasoiset tuki- ja palvelumuodot.

## **Pohdittavia kysymyksiä**

- Miten dementoivaa sairautta sairastavan ihmisen kokemuksia voitaisiin tavoittaa nykyistä paremmin?
- Mitkä tekijät liittyvät dementoivaa sairautta sairastavan ja hänen omaisensa hyvään arkeen?
- Millä keinoin dementoituvan ja hänen omaisensa elämänlaatua, voimavaroja ja toimintakykyä voidaan tukea?
- Miten dementoituvan ja hänen omaisensa kotona selviytymistä voidaan edistää?
- Mitä tietoa ja valmiuksia kotihoidon henkilöstö tarvitsisi dementoivaa sairautta sairastavan ja hänen omaisensa tukemiseksi?



## Lähteet

Alzheimer's Disease International. Statement of Principles. Alzheimer's Disease International, London 2003. Saatavilla: [www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk)

Alzheimer-keskusliitto. Strategia. 2004. Saatavilla: [www.alzheimer.fi](http://www.alzheimer.fi)

Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito 29.3.2006. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4. ed). American Psychiatric Association APA, Washington DC 1994.

Basting A.D. Looking back from loss: views of the self in Alzheimer's disease. Journal of Aging Studies 17: 87–99, 2003.

Blom M, Duijnste M. Behind the facts: an insight into the burden on family carers of dementia patients. Kirjassa: Care-Giving in Dementia, research and applications, s. 249–268. Toim. Miesen B M L, Jones G M M. Routledge, London & New York 1997.

Cantley C, Bowes A. Dementia and Social Inclusion: The Way Forward. Kirjassa: Dementia and Social Inclusion. Marginalised Groups and Marginalised Areas of Dementia Research, Care and Practise, s. 255–271. Toim. Innes A, Archibald C, Murphy C. Jessica Kingsley Publishers, London & Philadelphia 2004.

Cheston R, Bender M. Understanding Dementia. The man with the worried eyes. 3. impression. Jessica Kingsley Publishers, London 2003.

Clare L. Managing threats to self: awareness in early stage Alzheimer's disease. Social Science & Medicine 57: 1017–1029, 2003.

Cox S. Opportunities and Threats. Multiagency perspectives and person-centered planning. Kirjassa: Younger people with dementia. Planning, practice and development, s. 69–88. Toim. Cox S, Keady J. Jessica Kingsley Publishers, London 1999.

Dabbs C. What do people with dementia most value in life? Journal of Dementia Care 7(4): 16–19, 1999.

Eloniemi-Sulkava U. Dementoituneiden kotona asumista edistävä tukijärjestelmä. Dementiatieto 1: 6–8, 2006.

Eloniemi-Sulkava U. Dementoituneiden kotihoidon tukeminen. Kirjassa: Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun, s. 106–110. Toim. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, ym. Oppaita 49. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2002.

Eloniemi-Sulkava U, Juva K, Mäkelä M. Dementiapotilaan kotihoito. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 522–533. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.

Erkinjuntti T. Muistipulmien ehkäisy, varhainen toteaminen ja kokonaisvaltainen hoito. Luento 16.3. Alzheimer-keskusliiton seminaarissa Muistisairaat joukossamme – oikeus aktiiviseen arkeen. Helsinki 2006a.

Erkinjuntti T. Dementian käsite. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 93–97. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.

- Erkinjuntti T, Koivisto K. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 53–59. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Erkinjuntti T, Pirttilä T. Vaskulaariset dementiat. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 146–162. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Gelinas I, Auer S. Functional autonomy. Kirjassa: Clinical diagnosis and management of Alzheimer's disease (2. painos), s. 213–226. Toim. Gauthier S. Martin Dunitz, London 1999.
- Granö S, Heimonen S, Koskisu J. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön. Alzheimer-keskusliitto ry, Helsinki 2006.
- Heimonen S. Työikäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemukset sairauksien alkuvaiheessa. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 263, Jyväskylä 2005.
- Heimonen S, Tervonen S. Arvokas arki omassa kodissa – hyvän kotihoidon lähtökohtia. Kirjassa: Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli, s. 63–72. Toim. Heimonen S, Tervonen S. Edita Publishing ja Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2004.
- Heimonen S, Voutilainen P. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Edita Publishing, Helsinki 2006.
- Huhtamäki-Kuoppala M, Koivisto K. Potilaan ja omaisen tukeminen. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 549–555. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Hänninen V, Valkonen J. Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Kirjassa: Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen, s. 3–20. Toim. Hänninen V, Valkonen J. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 59/98. Kuntoutussäätiö, Helsinki 1998.
- Jylhä M, Salonen P, Mäki O, ym. 25 tunnin vuorokausi. Omaisten kokemuksia elämästä dementiapotilaan kanssa. Raportteja 196. Stakes, Helsinki 1996.
- Kaskiharju E, Oesch-Börman C, Sarvimäki A. Näitkö polkuja viimeiseen asti? Dementiapotilaan omaishoitajan arkipolut. Raportteja 1. Ikäinstituutti, Helsinki 2006.
- Kitwood T. Dementia reconsidered – the person comes first. Open University Press, Buckingham 1997.
- Koskinen S. Ikääntyneiden voimavarat. Kirjassa: Ikääntyminen voimavarana, s. 24–90. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33, Helsinki 2004.
- Koskinen S. Ikääntyvien avopalveluiden kehittäminen. Kirjassa: Arvokas arki omassa kodissa. Esimerkkejä dementoituvien kotona asumisen tukiprojekteista Alzheimer- ja dementiayhdistyksissä, s. 12–21. Toim. Heimonen S, Tervonen S. Raportti 2. Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2002.
- Lauri L. Ajatuksia laadukkaasta hoitotyöstä. Kirjassa: Dementoituvan hoitopolku, s. 11–15. Toim. Heimonen S, Voutilainen P. Tammi, Helsinki 2001.
- Mäki-Petäjä-Leinonen A. Dementoituneen henkilön oikeudellinen asema. Suomalainen lakimiesyhdistys, Helsinki 2003.
- Mäki-Petäjä-Leinonen A. Hoitotahto dementoituvan ihmisen itsemääräämisoikeuden edistäjänä. Kirjassa: Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli, s. 15–25. Toim. Heimonen S, Tervonen S. Edita Publishing ja Alzheimer-keskusliitto ry, Helsinki 2004.

- Nolan J. Community care. Kirjassa: Working with older people and their families. Key issues in policy and practice, s. 53–74. Toim. Nolan M, Davies S, Grant G. Open University Press, Buckingham 2001.
- Pearlin L I, Harrington G, Powell-Lawton M, ym. An overview of the social and behavioural consequences of Alzheimer's disease. *Ageing and Mental Health* 5: 3–6, 2001.
- Phinney A. Living with dementia from the patient's perspective. *Journal of Gerontological Nursing* 24 (6): 8–15, 1998.
- Pikkarainen A. Toimintaterapia osana dementoituvien ihmisten kuntouttavaa hoitoa ja laadukasta arkea. Kirjassa: Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, s. 34–47. Toim. Heimonen S, Voutilainen P. Tammi, Helsinki 2004.
- Pirttilä T. Muistihäiriöisen ja dementoituvan henkilön kuntoutuksen mahdollisuudet. Kirjassa: Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, s. 11–21. Toim. Heimonen S, Voutilainen P. Tammi, Helsinki 2004.
- Pirttilä T, Erkinjuntti T. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 126–145. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Pitkälä K. Dementiaa sairastavan hoito ja seuranta avoterveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 59 (39): 3613–3618, 2004.
- Pulliaainen V, Kuikka P, Salo J. Läheisten haastattelut ja muistikyselyt. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 380–388. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Rinne J. Lewyn kappale – dementia. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 163–168. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.
- Robinson P. Younger persons with suspected and early stage dementia: their experiences, concerns and need for support. Karolinska Institutet, Stockholm 2000.
- Ronkainen R, Ahonen S, Backman K, ym. Kotipalvelu kotihoidon kivijalkana. Kirjassa: Ikäihmisten hoito ja palvelu. Opas laatuun, s. 100–105. Toim. Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, ym. Oppaita 49. Stakes, Helsinki 2002.
- Sabat S R. The Experience of Alzheimer's Disease. Life through a tangled veil. Blackwell Publishers, Oxford 2001.
- Saarenheimo M. Asiakaslähtöisyyden ihanne ja dementoituneen kotihoito. *Dementiatieto* 1: 22–23, 2006.
- Saarenheimo M. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Kirjassa: Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia, s. 25–52. Toim. Saarenheimo M, Pietilä M. Tutkimusraportti 6, Vanhustyön keskusliitto 2005a.
- Saarenheimo M. Vanhusten omaishoidon tutkimus. *Gerontologia* 3: 143–147, 2005b.
- Snyder L. The lived experience of Alzheimer's – Understanding the feelings and subjective accounts of persons with the disease. *Alzheimer's Care Quarterly* 2: 8–22, 2001.
- Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä. Muistihäiriöt ja dementia. *Suomen Lääkärilehti* 51(29): 2949–2957, 1996.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Omaishoidon tuki. Opas kuntien päättäjille. Oppaita 30:2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisu 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003a.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaalialan kehittämishanke. Toimeenpanosuunnitelma. Monisteita 20. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003b.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto. Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. Oppaita 4. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2001.

Sulkava R, Erkinjuntti, Palo J. Dementia: tutkimus ja hoito. Suomen itsenäisyyden juhluvuoden rahasto Sitra, Helsinki 1989.

Tainsh S, Hinselwood D. Practical management of frontal lobe dementia: institutional perspectives. Kirjassa: Care-Giving in Dementia. Research and Applications, s. 83–94. Toim. Miesen B M L, Jones G M M. Routledge, London 1997.

Tervonen S. Dementiabarometri 2005. Kuntien näkemyksiä muistihäiriöisille ja dementoituville ihmisille suunnattujen palvelujen saatavuudesta ja laadusta sekä tulevaisuuden näkymistä. Raportti 1. Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2005.

Tervonen S. Muistihäiriö- ja dementia työ Suomen kunnissa. Sosiaali- ja terveysviranomaisten arviointeja palveluiden saatavuudesta ja laadusta sekä Alzheimer- ja dementia yhdistysten toiminnan merkityksestä sekä muistihäiriö- ja dementia työ tulevaisuudesta. Raportti 1/2001. Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2001.

Tervonen S. Yksin kotona. Raportti 1/2004. Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2004.

Tervonen S, Heimonen S. Johdanto: vastaavatko avopalvelut dementoituvien ihmisten tarpeisiin? Kirjassa: Arvokas arki omassa kodissa. Esimerkkejä dementoituvien kotona asumisen tukiprojekteista Alzheimer- ja dementia yhdistyksissä, s. 4–11. Toim. Heimonen S, Tervonen S. Raportti 2/2002. Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2002.

Tilastokeskus. 2004. Väestöennuste.

Vallejo Medina A, Vehviläinen S, Haukka U-M, ym. Dementoituneen vanhuksen hoito. Kirjassa: Vanhustenhoito, s. 275–303. WSOY, Helsinki 2005.

Viramo P, Sulkava R. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologiaa. Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia (2. uudistettu painos), s. 25–39. Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, ym. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2006.

Virnes E. Ratkaisuja strategioilla – muistihäiriö- ja dementia työ kuntien vanhustyön strategioissa. Kirjassa: Muistihäiriö- ja dementia työ palapeli, s. 28–37. Toim. Heimonen S, Tervonen S. Edita Publishing ja Alzheimer-keskusliitto, Helsinki 2004.

Yale R. Support groups for people with early stage Alzheimer's disease: planning, implementation and evaluation. Health Professions Press, Baltimore 1995.

Young, R.Y. Medical experiences and concerns of people with Alzheimer's disease. Kirjassa: The Person with Alzheimer's disease. Pathways to understanding the experience, s. 29–46. Toim. Harris P B. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 2002.

## 6 PALVELUT OSANA OMAISHOITAJAN ARKEA

*Eija Kaskiharju, Anneli Sarvimäki & Christine Oesch-Börman*

### Johdanto

Tässä artikkelissa valotetaan omaishoitajien kokemuksia, kun palveluista tulee osa arkea. Edeltävässä artikkelissa Sirkkaliisa Heimonen pohtii dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa hyvää arkea. Hän korostaa mm. kotihoidon merkitystä dementoituvan ihmisen toimintakyvyn ja omaishoitajan hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Heimonen tähdentää myös, että dementoituvat ja heidän omaisensa tarvitsevat ”oikeanlaisia palveluita oikeaan aikaan”.

Omaishoitajien arkea on kuvattu myös raportissa ”Näitkö polkuja viimeiseen asti? Dementiapotilaan omaishoitajan arkipolut” (Kaskiharju, Oesch-Börman ja Sarvimäki 2006a). Kuvauksissa omaishoitajien arki näyttäytyy tekemisenä, virallisena ja epävirallisena kanssakäymisenä, uusien roolien omaksumisena ja monenlaisina tunnetiloina. Virallinen kanssakäyminen koostui kontakteista palvelujärjestelmään. Kontaktit koettiin pääsääntöisesti vaikeiksi, vaikka yksittäisiä työntekijöitä saatettiin pitää asiantuntevina ja ystävällisinä. Marja Saarenheimo (2005) puhuu omaishoitajien ja palvelujärjestelmän mikrokulttuurien eroavaisuuksista ja tähdentää, että omaishoito pitäisi palauttaa kotiin, osaksi perheiden arkea. Jere Rajaniemi (2006) taas puhuu palvelujärjestelmän systeemirationaalisesta avusta, joka eroaa auttavien lähiverkoston tuesta, joka on lähempänä iäkkäiden elämismaailmaa ja arjen käytänteitä. Hänen tutkimuksessaan kävi mm. ilmi, että iäkkäät ihmiset eivät aina kokeneet saavansa kodinhoitajilta sitä apua mitä he tarvitsivat ja että säännöllinen apu myös sitoi heitä ja ohjasi heidän omaa arkeaan.

Ikäihmisten arjen ja palvelujärjestelmän välillä näyttää siis vallitsevan ristiriita. Tässä artikkelissa tuodaan lisää valaistusta palvelujärjestelmän ja ikäihmisten arjen välisiin suhteisiin omaishoitajien kokemana.

### Omaishoitajat kertovat kokemuksistaan palvelujärjestelmästä

Tämä artikkeli perustuu samaan aineistoon kuin yllä mainittu raportti ”Näitkö polkuja viimeiseen asti?”. Aineisto on kerätty fokusryhmäkeskustelujen avulla. Neljään ryhmään osallistui 24 omaishoitajaa, joista kolme oli miehiä. Iältään he olivat 55–86-vuotiaita. Jokainen ryhmä kokoontui 10 kertaa keskustelemaan omaishoitajuudesta ja omaishoitajien arjesta. <sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Fokusryhmä on suljettu ryhmä, jolla on yhteinen intressi. Ryhmä kokoontuu keskustelemaan tästä yhteisestä intressistä tai temasta. Tapaamisten määrä on sovittu etukäteen ja keskustelua ohjaa moderaattori. Kun fokusryhmiä käytetään tutkimustarkoituksessa aineiston keruumenetelmänä, keskustelua nauhoitetaan, kirjoitetaan puhtaaksi ja analysoidaan. (Ks. Wibeck 2000; Kaskiharju, Oesch-Börman ja Sarvimäki 2006b.) Tässä yhteydessä aineisto on analysoitu kvalitatiivisella sisällön analyysillä (Graneheim ja Lundman 2004).

Kaikki henkilöt, joiden kertomuksia lainataan tässä esityksessä, olivat iältään 60–85-vuotiaita pääkaupunkiseudulla asuvia naisia, joiden puolisoilla oli dementoiva sairaus. He olivat kaikki virallisesti omaishoitajia ja saivat siten omaishoidon tukea ja käyttivät vaihtelevasti palveluita. Osallistujista käytetään lainauksissa kirjaintunnuksia. Ruotsinkieliset lainaukset on käännetty suomeksi. (Taulukko 3.)

**Taulukko 3. Kertojat.**

Henkilö	Ikä	Elämäntilanne
A	n. 70 v.	Hoitanut miestään useamman vuoden. Mies on intervallihoidossa, kotijaksoilla hänet voi jättää yksin kotiin lyhyiksi ajoiksi.
C	Yli 80 v.	Mies käy päivähoitossa kolme kertaa viikossa, viisi tuntia kerralla. Käyttävät siivous- ja ateriapalvelua.
D	Lähestyy eläkeikää	Käy työssä. Mies sairastanut kymmenkunta vuotta, intervallihoidossa. Kotijaksoilla vaimon työaikana häntä hoitaa kotimies.
K	Yli 80 v.	Mies pärjää yksin lyhyitä aikoja, noin pari tuntia kerrallaan. Saa Kelan hoitotukea.
Au	n. 70 v.	Tullut palveluiden piiriin äskettäin. Käyttänyt satunnaisesti omaishoitajan vapaapäiviä, jolloin mies hoitokodissa. Mies ei ymmärrä suomea.
M	Alle 70 v.	Mies ensin kotona, ilman ulkopuolisia palveluja. Kunto heikenee nopeasti tutkimuksen aikana, siirtyy nopeasti ja yllättäen laitoshoitoon.
E	Vähän yli 60 v.	Mies sairastanut kymmenkunta vuotta, välillä hoitokodissa. Kotona ollessaan mies tarvitsee kokoaikaista läsnäoloa ja huolenpitoa. Ei koe saaneensa apua kotipalvelusta.
I	n. 65 v.	Käyttäneet kotimiespalvelua, nyt mies siirtynyt laitoshoitoon vaikeiden käytösoireiden takia.
As	n. 75 v.	Hoitanut miestään kotona useita vuosia, käyttävät kotimiespalvelua. Mies käy päivähoitossa muutaman kerran viikossa.

## Tulo palvelujärjestelmään

Kun epäily dementoivasta sairaudesta tulee mieleen, tavallisesti ensimmäinen kontakti palvelujärjestelmään on terveyskeskus. Muutama haastateltava on hakenut apua yksityissektorilta, elleivät julkiset palvelut ole toimineet odotetusti. Läheiset kokevat ongelmallisina pitkät odotusajat tutkimuksiin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden säästötoimia kritisoidaan. Asiat ovat kuitenkin alkaneet hoitua, kunhan ensin oikea henkilö on tavoitettu. Ainakin Helsingissä oikean henkilön löytäminen saattaa edellyttää useita puhelinkontakteja. Huolta ja epävarmuutta (henkilö A, alla) saattaa aiheuttaa omaisen pelko, ettei hänen havaintojaan oteta todesta ja hän saa kenties itse sairaan leiman vastaanotolla. K:n havaintoja ja kertomuksia miehen oireista ja sairaudesta ei ole huomioitu, mistä hän on pahoillaan. Au:n mies joutui käymään lääkärin vastaanotolla kahdesti ennen kuin mitään alkoi tapahtua.

K: Epikriisissä luki kerran, että vaimon sanomisia ne ei voi hyväksyä.

A: Siis kun itse katsoo, miten hullu käytös on ja miten riehuu siellä ja täällä, mitä kauheeta voi tapahtua lyhyessä ajassa. Että nyt se sitten selvisi, että juuri semmoinen 20 minuuttia terveystieteiden vastuuhoitajien vastaanotolla, niin helposti jää semmoinen kysymys ilmaan, että kumpi teistä taas oli se potilas. Kun ei se riehu siellä silloin, kun pitäisi se 20 minuuttia riehua.

Au: Hän kävi lääkärissä ja mä sanoin, että sinun täytyy kertoa että sä et muista ja että sinulla on sitä ja sitä ja sitä. Sitten hän tuli takaisin, ja mitä lääkäri sitten sanoi. ”Minussa ei ole mitään vikaa, ei sitten mitään, hän vain mumisi enkä kuullut mitään.” Sitten kun meillä oli se sama lääkäri menin ja sanoin että hänessä on jotain vialla, täytyy saada apua. Ei riitä että kysyy kuka on Suomen presidentti, kuka on pääministeri. Se ei riitä, tässä on jotain muuta. Hän muistaa sen, että se on Tarja Halonen, mutta hän ei muista tyttärensä sukunimeä.

Dementiadiagnosin saaneen potilaan omaisen tarvitsee tietoa itse sairaudesta ja arkea helpottavista palveluista. Tietämisen tarve on suurta (henkilöt D ja C, alla). On ensiarvoisen tärkeää, että omaishoitaja saa riittävästi tietoa sairauden toteutumisen jälkeen ja että hänellä olisi pysyvä kontakti näihin tietolähteisiin. Varsin moni omaishoitaja onkin saanut tarpeellista tietoa dementia-neuvojilta tai -yhdistyksistä, joissa saman asian kokeneet voivat neuvoa eteenpäin. Ongelmana näyttää olevan tiedon pirstoutuneisuus: dementia on sairaus, jonka hoitamiseen tarvitaan lääketieteen ja sosiaalityön tietoa sekä vertaistukea. Palveluntuottajia ovat sekä sosiaali- että terveystoimi, mutta myös Kansaneläkelaitos (Kela), yhdistykset, vapaaehtoiset ja yksityiset laitokset.

D: Ja niinku mä sanoin, niin mä kaiken maailman pilvin pimein etin ja kätelin aina niitä ja ja... mietin onko, mitä vois ja Kelalle soittelin ja mä sanoin, että eikö nyt jotain sais. No ei, teillä on varaa, palkatkaa yksityisesti joku sinne. [...] No tavallaan mä niinku, jos mä nyt sais niinku olla tässä alkutekijöissäni, kyllä mun mielestäni se sosiaalinen rengas omaishoitajille olisi hirveän tärkeä. Siihen tarvittas monta ihmistä, ett sais sen tiedon. Että että... kaikilla on niin pirun kiire. Sairaaloissa on kiire, sosiaalihoitajat, nekin antaa hyviä neuvoja, mutku ei se aina käy jokaiselle se sama hyvä neuvo, ett se pitäs niinku minun mielestä kartottaa sille asiakkaalle.

C: Ja hän [lääkäri] sano niin, että on olemassa semmoinen, josta saa jonkunlaista lohtua, ja se on Alzheimer-yhdistys. Niin mä soitin sinne ja sieltä tuli heti paikalle materiaalia ja mä lähetin sen, kuinka monta euroa se oli, 17, ja sen jälkeen me olemme käyneet sitten siellä. [...] Mä tykkäsin, että on paikka, josta saa apua. [...] Sieltä sitten... ne toiset oli tietysti kontanneet saman asian, ne autto.

Tietämisen tarpeesta kertoo alla oleva lainaus. Vastaukseksi ei suinkaan riitä, että ”se kuuluu sairauteen”. Mikä parhaiten saattaisi auttaa kysyjää, on kuunnella häntä ja pyrkiä kertomaan asiasta enemmän kuin yhdellä yleisellä lauseella. Asiantuntijoina ja keskusteluapuna voivat toimia myös vertaiset, jotka ovat kokeneet samoja asioita.

K: Oon puhunu lääkäreiden kanssa ja mun mielestä ne tekee sen hirveän helpoksi itselleen kun sanovat että se kuuluu sairauteen. Kaikki kuuluu sairauteen. Ei pysty enää nielemään, ja se kuuluu sairauteen. [...] Hän laihtuu, ja se kuuluu sairauteen. Hän syö vaikka kuinka paljon, hän syö mielellään. Mutta se kuuluu sairauteen. Mä kysyin, että miksi minun sairaus kutsutaan, että en ymmärrä tuollaista... [nauraa] Eikö sillä ole latinankielistä nimeä?

## Arkea palveluiden kanssa

Vaikka palvelut tuovatkin helpotusta arkeen, niiden hyväksyminen osaksi elämää on prosessi. Omaishoitajalta vaatii sopeutumista, kun usein uusi ihminen tulee kotiin ja tuo mukanaan erilaisia tapoja toimia. Henkilö D alla pohtii omaa sopeutumisprosessiaan palveluiden tuloon. Ne muokkaavat arkea, mikä vaatii omaishoitajalta järjestelykykyä ja työntekijänkin ohjaamista hoidettavan tapojen ja mieltymysten suhteen. Hänen elämänsä on ollut vuosia tasapainoilua työn, intervallihoidon, sairaalajaksojen ja kotipalvelun välillä. Luonnollinen toivomus on, että omaishoitaja saisi uudelleen sen työntekijän, johon on jo tottunut. Puheissa tuotiin esille usein se, että kokeneeseen työntekijään on suurempi luottamus. Mielenkiintoinen on K:n tunne siitä, että omaishoitaja voi saada liian vaativan asiakkaan leiman palvelujärjestelmän silmissä. Lisäksi hän kärsii huonosta omastatunnosta, kun on saanut rahallista tukea hoitamiseen.

D: Kyllä mä sanoin siihen alussa, että mä aattelin, tää on ku mustalaisen meininkiä. Siis... siis mun piti oikein niinku aamulla tehdä ittelleni selväks, että kun se henkilö tulee, että pelaakohan se nyt Reijon kanssa korttia. Mä laitoin niinku toivomuksen, voisko hän pelata, osaako hän pelata. Toiset ei osannu. Yks ei osannu sit... hän sano, ett hän ei osaa ruokaa laittaa. Mä sanoin, ett ei tarvitse, ett on valmiit ruuat. [...] Sen piti vahtia, että hän söi ne lääkkeet ja... Ja toiset ois halunnu olla ulkona, mutta eipäs vaan, Reijohan ei halunnu olla ulkona. Se halus olla sillon kotona, just ku se toinen olis halunnu... sitä ne tytöt sitten valitti, ettei se halua ulos ja mä sanoin, et ei sillä oo mitään merkitystä, että hän voi olla menemättä, että istukoon parvekkeella, että tää on niin pieni asia. Tavallaan se oli... sillon se tuntu ihan älyttömältä, mut jälkeenpäin se tavallaan ihan oikeestaan naurattaaki... että miten hyvin sitä loppujen lopuks niinku selvis siitä. Ett oliko se sitten vaan kun sitä tulee niin välinpitämättömäks, että aattelee vaan, et tää päivä on tänään ja huomenna sitten tulee sitten ehkä ja viikonloppuna ollaan taas yhdessä että... [...] Kun se tuntu välillä niin vaikeelta sitten Reijonkin kannalta, kun aina muuttu ne ihmiset, ja ku se rupes periaatteessa niitä jo vihaamaankin niitä, kun ne on tommosia ja tommosia. Se keksi niinku ku se jostain pitänyt, eihän kaikista voi niinku... ja toisista se sitten taas piti, koska toiset pelas hänen kanssaan korttia ja toiset ehkä vaan lueskeli siinä itsekseen siinä tai katseli telkkaria... niin mä toivoin sitten, että olis sama henkilö että... No, eihän se aina onnistunu, mutta jollain lailla sitten yritti junaila sen. Ett siinä oli vaan se lähtökohta, että piti saada niinku se kahden viikon työvuoro heille, niin sit se onnistu niinku



paremmin ku tämmönen päivän tilanne.

M: Pitäisi kyllä olla vanhempia henkilöitä joilla on vähän kokemusta ... ehkä niin että vois puhua vähän sellasesta, että mitä hän on tehny ja niin edespäin.

K: Mulla on huono omatunto siitä tukirahasta... eihän hän maksa kenellekään enemmän kun hän nukkuu tuolla... [...] Mulla on sellainen tunne että helposti pidetään hankalana.

Palveluiden käyttäminen merkitsee myös arkipäivän organisointia siten, että jossain välissä työssäkäynti, asiointi ja kotiaskareet tulevat hoidetuiksi. Henkilö C:n mies käy usean kerran viikossa päiväpaikassa; tänä aikana omaishoitaja ehtii ”juosta asiat” tai joskus levähtääkin. Toisaalta toimivat palvelut mahdollistavat työssä käymisen kuten D:n kohdalla on käynyt. Hän on joutunut pohtimaan työssäkäynnin, ikänsä ja omaishoitajuuden tuomia reunaehtoja palveluita hankkiessaan. Kovin yksinkertaisesti se ei näytä toteutuneen.

C: Hänet haetaan suurin piirtein pikkasen vaille yhdeksän, tuodaan takaisin kahden aikaan. Kun mä ensin koko aamun laitan häntä kuntoon, koska sehän on meidän häpeämme, jos ne herrat ei ole niinku hyvässä kunnossa, kun ne tulee sinne... päiväpaikkaan, niin ... sitten täytyy korjata se loppu, ja sitten on kaikennäköstä juoksua, kun on pari... pari pankkia ja mahdollisesti Kela, ja kun tulee kotiin, niin ei ole mitään aikaa enää olemassa, mutta kun odottaa, että kohta tulee takaisin. Hmm.

D: Hän on kaks viikkoo. Et hänelle on tehty tämmönen... [...] tammikuusta joulukuuhun tämmönen budjetti Reijon kohdalla, et hän voi käyttää tämmöstä systeemiä, et tää on ihan kaupungin puolesta, koska minä kävin hyvin tiukan kädenväännön sen kanssa, et mä sanoin et mä en voi jäädä töistä pois, koska mulla sen verran ikää, mun on pakko olla töissä, koska mä en saa sit itselleni mitään rahaa, en pääse eläkeputkeen, joudun työttömyyskortistoon, ja siitä huolimatta mä kuiteskin säästän... tämä yhteiskuntaa, kun mä yritän hoitaa... [...] Nii tää ol kaikkein vaikeinta saada niinku ihmiset ymmärtämään, että mä tarviin todella apua, että mulle ei riitä se vaan, että se on siellä, tuodaan jostain [sairaalasta] ja jätetään pariks tunniks sinne yksinään.

Haastateltavat kertovat, että varsin pienet ja yksinkertaisiltakin tuntuvat asiat ja teot ovat heitä auttaneet jaksamaan. Esimerkiksi se, että sosiaalityöntekijä soittaa ja kysyy, mitä kuuluu (ks. C), osoittaa ymmärrystä ja tukea omaishoitajalle, tuntuu hyvältä.

C: Hän tulee kotiin. Tää on semmonen [nimi], joka on... emmä tiedä... [titteli]. Ja hän soittaa kyllä hyvin usein ja kysyy, mitä kuuluu. [...] Mulla on semmonen tunne, että mä en ole aivan yksinäni näiden asioiden kanssa, että mulla on joku joka kysyy edes, eläkö vielä.

K: Olin hirveen otettu siitä sosiaalipalvelun toimistosta. [...] Ne on ollu niin ymmärtäväisiä. On pystyny puhumaan niitten kanssa ja ne on antanu neuvoja ja...

Haastateltavat myös kertovat, että itseltä vaaditaan aktiivisuutta, jopa taistelua, jotta palvelut toimivat siten, että niistä on apua. Palvelut voidaan mieltää myös palkkiona omaishoitajan työstä.

E: Varmaan se on minusta kiinni. Meillä on kaikki aina hirveen hyvin järjestyny, mitä on haluttu.

As: Onhan se, että ne maksaa kaikki nuo asiat, jonkinlainen tunnustus, eikö niin? Taksisetelit ja ...

On myös tilanteita, joissa kotiin tuotavista palveluista ei ole suurta apua. E hoiti miestänsä vuosia kotona, jolloin häntä kävi auttamassa kaksikin henkilöä kotipalvelusta yhtä aikaa. Käynnit hän koki kuitenkin turhiksi ja supisti niitä. Palveluista irrottautuminen kesti kuitenkin kuukausia. Kuitenkin E myös haluaa ymmärtää työntekijöiden raskasta työtä vanhoina ihmisinä. Toinen esimerkki kertoo M:n kokemuksesta, jossa hänen pitkäaikaiseen elämäkokemuksensa perustuva tietämyksensä hoidettavan tilanteesta on ohitettu.

E: Tällasesta joutu sit maksamaan sellasii summia, koska se on tulojen mukasii summia, kaikki mitä saa näitä omaishoitajan tuki ja mä saan työttömyyskorvausta ja Kelan maksamat hoitotuet, ne kaikki lasketaan siihen mukaan sitten kuitenkin. Mä saan sieltä vähän sosiaalitoimistosta ja maksan tuplasti takasin. [...] He eivät saa yli 20 kiloo nostaa. Meillä kävi niin, että mä nostin miehen sängystä seisomaan, nostin hänet pyörätuoliin silleen että hoitaja käväs häntä vessassa tai sitten mä itte käväsin. [...] Nekin on vanhoja ihmisiä, ett ei niitä voi rasittaa. [...] Sit mä lähetin tälle [sosiaalityöntekijälle]... yritin soittaa hänelle. Hän ei suostunut puhumaan, sanoi, että pistä paperille. Mä lähetin hänelle lapun, että tämä on tarpeeton, että se oli laskettu, että se menee monta tuntia päivässä, mitä he on. Mä sanoin, ett ei he oo ku enintään 20 minuuttii päivää kohti meillä on näitä... ei niinku mitään tehonnu ja mä maksoin monta kuukautta sellasta, sanoin, että lopetetaan, ett mä en halua, että illalla tulee, en viikonloppusinkaan. Se aamuihminen saatto tulla puol kakstoista, mä sanoin, ettei meillä oo enää sillon aamu, mä oon tehny kaikki hommat. Sitten joskus kun tää ihminen oli lomalla, niin mä sain loppujen lopuks sitten niinku sovittua, ettei tuu enää ku aamuksi. Sitten oli niin, että... yks ihminen ei pysty hoitamaan, että pitää tulla kaks hoitajaa. Mä maksoin sitten kahdesta.

M: Niin, oli ihan sama juttu Alzheimeryhdistyksen tyttöjen kanssa jotka sanoi että ”Hänhän on aivan lievästi dementoitunut”. Tuo askarrutti monta päivää. Ja mä ajattelin, että kuinka te voitte sanoa noin, teillä ei ole elämäkokemusta ja aloin epäillä itseäni. Tuon Minimentaltestin mukaanhan se on niin ja mähän tiesin sen, mutt mä rupesin kuitenkin epäilemään... ”Ette ymmärrä mitään” ajattelin itsekseni... Niinhän ei voi sanoa ja olin-

han mä iloinen kun ne tuli ja hän oli niin onnellinen kun ne tuli...

Ruotsinkielisten omaishoitajien hankaluus on ollut saada palvelua omalla äidinkielellä. Tilanteet voivat olla mutkikkaita varsinkin silloin, kun potilas ei enää osaa suomea. Toisaalta kaikki ruotsia puhuvat omaishoitajatkaan eivät tule riittävästi toimeen suomen kielellä.

K: Sitä pitää kyllä saada omalla äidinkielellä.

I: Ehdottomasti. Mun suomenkieli on niin heikko. [...] En pärjäisi suomeksi. Siitä tulisi sellainen palapeli. Sen olen kanssa huomannu sairaalassa että mulla on hirveen vaikeeta...

## Laitoshoitoa odottaessa ja arki laitoksessa

Sairauden edetessä omaishoitaja joutuu miettimään, milloin laitoshoido on paras ratkaisu jaksamisen ja hoitamisen kannalta. Tihentyvät hoitokaudet akuuttiosastoilla voivat olla merkki huononevasta terveydestä ja lähenevästä laitoshoidosta. M:n miehen terveys äkillisesti heikentyi siinä määrin, että hän joutui akuuttiosastolle. Näyttää siltä, että nämä tilanteet ovat dramaattisiakin ja nostattavat monenlaisia tunteita omaishoitajassa ja hänen perheessään. M kuitenkin ei tuntenut olevansa valmis viemään miestänsä hoitopaikkaan ja perui sen.

M: Niillä oli sellanen tuoli. Hän oli aika väkivaltainen niin että ne laittoi remmin ympärille. Hän ... oli näin nyrkeillä... Sitten hän oli viikon siellä ja sai antibiootteja ja se tulehdus meni ohi. Mutta kun hän ei pysynyt jaloillaan hänet lähetettiin [sairaalaan]... Hän makaa edelleen ja vähän on yritetty tukea, että hän liikkuu muutaman askeleen ja... [Sosiaalihoitaja] kävi kotona tammikuun puolessavälissä ja ne oli järjestänyt paikan palvelutalossa, jonka oon nyt perunu niin että... En ollu oikein kypsä siihen. Se tuli niin nopeasti. Kävin kattomassa siellä ja se oli oikein mukavaa. Mutta se tuli niin nopeasti ja mä en ollu niinku valmis.

Laitokseen siirtymisen kynnyks aiheuttaa monenlaisia ajatuksia ja tunteita, eikä se välttämättä aina ole sellainen helpotus kuin sen voisi olettaa olevan. E:llä on kokemuksia myös intervallihoidosta, mutta hoitopaikassa miestä pidettiin liian vaikeana potilaana hoitaa ja potilas muutti takaisin kotiin. Kuitenkin E selviytyi jonkin aikaa hoitotyöstä yksin kotona, kunnes joutui itsekin sairaalaan. Miehen ollessa sairaalajaksolla hän kävi hoitamassa ja tapaamassa tätä päivittäin omista sairauksistaan huolimatta. Mies on myös siirretty useaan otteeseen paikasta toiseen. E:n tilanne haastattelujen aikoihin oli avoin: hoidettava oli välillä kotona, välillä hoidossa, mutta pysyvää päätöstä kumpaankaan suuntaan ei ollut syntynyt.

E: Mua kyllä pyydetään käymään. Mikko on sen verran työläs hoidettava. Mä oon käyny kaks kertaa päivässä. Hänellä on nyt uus paikka, niin ne sano, että he aikoo... vatsantoimintapäivä on silloin, niin voinko mä olla silloin vatsantoimintapäivänä siihen aikaan. Fysioterapeutti sano, voisit sä

tulla siihen ja siihen aikaan. Näytä miten sä nostat Mikkoa. [...] Mä aatelin, että mulla on oikeestaan tää jakso kovempi mitä kotijakso.

D kertoo tunteneensa surua miehensä intervallijaksojen alettua. Pian hän kuitenkin pystyi hyväksymään tilanteen ja hoidon. Erityisesti se, että näkee läheisensä voivan hyvin, auttaa hyväksymään hoitoon siirtymisen. Sen sijaan I:n mies on riehunut hoitopaikassa. Tämänkaltaiset tilanteet voivat omaishoitajassa aiheuttaa neuvottomuuden ja avuttomuuden tunteita. Olisi hyvä, jos he voisivat keskustella tuntemuksistaan esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa ja että hoitohenkilökunnalla olisi aikaa myös omaisille.

D: Että kyllä minä sitä itkin monet kerrat, ett kun minun pitää tuo mies jättää tuonne, ett hoitaako ne... ei ne hoia varmaan niin hyvin kuin minä. [naurua] Mutt kappas vaan, kyllä ne hoitaaki!

I: Hän sai paperin sairaalasta missä luki ett hän oli riehunu siellä, ottanu avaimet ja pyrkiny sisään, sitten hän oli nukkunu aulassa lattialla ja ne pelkäs häntä.

Myös hoitopaikka voisi hyötyä omaishoitajan tietämisestä ja osaamisesta. Hoidon suunnittelemisessa läheisen tulo mukaan yhteistyöhön voi hyödyttää kaikkia osapuolia. Omaishoitajalla, jolla monesti on vuosikymmentenkin yhteiselo hoidettavan kanssa, on arvokasta tietoa ja osaamista. Mahdollisesti M:n miehen tilanne sairaalassa olisi ollut toisenlainen, jos vaimo olisi ollut mukana hoidon suunnittelussa alusta alkaen.

M: Oikein hyvin. Nythän ne on oikein sulosia. Kun ne tietää mihin ollaan menossa... [oon] vähän huolissani kun lääkäri sano että häntä on vaikea hoitaa. Hän on niin aggressiivinen ja vastustaa kaikkea, hän ei ole yhteistyöhaluinen, senhän mä tiesin... Niillä on ollu vaikeuksia sen kanssa ja mun mielestä ne oli ärsyttäviä nuo hoitajat ja ne oli niin... kun niitten piti hoitaa häntä niin hän sätkytteli ja vastusti ja ne oli päättäväisiä ja vähän vihaisia. Ja sehän ei tuntunu hyvältä, mutta ymmärtäähän sen että ne tekee työnsä ja jos potilas käyttäytyy... Mutta nyt on oikein hyvin ja mukavaa ja...

Laitoshoitoon siirtyminen voi olla draamaattista kuten K ja Au kertovat. Vähääkään ei auta kehotus lähteä ”shoppailemaan”. Hoidettavalle uusi paikka voi tuntua ahdistavalta, mikä taas ahdistaa omaista. Hänen tilanteensa on ollut myös se, että hoidettava on siirretty useamman kerran sairaalasta toiseen yllättäen ja ilman järkevältä tuntuvaa syytä.

K: Niin, on helpompi niin kuin että mun pitää sanoa että nyt en jaksa enää, nyt muut sanoivat ... kyllä, niin on helpompi... Mutta sitten kun jätin hänet sinne... Oltiin siellä me kolme ja tyttö tuki häntä ja hän nousi portaita ylös ja kaikki... ja että täällä hän saisi, täällä saat olla... Silloin hän ei oikein ymmärtäny ja sitten kaikki nuo jotka ööööö huusivat siellä ulkona ja huh... Sanoin sille hoitajalle että en pysty jättämään häntä, mä vien hänet kotiin. Sitten hän sanoo mulle, että mee nyt shoppailemaa. Herrajumala kuinka vihainen mä olin! Olisin voinu katkaista häneltä niskan. Sehän oli

viimeinen asia mitä silloin halusin. Mutta sitten [tytär] sanoi että se oli hänen viestinsä että mene nyt että me saadaan huolehtia hänestä.

Au: Yhtäkkiä hän sanoi: Niin, ajat mut vankilaan, se on vankila, siellä on kaikki ovet lukossa ja ... ihmiset tulee mun huoneeseen ja vie mun tavarat ja ... niin ne teki viimeks.

## Yhteenveto

Omaishoitajista on tuotettu tietoa hoitokokemusten, selviytymisen, kuormittuneisuuden, stressin ja sopeutumisen näkökulmista. Tässä artikkelissa tarkastelemme dementiapotilaan omaishoitajien ajatuksia palvelujärjestelmästä. Tieto on tuotettu ryhmähaastattelun mahdollisuuksia hyväksikäyttäen ja soveltaen. Keskusteluissa omaishoitajat ovat kertooneet myös kokemuksistaan palvelujärjestelmän asiakkaina.

Tulokset kertovat, että omaishoitajalle kertyy laajaa kokemusta ja tietoa hoitotyössä. Hän on dementoituvan läheisensä asiantuntija, jonka tietoa ja osaamista tulisi nykyistä enemmän hyödyntää hoidon ja palveluiden suunnittelussa. Näyttää siltä, että omaishoitajan osaamista ei aina kyetä hyödyntämään kaikille osapuolille parhaalla mahdollisella tavalla. Omaisen havaintoja sairauden ilmenemisestä, käyttäytymisestä ja oireista ei aina uskota todeksi. Varsinkin dementiaa sairastavan ihmisen tapauksessa omaisen on tämän ensisijainen asiantuntija ja tietolähde. Omaisyhteistyön tehostamiseen näyttää siis olevan varaa.

Sinänsä neutraaleilta tai myönteisiltä kuulostavat palvelut herättävät saajissaan monenlaisia tunteita. On ryhdyttävä sovittamaan yhteen omia henkilökohtaisia ja palvelujärjestelmän toimintalogiikkoja. Palvelut muuttavat omaishoitajaperheen arkea ja ajankäyttöä konkreettisesti, sillä kodista tulee pikkuhiljaa hoitopaikka, jonne saattaa ilmestyä hoitovälineitä; kotia pitää ehkä muuttaa niin, että esimerkiksi sinne mahtuu sairaalavuode. Omaishoitajan arkea, ajankäyttöä ja toimintaa ohjaavat pitkälti palvelut.

Dementoivat sairaudet tavallisesti etenevät pikkuhiljaa, ja prosessin myötä palveluntarve kasvaa siten, että sairauden lopussa tarvitaan laitoshoidoa. Palvelujärjestelmässä on tärkeää tietää itse sairaudesta, omaishoidosta ja omaisten oikeuksista. Olisi hyödyllistä myös ymmärtää, millaisia ajatuksia palvelut saajassaan herättävät, jotta esimerkiksi väärinymmärtämisistä voitaisiin oikaista, kielteisiä tunteita ymmärtää tai kohdentaa palvelua oikein. Palvelujärjestelmään tuleminen on ollut kaikille haastatteluun osallistuneille monimutkaista; tutkimuksiin on pitkät odotusajat, oikean tahon löytäminen ei ole ollut aina yksinkertaista. Diagnoosin jälkeen omaishoitaja tarvitsee tietoa itse sairaudesta, sen kulusta ja palveluista. Tulosten perusteella voi todeta, että tieto on pirstoutunut eri toimijoiden kesken, joiden yhdistäminen ja yhteistyö olisivat ensiarvoisen tärkeitä.

Dementiapotilas ja hänen omaishoitajansa saattavat olla yhtä aikaa asiakkaana terveydenhuollossa, sosiaalitoimistossa sekä yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajilla. Yhteistyötä näiden toimijoiden välillä olisi syytä lisätä. Omaishoitajat tarvitsevat myös vertaistukiryhmäjäsenyyttä vertaistukiryhmässä.

Tässä artikkelissa dementiaa sairastavien omaishoitajat ovat kertoneet kokemuksistaan palvelujärjestelmästä osana heidän arkeaan. Sairastavien oma ääni puuttuu, mutta se kuuluu läpi välillisesti. Näiden äänien kuunteleminen on edellytyksenä sille, että palvelujärjestelmän työntekijät pystyvät suunnittelemaan palvelut niin, että ne tavoittavat dementiaa sairastavien ja heidän omaishoitajiensa arjen tarpeet.

### **Pohdittavia kysymyksiä**

- Miten omaishoitajat voitaisiin ottaa kumppaneina paremmin mukaan dementiaa sairastavien henkilöiden hoidossa?
- Mikä on omaisen rooli, kun dementiaa sairastava henkilö siirtyy laitoshoidon?
- Kenen tehtävä on tukea omaishoitajaa?

## Lähteet

Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24: 105–112, 2004.

Kaskiharju E, Oesch-Börman C, Sarvimäki A. Näitäkö polkuja viimeiseen asti? Dementiapotilaan omaishoitajan arkipolut. Raportteja 1/2006. Ikäinstituutti, Helsinki 2006a.

Kaskiharju E, Oesch-Börman C, Sarvimäki A. Samassa veneessä – apua arkeen vertaisilta. Opas fokusryhmän ohjaajalle. Hyvät käytännöt 1/2006. Ikäinstituutti, Helsinki 2006b.

Pötsönen R, Pennanen P. Ryhmähaastattelu ja sen käyttömahdollisuudet terveystutkimuksessa. Kirjassa: Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä, s. 1–18. Toim. Pötsönen R, Välimaa R. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998.

Rajaniemi J. Arkea tukevat verkostot – ikääntyneiden kokemuksia arjen sujuvuudesta. *Gerontologia* 20: 167–181, 2006.

Saarenheimo M. Omaishoidon alkulähteillä: perhe ja koti hoivan kehyksinä. Kirjassa: Kaksin kotona. Iäkkäiden omaishoitoperheiden arjen ulottuvuuksia, s. 25–52. Toim. Saarenheimo M, Pietilä M. Tutkimusraportti 6. Vanhustyön keskusliitto, Helsinki 2005.

Wibeck V. Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod. Studentlitteratur, Lund 2000.

## 7 YKSIÄISYYS JA MASENNUS ARJEN HARMAUTENA

*Arja Hakala*

Sataa lunta, ja  
minä ymmärrän sen nyt:  
tämä on vanhuus.  
Kukaan ei tule käymään.  
Ei ole mihin mennä. (Teika.)

Vanhan ihmisen elämässä on lukuisia asioita, jotka saattavat uhata arjen sujuvuutta. Vanhuudessa ihminen on aikaisempaan verrattuna hauraampi ja haavoittuvampi. Siksi vanhuksen yksinäisyyteen ja masennukseen on syytä suhtautua vakavasti tänä päivänä, jolloin hänen odotetaan selviytyvän omatoimisena kotona mahdollisimman pitkään. Joskus yksinäisyys ja masennus voivat vaikeuttaa vanhuksen arjesta selviytymistä niin paljon, että kodista tuleekin ”vankila”, johon vanhus laitostuu.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvata, mitä ei-toivottu yksinäisyys merkitsee vanhalle ihmiselle ja miten eristäytyminen voi johtaa masennukseen, joka vie toimintakykyä ja uhkaa elämää. Artikkelissa käsitellään ikääntyvän ihmisen yksinäisyyden ja masennuksen erityispiirteitä sekä niiden vaikutusta hänen arjesta selviytymiseensä. Artikkelissa pohditaan, miten yksinäistä vanhusta voidaan tukea pärjäämään kotona, kun masennus passivoi eikä apua ole helposti saatavilla tai vanhus ei jaksa sitä hakea. Artikkelissa tarkastellaan myös sosiaalisen tuen merkitystä ja kotihoidon haasteita auttamistehävässä.

### **Yksinäisyys ja ikääntyminen**

Helsingin Sanomat toi ikäihmisten yksinäisyyden näkyväksi Kotimaa-osastossaan 14.12.2005. Tuolloin uutisoitiin näyttävästi, miten yksin asuvien vanhusten määrä oli kasvanut kolmanneksen 15:n viime vuoden aikana. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2003 Suomessa asui yksin 457 000 yli 55-vuotiasta suomalaista. Ikävuosien karttuessa yksinään asuminen yleistyy niin, että 70–74-vuotiaista kolmannes ja 85–89-vuotiaista lähes kaksi kolmannesta asuu yksin. Yksin asuvista vanhuksista hankalin tilanne on syrjäkylien vanhuksilla, jotka asuvat kaukana palveluista. Yksin elävistä vanhuksista yli 70 prosenttia on naisia. Heistä suuri osa on leskiä, mutta naisten joukossa on myös enemmän niitä, jotka ovat eläneet koko elämänsä yksin. Muuttoliikkeen seurauksena naisia asuu etenkin kaupunkiseuduilla kuten Turussa, Lahdessa, Tampereella ja Helsingissä. Yksin asuvia miehiä sen sijaan on eniten Itä-Suomen maaseutupaikajissa sekä Lapissa ja vähiten Pohjanmaalla. Yksinään asuvat vanhuksat asuvat selvästi heikommassa oloissa kuin puolison tai perheen kanssa elävät vanhuksat.

Kaikki vanhuksat eivät suinkaan koe itseään yksinäisiksi, vaikka asuvatkin yksin. Yksinäisyys ei ole sama kuin sosiaalinen eristyneisyys. Yksinäisyys voi olla myönteistä, omasta tahdosta yksinäisyyteen hakeutumista. (Routasalo ym. 2006, Tiikkainen 2006.) Kun yksinäisyys on vapaaehtoista, niin se on rauhoittavaa ja mahdollistaa luovuuden sekä on edellytys jaksamiselle.



Yksinäisyys käsitteessä on erotettavissa tiettyjä keskeisiä piirteitä: yksinäisyys on subjektiivinen, kielteinen kokemus, joka liittyy puutteellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin ja vähäiseen yhteisyyden tunteeseen. Yksinäisyyttä on eniten silloin, kun kyky kohdata ja käsitellä elämäntilanteita on heikentynyt. Muita yksinäisyyttä lisääviä tekijöitä ovat puolison kuolema, leskeys ja avioero, huono terveys ja alhaiset tulot, yksin asuminen tai laitoksessa asuminen, kontaktien puute lapsiin ja ystäviin, turvattomuuden kokemukset ja pelot sekä naissukupuoli ja lapsettomuus. (Routasalo 2004; Routasalo 2006; Suutama 2006; Tiikkainen 2006.)

Myös yhteiskunnan asenteet vanhoja ihmisiä kohtaan sekä merkityksellisten sosiaalisten ja yhteisöllisten roolien puutteet lisäävät yksinäisyyden tunnetta. Yksinäisyyttä lisäävien tekijöiden kasautuminen vanhuudessa on yleistä. Pohjoismaisten tutkimusten mukaan itsensä usein yksinäiseksi tuntevia on eri ryhmissä yhtä paljon (noin 10 %), mutta 80 ikävuoden jälkeen yksinäisyys näyttää lisääntyvän. (Jylhä 2006; Suutama 2006; Tiikkainen 2006.)

Suomessa toistakymmentä vuotta kestäneissä, laajoissa vanhusväestön seurantatutkimuksissa yhtenä tuloksena ilmeni, että monet elämän asenteet kuten yksinäisyys, olivat selvästi yhteydessä siihen, miten tulevaisuus kehittyi vanhuusiässä. Yksinäisyydellä näytti olevan monia haitallisia ennuspiirteitä. Niillä henkilöillä, jotka tunsivat itsensä usein yksinäisiksi muisti ja elämänlaatu heikentyivät nopeammin kuin muilla. He joutuivat muita useammin ja varhaisemmassa vaiheessa laitoshoitoon. Heillä kuolemanvaara oli myös kaksinkertaistunut kymmenen seurantavuoden aikana. (Akuutti 11.2.2003.)

Ihminen on yksin ilman yhteisöä, johon kuulua. Tarvitsemme vuorovaikutteista läsnäoloa, että myös elämän varjopuoli pysyy hallinnassa (Heikkinen ym. 2002, 228). Turvalliset ja luotettavat ihmissuhteet ovat vanhuksen arjessa selviytymisen tärkeä voimainlähde. Ihminen tarvitsee toista ihmistä peiliksi testatakseen maailmankuvaansa. Yksin asuvan, itsensä yksinäiseksi tuntevan vanhuksen arjessa monet asiat voivat vääristyä ja muuttua pelottaviksi, jos häneltä puuttuu keskustelukumppani. Silloin tuskaiseen oloon saatetaan hakea apua esimerkiksi lääkkeitä ja päihteistä. Aluksi alkoholi helpottaakin pahaa oloa, mutta sen pitkäaikainen käyttö johtaa noidankehään, josta yksin on vaikea päästä ulos. Myös tapaturmariski ja terveyshaitat lisääntyvät huomattavasti.

## **Yksinäisyys kokemuksena**

Yksinäisyyden kokeminen on kulttuurisidonnaista. Kansainvälisissä vertailevissa tutkimuksissa on todettu, että Pohjois-Euroopan maissa, joissa korostetaan yksilöllisyyttä ja missä yksin asuminen on tavallista, iäkkäiden yksinäisyyden tunteet ovat harvinaisempia kuin Etelä-Euroopan maissa, joissa perhesiteet ovat hyvin kiinteät eivätkä vanhuksat yleensä asu yksin. (Saarenheimo 2003, 104.) Kuitenkin suomalaisten vanhusten yksinäisyys on yleistä. Vanhustyön keskusliiton laajan tutkimuksen mukaan yli kolmannes vanhuksista kärsii vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja viisi prosenttia jatkuvasti. Yksinäisyys on suhteellinen käsite, jolloin omaa tilannetta tarkastellaan suhteessa joko omaan aikaisempaan tilanteeseen tai toivottuun tilanteeseen. (Saarenheimo 2003, 104.) Palkeisen tutkimuksen (2006) mukaan ikääntyvät kuitenkin näyttävät pitävän yksinäi-

syöttä vanhuuteen luonnostaan kuuluvana ilmiönä, jolloin he selittävät yksinäisyyden johtuvan iästä. Yksinäisyys aina, kun se ei ole toivottua, aiheuttaa kokijassaan syvää kärsimystä.

Jokainen ihminen kokee joskus ohimenevästi yksinäisyyden tunteita. Tällä ei ole mitään tekemistä sen kanssa, onko ihmisellä seuraa. Ihminen voi olla yksinäinen, vaikka hänellä olisi paljon ystäviä. Yksinäisyys ei siis ole pelkästään ihmissuhteiden puutetta, vaan pikemminkin näiden ihmissuhteiden välillä olevan yhteisyyden tunteen puute (Tiikkainen 2006). Ihmisen tunteiden lähteet nousevat hyvin erilaisista yksilöllisistä historioista ja kokemuksista. Taustalla vaikuttavat lukuisat asiat kuten yhteiskunnalliset tilanteet, yhteölliset ilmiöt, valtakuviot ja sukupuoliuus. Toisen ihmisen kokemaa yksinäisyyden tunnetta, sen todellisuutta tai syvyyttä, ei kukaan ulkopuolinen voi määrittellä. Meistä jokainen vain itse pystyy kertomaan yksinäisyyden tuomista tunteista, ja siksi vanhuksia kohtaavien työntekijöiden pitäisikin herkistyä kuuntelemaan, mitä vanhus oikeasti sanoo ja mitä sanojen takana todella on.

Vanhan ihmisen yksinäisyyteen liittyy paljon surua elämän varrella tapahtuneista menetyksistä ja pettymyksistä, menetettyjen läheisten ikävöintiä ja tyhjyyden tunnetta. Elämässä näiltä ihmisenä olemisen peruskokemuksilta ei voi välttyä, mutta vanhoilla ihmisillä useinkaan ei ole riittävästi omia voimavaroja eikä keinoja vaikeiden asioiden käsittelyyn. Tarvitaan ulkopuolista tukea ja lohdutusta. Elämän aikana kasautuneet tarkoituksettomuuden, arvottomuuden ja hylätyksi tulemisen kokemukset häpeän tunteineen ja pelkoineen muodostavat helposti jänteen yksinäisyydestä syvään masennukseen. (Saarenheimo 2003, 106.)

Vanhuksen yksinäisyydessä erotetaan kaksi ulottuvuutta, emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys. Vanhuksen itsensä ilmaisema yksinäisyyden tunne heijastaa emotionaalista yksinäisyyttä, johon liittyy erilaisia kielteisiä tunteita kuten masentuneisuutta. Emotionaalinen yksinäisyys on alakuloisuutta ja kaipausta, kun läheisyyden tarve ei täyty. Se on erityisen voimakasta puolison tai läheisen ihmisen kuoltua. Leskeksi jäänyt vanhus voikin tuntee vahvoja fyysisiä ja emotionaalisia reaktioita, jotka lamaannuttavat arkipäivässä selviytymistä niin, että elämänhalu katoaa kokonaan. Emotionaalinen yksinäisyys ilmentää lähinnä eksistentiaalista yksinäisyyttä, jossa heijastuu menneisyys, nykyisyys ja tulevaisuus. Sosiaalinen yksinäisyys liittyy tarpeeseen olla yhteiskunnan jäsen, arvokas ja hyödyllinen. Tällainen yksinäisyys ilmenee puutteellisiksi koettuina vuorovaikutussuhteina ja vähäisenä yhteisyyden tunteena. Tähän johtavat niukat ystäväkontaktit, mielialaongelmat ja huono toimintakyky, jotka vaikeuttavat yhteyksien pitämistä ja tuovat ulkopuolisuuden kokemuksen. (Saarenheimo 2003, 103; Suutama 2006; Tiikkainen 2006.)

Vanhuksen oma tunne siitä, että on joku, jolta saa apua hädän tullen, vähentää yksinäisyyden tunnetta. (Emt.) Sosiaaliset suhteet ja yhteisyyden kokemus ovat tärkeitä elämänlaadun osatekijöitä. Ikääntymisen myötä hyvien ja pitkäaikaisten ystävyysuhteiden merkitys vain korostuu. (Hautakangas ym. 2006.) Paradoksaalista kuitenkin on, että samaan aikaan ystävien rivit harvenemistaan harvenevat. Myös aistinelinten, kuten kuulon ja näön heikentyminen vaikeuttaa yhteydenpitoa. Jos ei kuule keskustelua, tulee arkuutta mennä ryhmiin. On helpompi jäädä kotiin, niin ei tarvitse hävetä, että ei pysy muiden mukana. Huononevan näön vuoksi puhelinnumeroiden löytyminen vaikeutuu ja

viikossa voi olla monia päiviä, ettei kukaan puhu, kysele, katso tai kommentoi ajatuksia. Vanhus ei voi välttyä kokemukselta, että hänen elämänsä ei kiinnosta ketään.

Toimintakyvyn heikkeneminen supistaa vanhuksen osallistumismahdollisuuksia eikä hän silloin saa muilta itsetunnolleen tärkeää, hyväksyvää palautetta. Erityisesti mielen-terveydellisistä syistä hiljaa kotiinsa syrjäytyvät vanhat ihmiset ovat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden mielestä huolestuttavin asiakasryhmä. He ovat todellisessa vaarassa jäädä palveluiden ulkopuolelle. Heillä on monenlaisia psykososiaalisen tuen ja palveluiden tarpeita kuten: hoidollisten palveluiden tarpeita, kuntoutumisen tuen ja ohjauksen tarpeita, neuvonnan sekä huolenpidon tarpeita. (Vallo 2004, 15). Ei ole lainkaan harvinaista, että tällaisia yksinäisiä vanhuksia löydetään viikkojen, kuukausien jopa vuosienkin kuluttua kuolleina kotoaan.

## **Vanhuksen yksinäisyyden erityispiirteitä**

### **Kriisit ja luopumiset**

Suuret menetykset, koskivatpa ne ihmissuhteita, kotia, terveyttä tai taloudellista asemaa, koettelevat aina myös ihmisen syvintä käsitystä omasta itsestään ja siten koko hänen identiteettinsä perustaa. Yksinäiset vanhat ihmiset ovat usein menettäneet jonkin elämänsä merkityksellisen kiinnepohdan, kuten terveytensä tai keskeisen osan toimintakykyään. (Saarenheimo 2003, 108.) Kriisit ja luopumiset kuitenkin kuuluvat elämään. Osa kriiseistä liittyy elämänkaaren muutoskohtiin, esimerkiksi mielikuviin vanhuuteen siirtymisestä tai kuoleman lähestymisestä. Osa puolestaan liittyy enemmän erilaisiin tilanteisiin tai tapahtumiin (Lindqvist 2002, 255.)

Kriisin läpikäyminen käynnistää aina vahvoja tunteita. Sellaisia tunteita, kuten raivo ja inho, saattaa olla vaikea hyväksyä. Mitkään tunteet eivät ole kuitenkaan huonoja tai vääriä. Useimmat ihmiset haluavat jakaa kokemuksiaan, koska toiselle uskoutuminen ja keskustelu auttaa käsittelemään elämän varrella koettuja asioita. Siksi kaikenlaisten, myös negatiivisten tunteiden salliminen ja tunneilmaisun rohkaiseminen ovat tärkeitä. Läheinen ihminen tai kotihoidon työntekijä voi toimia kuuntelijana ja heijastuspintana, jonka kautta vanhus saattaa saada uuden näkemyksen tilanteeseensa. Puhuminen vapauttaa energiaa ja olo arjessa helpottuu. Viha auttaa irrottautumaan menneestä ja sureminen puhdistaa sisimpään kasautuneen painolastin. Surun läpikäymisen tavoitteena on, että ihminen oppisi elämään läpi sisällään olevan surun, hyväksymään tilanteensa, kuuntelemaan tarpeitaan ja käyttämään hyväkseen omia mahdollisuuksiaan.

Surun läpikäyminen on aina henkilökohtainen ja kulttuurinen kysymys. Eri ikäisinä suremme myös eri tavoin, erilaisin rituaalein. Joku pystyy hyväksymään uuden tilanteen nopeammin kuin toinen. Sekä kieltäminen että hyväksyminen ovat luonnollisia tapoja suhtautua menetykseen. Surun sisäänsä patoaminen kuitenkin voi aiheuttaa monenlaisia psykosomaattisia oireita ja vähentää elämänvoimaa. Siviilisäättyjen kuolleisuutta koskevien tutkimusten mukaan leskeytyminen suurentaa kuolemanvaaraa etenkin miehillä. (Koskinen ym. 1999.) Vaikutus on suurin välittömästi puolison kuoleman jälkeen, mutta säilyy merkittävänä vuosien ajan.

Jonkun vanhuksen kohdalla tilanne voi muuttua yllättävästikin: leskeksi jäätyään ja perheen hävitessä ympäriltä suhde tilaan ja kotiin muuttuu. Vanhakin ihminen vielä saattaa olla valmis tekemään ratkaisuja, jotka eivät rakennu tietyn paikan varaan. Koti on voinut edustaa parisuhdetta. Kun vanha ihminen jää yksin, niin kaikki eivät suinkaan halua vaalia muistoa paikkaa vaalimalla. Silloin kanssakäyminen ja uudet sosiaaliset suhteet voivat asettua entisen sijalle. (Vilkko 2006.)

## Ruumiinkuvan muutokset ja sairastaminen

*Kun vanhenemisen ruumiilliset merkit alkavat näkyä yhä selvemmin, kun vartalon jänteveys vähä vähältä vaihtuu velttoudeksi ja rypyiksi, kun meikki ei oikein enää tartu ihoon ja kun liian vähäinen liikunta ja liian hyvä ruokahalu saavat aikaan painonousua, nainen tietää, että hänen naiseutensa aika on ohi (Zilliacus 1997).*

Ruumiinkuva on tunne- ja tietopohjainen kokemus omasta ruumiista. Ruumis on aina läsnä, elämme, olemme ja koemme koko ajan muuttuvan ruumiimme kautta. Fyysinen vanheneminen merkitsee elimistön toimintojen hidastumista. Biologiset prosessit tuottavat vääjäämättä vanhenemisen, jossa ruumiinkuva muuttuu. Fyysistä vanhenemista ei voi estää, vaan se tulisi hyväksyä ihmisen kehittymisen luonnollisena osana.

Kalle Achté vertaa ikääntyvän ihmisen tilannetta ruumiin muuttuessa nuoruusiän kasvuun ja ahdistukseen. Sekä nuori että vanheneva ihminen huomaavat, että ulkoinen olemus ei enää vastaa sitä sisäistä ruumiinkuvaa, jota he ovat pitäneet olemassaolonsa perustana. Nuori luopuu lapsuuden ruumiinkuvasta saaden tilalle uuden seksuaalisen ruumiinkuvan, vahvan ja kaikkivoivan ruumiin. Ikääntyvä ihminen sitä vastoin luopuu juuri tästä ruumiinkuvasta voimantunteineen ja huomaa olevansa oudon, hauraan ja petävän ruumiin omistaja. (Achté 1993, 12.)

Vanhan ihmisen minäkuva haavoittuu herkästi. (Sarvimäki 2004, 153–158). Kokemus ruumiin vähittäisestä raihnaistumisesta tuottaa vanhukselle helposti toivottomuutta ja masennusta. Ne suoja-keinot, jotka nuoruudessa toimivat muuttuvan ruumiinkuvan mukanaan tuomaa ahdistusta vastaan, eivät ole enää toimivia vanhuudessa. Vanhan ihmisen kokemus kyvystä vastata arjen haasteisiin ja sitoutua erilaisiin velvoitteisiin heikkenee. Se vaikuttaa elämänhallintaan ja itsetuntoon. Silloin ainoa oikea suhtautuminen on surra ja luopua ruumiin jänteveyden, kauneuden ja viehätysvoiman toiveista ja integroida menneisyyden kaikkivoipa ihanneruumis muistoksi eletystä ajasta. Tähän vanhus tarvitsee suremisen kykyään, rohkeutta, kärsivällisyyttä ja usein ulkopuolista tukea, ettei hän jäisi puolustautumaan vain piinallista todellisuutta vastaan, vaan etsiytyisi kohti uusia, toisenlaisia mahdollisuuksia (Siltala 2004, 152–166).

Fyysiset muutokset, menetykset ja avuttomuus ovat todellisia ja aina läsnä vaikuttamassa vanhuksen arjesta selviytymiseen (Siltala 2004, 155). Suremattomat ja yksinäisyydessä koetut ruumissa tapahtuvat muutokset ja menetykset voivat muodostaa vanhukselle jatkuvan sisäisen uhan kokemuksen (Emt.). Tässä tilanteessa vanhus tarvitsee keskusteluapua. Läheisten ja työntekijöiden valmiudet keskustella vanhuksen kanssa ruumiin

elinten muutoksista, menetyksistä ja vaurioista auttaa vanhusta surussa ja ulos jähmettävästä masennuksesta. Erilaiset vertaisryhmät ovat myös toimiva tukiverkko vanhukselle. Ne tarjoavat samanikäisen ihmisten yhteisten kokemusten jakamista ja tukea. Huonosti liikkuville vanhuksille pitäisikin taata helposti saavutettavia kuljetuspalveluja ja avustajia, ettei kodista muodostuisi vankila.

Marja Saarenheimo on tuonut esiin, että mielenterveyden yhteydessä pohditaan liian harvoin ruumiillisten kokemusten merkitystä ja kehon muutosten psyykkisiä kytkentöjä. Saarenheimon mukaan suhtautuminen ikääntyviin kehoihin on kaksijakoista. Hyvin säilyneet kehot saavat olla esillä ja raihnaiset pidetään poissa silmistä. Kehossa näkyvät muutokset ovat muutoksia myös toisille ja toiset ihmiset toimivat peilinämme (Saarenheimo 2003, 110; Hautakangas ym. 2006.) Siksi esimerkiksi tiedotusvälineiden antama kuva muokkaa käsityksiämme. Liian usein niiden ikääntymisestä esittämä kuva on raihnaisuutta ja sairautta. Usein vanhuuden näkeminen sairautena perustuu siihen tosiseikkaan, että ikääntymiseen liittyy sairastavuuden lisääntyminen.

Ruumiilliset muutokset ovat tärkeä juonne ihmisen elämänkulussa. Eletyn elämän jälki näkyy ruumiissamme ja kertoo rehellistä tarinaansa. Pirkko Siltalan mukaan vanhus kertoo ruumiin kielellä masennuksestaan, ahdistuksestaan, miehenä ja naisena olemisestaan, epätoivostaan, levottomuudestaan, hajoamisen uhastaan ja yksinäisyydestään (Siltala 2004, 153). Ruumiin kieli on ainut kieli, joka ei valehtele.

Jyrki Jyrkämä on tuonut esiin, että tutkimuksissa reippaasti kolmannen iän ohittaneet ihmiset eivät tunne olevansa vanhoja. Näin näyttää olevan, vaikka heille olisi ilmaantunut kroonisia sairauksia ja toimintakyvyn muutoksia. (Hänninen 2006). Naisen ja miehen ruumiillinen vanhuus perustuu koko elettyyn elämään ja sen aikana luotuun ruumiinkuvaan sekä sukupuoliseen identiteettiin (Siltala 2004, 158). Naiset kokevat itsensä usein iättömiksi, mutta muutokset kehossa ja muiden tekemät määrittelyt heidän iästään muokkaavat henkilökohtaista käsitystä itsestä ja omasta iästä (Hautakangas ym. 2006). Miehillä sitä vastoin työelämästä pois jääminen heikentää mahdollisuuksia antaa näyttöä ulkoisesta suorittamisesta. Heille iän tuomat sairaudet, toimintakyvyn rajoitukset ja ruumiissa tapahtuvat muutokset saattavat olla vaikeita kokemuksia (Hänninen 2006). Kokemusta syventää pelko lisääntyvästä riippuvuudesta ja avun tarpeesta.

Riitta-Liisa Heikkinen on todennut, että iäkkään, yksin asuvan ihmisen on tultava hyvin toimeen itsensä kanssa. Puolisoiden kesken esimerkiksi vastavuoroinen riippuvuus kasvaa sitä haasteellisemmaksi, mitä enemmän kummallekin vaivoja kasaantuu. Myös laajempi sidonnaisuus ympäröivään yhteisöön painottuu niiden välttämättömästi hoidettavien tarpeiden kautta, joita sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen takia syntyy yhä enemmän. Vanhusten irrallisuuden ja yksinäisyyden tunne voi korostua erityisesti urbaaneissa yhteisöissä. Elämänkatsomuksellinen erilaisuus sukupolvien välillä saattaa rasittaa päivittäin ja korostaa myös yksinäisyyden kokemusta. (Heikkinen 2002, 228.)

Ulkopuolisuuden tunne voi muuttua pelokkuudeksi ympäristöä kohtaan. Esimerkiksi suurissa kaupungeissa moni vanhus pelkää liikkua kodin ulkopuolella iltasella tai pimeään aikaan. Ikäinstituutissa toteutetussa Liikkeessä-projektissa ilmeni, että erityisesti 75-vuotiaat ja sitä vanhemmat ihmiset vähentävät ulkona liikkumistaan vastoin omaa toivettaan ja menettävät siten autonomiaa, elämän laatua ja toimintakykyä sekä altistu-

vat lisääntyvässä määrin koti- ja laitoshoidolle. (Ponsi ym. 2005, 14–16.) Ulkona liikuminen on tärkeää, se ylläpitää elämänlaatua. Se vaikuttaa myönteisesti fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Ulkona liikkuminen harjoittaa myös monipuolisesti kehon eri rakenteita ja antaa positiivisia virikkeitä aisteille. Sitä kautta se liittyy vanhuksen lähiympäristöön ja osallistaa yhteiskunnan elämään.

Vaikka vanhuksen arjessa selviytymistä hankaloittavien syiden kirjo on laaja, niin merkityksellisintä kuitenkin on vanhuksen oma persoonallisuus ja asennoituminen toimintakykensä vajavuuksiin. Kokemus siitä, miten pystyy vastaamaan arjen haasteisiin ja miten kykenee tai haluaa sitoutua erilaisiin velvoitteisiin, vaikuttaa vanhuksen elämännhallintaan ja itsetuntoon. Hyvään itsetuntoon liitetään tunne, että on hyvä ja voi tuntea kiitollisuutta siitä mitä on, voi keskittyä elämään tässä ja nyt sekä kykenee kestämaan arjen tuomia epäonnistumisia pettymyksineen.

Rissasen tekemä, yli 65-vuotiaiden kotona selviytymistä kartoittanut tutkimus osoitti, että ikääntyvät ihmiset pitivät terveyttä hyvänä olona ja elämän tasapainona. Terveeseen elämään ajateltiin kuuluvan myös kivuton, hallinnassa oleva pitkäaikaissairaus. Vanhuuteen voi siis kuulua sairaus, mutta ei kivullosuus. Naiset kokivat hyvää oloa kotiasikareiden sujumisesta ja ihmissuhteista. Miehillä taas hyvän olon kokemuksia syntyi erilaisista tekemisistä ja niissä onnistumisesta. (Liskola 2002, 91).

Oulussa toimivan Hyvän mielen talo ry:n Kotikuntoutus-projektissa (2000–2004) saatiin tietoa kotona asuvien ikääntyvien mielenterveyspotilaiden elämästä. Hankkeessa selvitettiin, mitä vanhenemisen kokemus merkitsee pitkään psyykkisesti sairastaneelle ja mitä haasteita se toi heidän elämäänsä ja palvelujärjestelmälle. Mukana olleet ikäihmiset totesivat, että ponnistelut arvostuksen sekä hoidon ja huolenpidon saamiseksi ylittivät heistä useampien voimavarat ja tuottivat stressiä. Stressi jo sinällään vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin. Reaktioina pettymyksiin palveluissa ihmiset kokivat surua, mielialan eritasoista laskua ja voimattomuuden tunteita. Näiden ikääntyvien ihmisten kohdalla kokemus riittämättömästä arvostuksesta sekä tukea antavasta ympäristöstä ja yhteiskunnasta oli merkittävä syrjäytymisen kokemuksesta lisäävä tekijä. Sillä oli merkitystä myös kuntoutumismotivaatiolle. Sen sijaan kotona saatu, arjessa selviytymistä tukevan ajan antaminen ja paneutuminen asiakkaan esiin tuomiin pieniinkin tarpeisiin ja toiveisiin, vaikutti myönteisesti projektissa mukana olleiden ikääntyvien elämänlaatuun. (Vallo 2004, 5–9.)

## **Sosiaalisen tuen merkitys**

Ihminen kaipaa toisen ihmisen läheisyyttä. Sanotaan, että ihminen on sosiaalinen eläin, jolle vuorovaikutus lajitoveriensä kanssa varhaislapsuudesta vanhuuteen asti on elinehto. Luottamuksellisia, tiiviitä ihmissuhteita ei tarvitse olla kuin yksi tai muutama, että tämä kokemus syntyy. Erityisesti sillä on merkitystä, millaiseksi ihminen itse arvioi ihmissuhteiden ja kanssakäymisen laadun. (Saarenheimo 2003; Routasalo 2006; Tiikkainen 2006.) Vanhukselle on esimerkiksi suuri merkitysero sillä, soittaako läheinen ihminen vanhukselle vai ottaako hän itse puhelun läheiselle. Ihmisen kokemus – olen tärkeä – korostuu, kun joku toinen ottaa ensin yhteyttä.

Hyvin toimiva sosiaalinen verkosto merkitsee puskurivyöhykettä, joka suojaa terveyttä. Vanha ihminen tarvitsee läheistensä tukea voimavaraksi. Tuki parhaimmillaan on ihmisten keskinäistä huolenpitoa. Silloin vanhus saa tuntea kiintymystä ja turvallisuutta sekä yhteenkuuluvuuden tunnetta. Tuki ihmisten välisenä huolenpitona vahvistaa vanhuksen arvoa ja hän voi kokea itsensä päteväksi ja hyväksytyksi sosiaalisessa roolissaan esimerkiksi äitinä, isänä, isovanhempina tai eläkeläisenä. Se tuo myös tunteen luotettavasta liittolaisuudesta, jolloin sukulaisilta ja ystäviltä voi odottaa tarvittaessa apua ja ohjeita. (Suni 1995, 47.) Jos vanhukselta puuttuvat läheiset, niin eivät edes kotihoidon työntekijöiden käynnit riitä poistamaan hänen kokemaansa yksinäisyyttä (Muurinen ja Raatikainen 2005, 14).

Vuorovaikutussuhteet sitovat vanhuksen sosiaaliseen järjestelmään, jonka hän tuntee tarjoavan rakkautta ja huolenpitoa. Ne edesauttavat kiinnittymistä arvostettuun sosiaaliseen ryhmään tai suhteeseen. Ihmisillä, joilla tutkimuksissa on todettu olevan huonoksi koettu sosiaalinen tuki, on myös huonompi sosiaalinen kyvykkyys. He tuntuvat olevan muita yksinäisempiä, neuroottisempia ja itsetunnonaltaan heikompia. He kokevat enemmän ahdistusta suoritusilanteissa, käyttävät vähemmän tehokkaita selviytymiskeinoja ongelmatilanteissa ja ovat kielteisempiä odotuksissaan vuorovaikutuksesta muiden kanssa. Huonoksi koettu sosiaalinen tuki liittyy osittain ihmisen kyvyttömyyteen luoda ja ylläpitää tukea antavia sosiaalisia verkostoja, viestittää tuen tarpeestaan tai hankkia tarvitsemaansa tukea. (Suni 1995, 47.) Sosiaalinen eristyneisyys ja sosiaalisen tuen puute liittyvät lisääntyneeseen kuolleisuuteen ja sairastavuuteen. Riittävien sosiaalisten taitojen ylläpitämiseksi vanhus tarvitsee arkeensa läheisiä ihmisiä, tukea, rakkautta ja mahdollisuutta osallistua.

Riippumattomuutta on pidetty ihanteena länsimaisessa individualismissa. Mitä iäkäämmäksi ihminen tulee, sitä todennäköisemmäksi kuitenkin käy, että toisten antama tuki arjessa selviytymisessä on välttämätöntä. Vanhoille ihmisille on korostettu itsemääräämisen tärkeyttä siinä määrin, että monet heistä ovat alkaneet pelätä turvautumista jopa läheisiinsä. He arvelevat olevansa rasite ja taakka. Kuitenkin keskinäisriippuvuus elämässä on myönteinen, jatkuvuutta turvaava, rakkautta ja välittämistä luova väistämättömyys. (Heikkinen 2003, 229.)

## **Yksinäisyys polkuna masennukseen**

### **Masennuksen taustatekijöitä**

Vanhuuteen ei yleensä liity masentuneisuutta. Masennus on kuitenkin vanhusten yleisin mielenterveydellinen ongelma. Masennustilat jaetaan lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin oireiden lukumäärän, laadun ja vaikeuden sekä toimintakyvyn perusteella. Lievästi masentuneella vanhuksella toimintakyky on tallella, mutta subjektiivinen kärsimys on mittava. Keskivaikeassa masennuksessa toimintakyky on jo heikentynyt ja vaikeassa masennustilassa toimintakyky on niin selvästi huonontunut, että vanhus ei selviydy päivittäisestä elämästään. (Vallejo Medina 2006, 304.)

Kansaneläkkeellä olevista, yli 65-vuotiaista on arvioitu olevan lievää tai keskivaikeaa masennusta yli yhdeksällä prosentilla miehistä ja lähes neljällätoista prosentilla naisista. Vakavia masennustiloja miehistä on kahdella prosentilla ja naisista hieman yli kahdella prosentilla (P. Juhela, henkilökohtainen tiedonanto 21.11.2006). Masennusta ilmenee naisilla enemmän kuin miehillä 80 vuoden ikään asti. Vakavaan masennustilaan liittyy suuri itsemurhan uhka. Vanhukset tekevät Suomessa vuosittain noin 200 itsemurhaa. Taustalla on lähes aina yksinäisyys, arvottomuuden kokemus ja masennus. Vakavassa masennustilassa vanhus tarvitsee hoitopaikan, jossa psykososiaaliin ja farmakologisiin hoitomuotoihin yhdistetään moniammatillinen kuntoutumista tukeva hoito.

Vanhan ihmisen masennuksen riskitekijät nousevat yleensä eletystä elämästä. Aivojen biologisten vanhenemismuutosten, perintötekijöiden, persoonallisuuden, varhaislapsuuden menetysten sekä yhteisön vanhuskielteisyyden tiedetään altistavan masennukselle. Masentuneiden vanhusten elämässä on ollut paljon raskaita kokemuksia. Heille jo lapsuudessa kova työ ja erilaiset pelot ja hylkäämiset ovat olleet arkipäivää. (Vallejo Medina 2006, 305.)

Vanhuksen masennuksen oireet ovat samat kuin aikuisväestöllä yleensä: masentunut mieli ja mielihyvän tunteen puute. Oireet ovat kuitenkin enemmän piilossa ja alkukontaktissa vaikeasti tunnistettavissa. Jos vanhuksella on somaattisia sairauksia, niin ahdistuneisuus voi kanavoitua fyysisten oireiden, kuten kivun ylikorostamiseen oirekuvassa. Masennuksen taustalla olevat tekijät ovat epätyypillisiä ja siksi vanhuksen itsenäistä toimintakykyä uhkaavien sairauksien varhainen diagnosointi sekä tehokas ja oikea hoito on tärkeää. Vaikka muisti ja kognitiiviset kyvyt eivät yleensä ole heikentyneet, niin joskus vanhusten masennustilaan voi kuulua myös kognitiivisten kykyjen lievää heikkenemistä ja muistihäiriöitä. (Hölttä 2006.)

Masentunut vanhus on väsynyt, toimintakyky on huono ja uusiin asioihin ryhtyminen vaatii ponnistusta. Hän saattaa laiminlyödä itsestä huolehtimisen, kuten syömisen. Jo ruoka-aineiden hankkiminen on ylivoimainen ponnistus ja nälän tunne voi olla kadonnut. Yksinäisyys ruokapöydässä voi masentaa, jos on tottunut syömään ateriansa puolisoon seurassa tai suurperheen ympäröimänä. Myös syömistavoissa näkyy vanhuksen voimattomuus, ruokavalinnoissa kotona säästetään ja ruoan pois heittämistä vältetään. Masennuspotilaiden ruokailuun ja siihen liittyviin tekijöihin pitääkin kiinnittää erityistä huomiota, sillä hyvä ravitsemustila on vanhuksen terveyden ja toimintakyvyn perusta. (Vallejo Medina 2006, 313.) Jos omaisia asuu lähellä, niin vanhuksen ruokailun voisi suunnitella niin, että ainakin kerran viikossa joku omaisista hakisi vanhuksen syömään luokseen, veisi hänet ulos syömään tai kävisi laittamassa ruokaa hänen kanssaan.

Epäterveet elämäntavat ja elämäntyyli, alkoholi, lääkkeet, tupakka ym., liittyvät usein masennustilaan. Vanhus saattaa kokeilla alkoholia lääkkeeksi masennusoireisiin kuten vatsavaivoihin, ruokahaluttomuuteen, unettomuuteen, särkyihin ja ahdistukseen. (STM 2006, 8.) Alkoholin liikakäyttö ja lääkkeiden väärinkäyttö ovat jo sinänsä epäsuoraa itsetuhoisuutta, mutta lisäävät kaikenikäisten osalta myös itsemurhan vaaraa (Virtanen 1993, 234). Vanhusten alkoholin liikakäyttö ja alkoholisoituminen ovat viime aikoihin asti olleet vähän puhuttu asia, vaikka alkoholiongelman on tiedetty koituneen monen ikäihmisen arjesta selviytymisen esteeksi. Todellinen vaara syntyy monien lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksesta. Tätä haittaa monet vanhukset uskovat välttävänsä sillä,



että jättävät ns. juomapäivänä lääkkeet ottamatta. Kotihoidossa ongelma on nähty, mutta vaiettu ja vasta viime aikoina uusien projektien myötä nostettu julkisuuteen.

## **Masennus kokemuksena**

Kirjailija William Styron on kuvannut masennusta täydellisenä omanarvontunnon, itsetunnon ja itseluottamuksen menetyksenä, syvänä riippuvuutena ja lapsenomaisena pelkona menettää viimeinenkin läheinen ihminen. (Styron 1995, 66.) Masentuneen ihmisen peruskokemukset itsestään ja ajattelu ovat kapeutuneet niin, että hän tuntee olevansa täysin arvoton, hänen koko elämänsä on mennyt hukkaan. Hän voi uskoa kelpaavansa muille vain aikaansaannostensa kautta. Masentunut haluaisi miellyttää muita, mutta tuntee olevansa täydellisen yksin, vaikka hänen ympärillään olisi ihmisiä. Masentuneella ihmisellä on suuri turvallisuuden tarve, hän on voimakkaasti ahdistunut, toivoton ja ajattelee toistuvasti kuolemaa. Hän toivoo läheisyyttä, rakkautta ja rauhallista yhdessäoloa, mutta toisaalta ei kuitenkaan kestä liikaa yhdessäoloa ja aktiivisuutta.

Masennusoireeseen viittaa, jos vanhus kokee erityisesti aamupäivän tunteina jokaisen pienen tehtävän ylivoimaisena. Vanhus saattaa myös moittia itseään jatkuvasti, ulkopuolisen mielestä tuntee käsittämätöntä syyllisyyttä ja arvottomuutta sekä tuoda esiin itsemurhaviitteitä. Silloin läheisten ihmisten, ensimmäisenä hoitohenkilökunnan, pitää kuunnella vanhusta vakavasti ja ymmärtää hänen viestinsä todellinen merkitys. Masentuneen vanhuksen itsemurhan uhka on tärkeä tunnistaa. Vanhusten itsemurhissa lienee harvemmin kysymys yksittäisestä motiivista tai laukaisevasta tekijästä. Taustalla on monia asioita ja siksi itsemurhan motiivien tarkastelussa tulee ottaa huomioon sekä tietoiset päämäärät että tiedostamattomat tekijät. Itsemurhan tarkoituksena on ihmisen pyrkimys tuhota sisäinen maailmansa ja ratkaista sen ristiriidat. Toiminnan päämääränä on pyrkimys rauhaan ja vapautuminen sisäisestä pahasta. Itse kuolemalla on motiiveissa hyvin vähäinen osa. (Virtanen 1993, 237.)

## **Hoitava vuorovaikutus**

Masentuneen vanhuksen auttamisen perusta on hoitava vuorovaikutus. Tavoitteena on vanhuksen päivittäisen selviytymisen tukeminen siten, että hänen itsetuntonsa vahvistuu, subjektiivinen kärsimyskokemus lievittyy, elämänhalu ja kokonaistoimintakyky paranevat, hän tiedostaa omat voimavaransa ja pystyy käyttämään hyväkseen omia sosiaalisia verkostojaan sekä käsittelemään masennuksen taustalla olevia surujaan. (Vallejo Medina 2006, 308.) Masennuksen alkuvaiheessa voi kuitenkin olla tarpeen suojella vanhusta liiallisilta virikkeiltä ja stressiltä. Puhumisella, koskettamisella ja rakastavilla teoilla voidaan viestittää arvostavaa asennoitumista. (Emt., 309). Vanhukselle merkityksellistä on turvallisuuden tunteen syntyminen, kokemus hyväksytyksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä avun saaminen oikeaan aikaan. (Kuusisto ym. 2003.)

Ongelmana kuitenkin on, että syvästi masentunut vanhus ei useinkaan pysty puhumaan tunteistaan. Tilanne on erityisen vakava silloin, kun vanhus jo pitkään on elänyt eristäytyneenä, täydellisessä ihmiskontaktien puutteessa ja toivonsa menettäneenä. Silloin hänen ainoana ulospääsynä voi olla oman elämän lopettaminen. Suisidaalisen vanhuksen

auttaminen on hoitohenkilökunnalle vaikea haaste. Siksi tiimityö ja tiimin tuki on tärkeää. Yksin kukaan ei jaksakaan eikä riitä tilanteessa, jossa huolenpidon välineenä on hoitajan lohdutusta antava persoona.

On todettu, että vanhuksen subjektiivisesti kokema toivo tai epätoivo ennustaa hänen elämässään selviytymistä jopa paremmin kuin toimintakykyisyysarviot (Vallejo Medina ym. 2006). Siksi toivon elävöittäminen ja vahvistaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Vanhuksen kanssa yhdessä etsitään voimavaroja ja toivon lähteitä. Masentuneen vanhuksen toivoa voi edistää keskustelemalla hänen kanssaan toivon merkityksestä ja huomioimalla esille tulevat, toivoon liittyvät yksilölliset asiat. Masentuneelle toivoa tuovat esimerkiksi yhteenkuuluvuuden tunne ja kokemus ilosta ja lohdutuksesta. Turvalliset, luotettavat ihmissuhteet ovat vanhuksen arjessa selviytymisen voimallähde. (Ryynänen 2006, 63.)

Myös hengellisyys ja usko Jumalaan ovat tärkeä osa monen vanhuksen elämää. Hengellisessä hoidossa on tärkeintä, että masentunutta vanhusta tuetaan ja osoitetaan kiinnostusta hänen hengellisiä tarpeitaan kohtaan. Vanhuksen hengelliset tarpeet ovat monimuotoisia, persoonallisia ja henkilökohtaisia. Hengellisestä vakaumuksesta tai sen puuttumisesta riippumatta hoitaja voi vastata vanhuksen hengellisiin tarpeisiin. Tuen anto voi olla vanhuksen lähellä olemista ja kuuntelemista. Hengellisten tarpeiden arvio ja annettu tuki kirjataan vanhuksen hoitosuunnitelmaan. Hengelliselle hoitamiselle tavoitteena voi olla esimerkiksi vanhuksen koostuminen ja eheytyminen ihmis- ja jumalasuhteissa. (Karvinen 2006, 109.)

Läsnäolon lisäksi muita keskeisiä auttamismuotoja ovat kuunteleminen, keskusteleminen, hiljentyneen tilan mahdollistaminen ja radio- ja tv-jumalanpalvelusten seuraamisen mahdollistaminen hoidon aikana. Hoitaja voi myös tarjota tai lukea vanhukselle hengellistä kirjallisuutta. Hoitaja voi myös laulaa vanhuksen kanssa virsiä tai hengellisiä lauluja. Rukoileminen, rippi ja ehtoollinen voivat helpottaa masennukseen liittyvää syyllisyyttä. (Vallejo Medina 2006, 310). Myös seurakunnan diakoniatyöntekijöiden puoleen voi kääntyä. He tulevat mielellään keskustelemaan vanhuksen kanssa. Hengellisiin tarpeisiin vastaaminen auttaa monta vanhusta jaksamaan päivästä toiseen. (Tahvanainen 2005, 142.)

## **Omaisiet ja läheiset tukena**

Masentuneen ihmisen kohtaaminen herättää aina voimakkaita tunteita. Omaisille ja läheisille katkeroitunut, passiivinen vanhus voi olla vaikea kohdata. He saattavat tuntea avuttomuutta, voimattomuutta ja pelkoa. He voivat jopa kääntää selkensä ja jättää vanhuksen yksin tilanteessa, jossa hän eniten kaipaisi läheisyyttä, lohdutusta ja ymmärrystä.

Mielenterveysongelmista kärsivien omaisista suurin osa on jonkin verran kuormittunut läheisensä sairauden vuoksi. Myös ristiriidat perheen sisällä ja puolisoitten välisissä suhteissa ovat lisääntyneet. (Nyman ja Stengård 2001.) Vaikka mielenterveysongelmista puhutaan jokseenkin avoimesti, niin niihin saattaa silti liittyä häpeän leima. Siksi kynnyksen avun hakemiseen on korkea. Omainen tuntee myös riittämättömyyttä ja surua. Hän ei hallitse tilannetta hyvin, koska hän ei pysty ennakoimaan tulevaisuutta. Hänen tieton-

sa sairaudesta ja avun saannista ovat usein riittämättömät ja mukaan liittyy pelon ja syyllisyyden tunteita.

Myös vanhus itse saattaa vastustaa avun hakemista laitoshoitoon joutumisen pelossa. Kuitenkin tosiasia on, että vanhukset saavat huonosti apua mielenterveysongelmiinsa, ja palvelu on viime vuosina vain heikentynyt. Vanhusten psykiatristen hoitopaikkojen määrä on romahtanut kymmenessä vuodessa. Sairaalahoidon vähentämisen yhteydessä ei ole vastaavasti lisätty psykiatrisen avohoidon resursseja eikä uusia avopalvelumuotoja kehitetty tarpeita vastaaviksi. Näin omaisista on muodostunut hoitojärjestelmän kannalta tärkeä lisäresurssi ja voimavara. Monet omaiset ja läheiset ovat kuitenkin joutuneet uuteen tilanteeseen ja hoitajan rooliin ilman tarvittavia tietoja, taitoja ja tukea.

Koska pitkäaikaissairaalta mielenterveyspotilaalta puuttuu arjessa selviytymistä ja sosiaalista kanssakäymistä tukevaa apua, niin monet omaiset yrittävät viimeiseen saakka hoitaa ongelmia omin voimin. Lopulta kaikki ovat niin uupuneita, että edes avun etsimiseen ei löydy voimia. (Saarenheimo 2003, 149; Notko ym. 2004, 1.) Kokemuksesta tiedetään, että ihmistä voidaan tukea parhaiten hänen omassa sosiaalisessa kontekstissaan. Vanhukselle se varmasti on oma koti. Riitta-Liisa Heikkisen (2002) mukaan merkitsevien ihmisten lähituki on osoittautunut tärkeämmäksi kuin organisoitu läheisapu. Sillä, miten omaisia autetaan jaksamaan kotona vanhuksen arjessa selviytymisen tukijoina, on suuri merkitys, ettei taakka muodostu liian raskaaksi. Omaisten kokonaistilanteeseen vaikuttavat sairastuneen läheisen tilanne, sairauden tuottamat rajoitukset ja käytettävissä oleva hoito- ja kuntoutuspalvelujen kokonaisuus (Nyman ja Stengård 2001, 16). Omaisten osan ymmärtäminen ja tukeminen saattaa masentuneen vanhuksen perheessä raivata tilaa enemmän suvaitsevaisuudelle. (Notko ym. 2004, 46.)

Hilkka Virtanen on kirjoittanut perhe- ja ympäristökeskeisen hoidon merkityksestä vanhusten mielenterveyden hoidossa. Hänen mukaansa perhe- ja ympäristökeskeinen näkemys vähentää hoidon taipumusta muuttua oirekeskeiseksi ja vanhusta esineellistäväksi. Psykkinen sairastuminen herättää usein ahdistavia tunteita, syyllisyyttä, pelkoa, häpeää tai kiukkua, jopa vihamielisyyttä sekä sairastuneessa itsessään että hänen läheississään. Yhteisissä keskusteluissa on mahdollista ilmaista ja käydä läpi tällaisia tunteita ja selvittää niihin liittyviä keskinäisten vuorovaikutussuhteiden ongelmia. Ahdistavien tunteiden lieveneminen tai väheneminen saattaa edistää vanhuksen tervehtymistä ja helpottaa sekä hänen itsensä että läheisten oloa.

Perhe- ja ympäristökeskeinen hoito on paikallaan tilanteissa, joissa:

- kysymyksessä on vanhuksen ja hänen läheistensä akuutit tai pitkäaikaiset vuorovaikutussuhteiden ongelmat. Ongelmia voi syntyä esimerkiksi vanhuksen ja nuorempien sukupolvien syyllisyyden tunteista vanhuksen kotona selviytymisen heiketessä ja tullessa yhä riippuvaisemmaksi toisten avusta.
- sen hetkiseen tilanteeseen liittyvät vanhuksen ja hänen läheistensä ristiriitaiset tunteet.
- vanhuksen on vaikea integroida mielessään elettyä elämäänsä eheäksi kokonaisuudeksi. Hän ei tunne tyytyväisyyttä, vaan masentuu, katkeroituu ja kokee eläneensä turhaan tai on jäänyt elämätöntä elämään.

- tarvitaan tulevaisuuden suunnittelua, jos vanhuksen lisääntynyt avuntarve edellyttää konkreettisia muutoksia elinolosuhteisiin. Vanhus ei ehkä halua hyväksyä ulkopuolista apua kotiin, jolloin hänen kanssaan yhdessä pitää miettiä kotiavun ja omaisavun järkevä jakaminen päivittäin. (Virtanen 1993, 149–150.)

## **Arjen sujuvuuden tukeminen kotihoidon haasteena**

Ikääntyminen ja siihen liittyvät vanhuksen toimintakyvyn heikkeneminen ja kotona selviytymisen vaikeudet sekä raihnaisuuden lisääntyminen ovat erityisen suuria ajankohdaisia haasteita sosiaali- ja terveyspalveluille. Tämä edellyttää mm. terveyttä edistävän elämäntavan kuten toimintakykyä ylläpitävän liikunnan, mielenterveyttä ylläpitävien sosiaalisten verkostojen, sosiaalisen tuen ja turvallisuuden edistämistä sekä itsenäisen selviytymisen ja autonomisen elämän edellytysten tukemista vanhuudessa. Tarvitaan sekä julkisen sektorin että omaisten, vapaaehtoisten ja kansalaisjärjestöjen tasapainoin yhteensovittamista palvelujen ja muun sosiaalisen tuen tarjonnassa. (STM 1999.)

Uudenlainen verkottuminen ja moniammatillinen yhteistyö tuovat lisääntyvästi haasteita erityisesti kotihoidon työntekijöille. Vanhuksen arjessa selviytymisen kannalta on tärkeää tiedon välittyminen ja yhteistyö kotihoidossa sekä yhteistyökumppaneiden välillä. Saadakseen oikeaa tietoa työntekijöiden on pyrittävä dialogiin, jossa keskitytään kuulemaan myös, mitä merkityksiä vanhus asioille antaa. Kotihoidon työtapoja pyritään kehittämään asiakaslähtöisiksi. Asiakaslähtöisyys edellyttää ihmisarvoon perustuvaa tapaa tehdä työtä. Vanhus pitää nähdä osallistuvana ja aktiivisena vaikuttajana – ei enää vain passiivisena vastaanottajana. Parhaimmillaan vanhus ja työntekijä ovat kumppaneita, jotka yhdessä etsivät vastauksia pulmiin ja palveluiden järjestämiseen.

Moniammatillisen yhteistyön keskeinen tavoite on löytää vanhukselle tarkoituksenmukainen palveluiden kokonaisuus. Moniammatillinen yhteistyö on palveluketjuajattelun ydin, jossa yhdistyy eri ammattikuntien osaaminen, tietotaito, arvot ja kokemus. Samalla kuitenkin korostuu, että vanhus itse on subjekti, joka määrittelee kuka osallistuu asioiden tarkasteluun. Esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa vanhus voimiansa mukaan saa vaikuttaa siihen, ketä kutsutaan paikalle. Vanhalla ihmisellä on oikeus tehdä omia valintojaan, mutta ihmisten välillä on suuria eroja siinä, millaisen tiedon, voimavarojen ja sosiaalisen tuen varassa kukin meistä valintoja tekee. Kotihoidon keskeisenä tavoitteena on asiakkaan oman arjen sujuvuuden ja itsenäisyyden kohentaminen ja ylläpito (Muurinen ja Raatikainen 2005). Mutta toteutuuko tavoite vanhuksen arjessa?

Eräässä eteläsuomalaisessa kunnassa tehdyn kotihoidon tutkimuksen mukaan palvelujen piirissä olevista vanhuksista joka viides tunsu usein yksinäisyyttä, joka kymmenes turvattomuutta ja lähes puolet koki itsensä usein tarpeettomaksi. Tulosten mukaan päivittäisissä fyysisissä toiminnoissa auttaminen vastasi vanhusten avun tarvetta, mutta kuntoutumistarvetta ei tunnustettu. Sosiaalisissa toiminnoissa apu oli niukkaa. Vanhukset kaipaivat enemmän ilahduttamista, elämäkokemusten kuuntelua ja hengellistä keskustelua. (Emt.)

Raatikaisen aikaisemman (1992) kotisairaanhoidosta tekemän tutkimuksen mukaan suurin osa kotihoidon asiakkaista tarvitsi apua kodinhoidollisissa asioissa ja ulkona liikkumisessa. Kolmasosa heistä tunsivat itsensä pelokkaiksi, ahdistuneiksi ja yksinäisiksi. Kotisairaanhoidon henkilöstö samassa tutkimuksessa puolestaan arvioi asiakkaiden psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien osuuden suuremmaksi kuin asiakkaat itse. Asiakkaat puolestaan arvioivat kyseisiin ongelmiin saamansa avun vähäisemmäksi kuin mitä henkilöstön käsitys antamastaan avusta oli. Työntekijät arvioivat informoineensa asiakasta useammin kuin asiakkaat itse olivat kokeneet. Toisen tutkimuksen mukaan kotipalvelutyöntekijöiden ja vanhusten vuorovaikutuksessa korostui työtehtävien ja puhumisen merkitys asiakkaan kotona suoriutumiseksi. Kuitenkin vanhuksen opetusta, ohjausta ja kyvykkyyttä edistäviä menetelmiä käytetään harvoin. (Emt.)

Ilmeistä on ollut, että arkityöskentelyssä vanhuksen voimavarojen sisältöä ei osata konkretisoida. On tärkeää saada täsmällinen kuva siitä, mitä voimavaroilla tarkoitetaan, jotta niitä pystytään tukemaan oikealla tavalla. Voimavarakeskeinen neuvonta tarkoittaa hoitajien taitoa toimia vanhusten voimavarojen vahvistavana kumppanina. Voimavarakeskeiseen neuvontaan sisältyy kutsu osallistujaksi, tuntemuskysymykset, arkirupattelu, tunnusteleva puhe ja kuunteleva palautus. (Hokkanen ym. 2006). Käytännössä kuitenkin tähän vanhukselle tärkeimpään, voimaannuttavaan tehtävään hoitajilla ei ole aikaa.

Voimaantuminen on prosessi, joka käynnistyy askel askeleelta lähtien voimavarojen tunnistamisesta. Voimavarojen vahvistaminen mahdollistaa itsensä näkemisen toisin ja se käynnistää muutoksen. Siitä seuraa voimavarojen käyttöönotto, jota voidaan tukea ja vahvistaa ulkopuolelta (Hokkanen ym. 2006). Siksi työntekijöiden tavalla kohdata ikääntyvä ihminen on merkitystä hänen voimaantumislle, mielialalle ja sosiaalisen turvallisuuden tunteelle. Epäasialliset, tilanteeseen sopimattomat lausahdukset, vanhuksen kuulematta jättäminen sekä ikääntyvän kokemus- ja arvomaailman ymmärtämättömyys aiheuttavat herkästi mielipahaa ja arvottomuuden tunnetta. Tämä voi laskea vanhuksen toimintakykyä pitkäksi aikaa. Siksi työntekijöiden asenteisiin, osaamiseen ja sopivuuteen ikääntyvien mielenterveyskuntoutujien auttamis- ja tukitehtävissä tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. (Vallo 2005, 62.) Ammattitaidon ylläpitämiseen liittyvän koulutuksen ja ammatti-identiteetin vahvistamisen tarve onkin suurinta kotipalvelun henkilöstöllä, johon koulutusta tulisi erityisesti suunnata (Perälä ym. 2006).

## Yhteenveto

”Oma koti kullaa kallis” on vanha sanonta, joka pitää paikkansa lähes jokaisen ikääntyvän ihmisen kohdalla. Mutta, kun halutaan tukea vanhuksen arjessa selviytymistä, on mietittävä mikä on kotona hoitamisen tarkoitus ja mikä siinä on ensisijaisesti asiakkaan mutta myös hänen omaistensa ja yhteiskunnan kannalta tavoiteltava hyvä ja arvokas asia. (Muurinen ja Raatikainen 2005.) Jos vanhukset, henkilökunta ja omaiset eivät panosta kuntoutumisen edistämiseen, niin vanhuksen omatoimisuus ja toimintakyky heikenevät.

Ihmiselle, joka tuntee itsensä yksinäiseksi ja turvattomaksi, toisen ihmisen läsnäolo on merkittävää. Silloin, kun omaisia vielä on niin kotihoidon haasteena ja tehtävänä on elvyttää ja edistää vanhusasiakkaan läheisiä ihmissuhteita hänen turvallisuuden tarpeen-

sa ylläpitämiseksi (Muurinen ja Raatikainen 2005). Masentunut vanhus tarvitsee kannustusta ja rohkaisua toimintaan. Myönteisellä palautteella vahvistetaan myös vanhuksen uskoa omiin mahdollisuuksiinsa.

Palvelujärjestelmässä ikääntymisen huomiointi edellyttää asiakkaan kohtaamista persoonallisesti, tavoitteena vanhuksen kokonaisvaltainen hyvinolontunne. Asiallinen keskustelutuki, tilannearvio ja palvelujen tarpeen arviointi ovat psyykkisesti oireilevalle vanhukselle merkityksellisiä. Terveyttä ja hyvinvointia tukevien työtapojen tulisi olla sellaisia, että ne tarjoavat konkreettisia vanhuksen kyvyt ja voimavarat huomioivia mahdollisuuksia toimia arjessa mielekkäästi ja omaa selviytymistä vahvistavasti. Myös yksinäisyyden tunteen, kokemuksen, havainnointiin tulisi panostaa. Dialogiin tarvitaan aikaa, mutta se on aina työaikaa, joka edistää hoitosuhteen syntymistä ja kehittymistä. Mikä on tärkeintä tavoitteen kannalta?

Kotihoidon perustehtävä on vanhuksen oman arjen sujuvuuden tukeminen. Jo kohtaamisen alkuvaiheessa keskustelemalla selkeytetään kuvaa siitä, mitä vanhus tavoittelee ja millainen hänen mielestään on hyvä lopputulos. Se edellyttää hyvää hoidon suunnittelua ja koordinoitua. Välineenä on ajan tasalla oleva kirjallinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Yksilöllinen kokonaissuunnitelma on käytännönläheinen ja konkreettisin tavoittein etenevä. Vanhuksen elämää helpottaa, jos päivään sisältyy pieniä hoidettavia asioita, jotka toimivat pysäkkeinä päivittäisen selviytymisen matkalla. Tutut arkirutiinit, jotka vanhus tekee itsenäisesti, ovat merkityksellisiä: kaupassakäynti, pukeutuminen ja ystävälle soittaminen.

Aikataulujen ja hoitokeinojen tulee olla kirjattuja, jotta vanhuksen edistymistä voidaan arvioida. (Parviainen 2006). Jo kohtaamisen alkuvaiheessa vanhuksen kanssa keskustelemalla selkeytetään kuvaa siitä, millaisia asioita vanhus tavoittelee ja millainen hänen mielestään on hyvä lopputulos. Keskusteluissa keskitytään hyviin jaksoihin, vanhuksen positiiviseen edistymiseen, onnistumisiin ja selviytymiseen. Koko ajan pyritään lisäämään vanhuksen uskoa omiin mahdollisuuksiinsa ja vahvistetaan toivoa. Aikataulut, hoitokeinot ja onnistumiskokemukset kirjataan. Tällöin vanhus myös itse voi nähdä ja hyväksyä edistymisensä sekä tuntea itsearvostusta. Tärkeintä on masennuksesta toipuvan vanhuksen auttaminen yksilöllisesti. Silloin hänelle jää kokemus siitä, että häntä on kuunneltu ja hän on arvokas ihminen

## **Pohdittavia kysymyksiä**

- Kuka auttaa, jos vanhus ei ole vielä kotihoidon asiakas?
- Mikä on omaisten rooli, jos he asuvat kaukana?
- Miten yksinäisyys näyttäytyy kolmannessa, neljännessä ja viidennessä iässä?
- Mistä arkea tukevat ihmissuhdeverkostot, jos ikätoverit ovat jo haudassa?
- Miten kotihoidon henkilöstö voisi auttaa?
- Miten toimintatapoja pitäisi edelleen kehittää?

## Lähteet

- Achté K. Johdanto. Kirjassa: Vanhuus ja mielenterveys, s. 9–17. Toim. Isohanni M, Tienari P, Achté K. WSOY:n graafiset laitokset, Juva 1993.
- Akuutti 11.2.2003. Tilvis R. Muista mummuja ja vaaria! Saatavilla [www.yle.fi/arkisto2003](http://www.yle.fi/arkisto2003).
- Hautakangas H, Leinonen R, Lyyra T-M. Hyvä elämänlaatu iäkkäiden naisten kokemana. *Gerontologia* 20 (2): 53–66, 2006.
- Heikkinen R-L. Mielen voimavarat vanhetessa. Kirjassa: Vanhuuden voimavarat, s. 207–231. Toim. Heikkinen E, Marin M. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammala 2002.
- Helsingin Sanomat. Pölkki M. Yksin asuvien vanhusten määrä lisääntyy kiihtyvällä vauhdilla. Kotimaa 14.2.2006.
- Hänninen J. Vanhan miehen ruumis ja hegemoninen maskuliinisuus. *Gerontologia* 20 (2): 67–74, 2006.
- Hölttä E. Vanhuksen masennustila, HUS Psykiatriakeskus. Ikäinstituutti 20.4.2006. Luentomoniste.
- Jylhä M. Old age and loneliness: findings from cross-sectional and longitudinal studies. Abstract, s. 92. 18<sup>th</sup> Nordic Congress of Gerontology. Jyväskylä 28–31 May, 2006.
- Karvinen I. Osaaminen, asiantuntijuus, vastuu. Sairaanhoidajapäivät 2006: Toim. Montin L. Käytännön hengellinen hoitaminen, s. 109. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Edita Prima Oy, Helsinki 2006.
- Kivelä S-L. Masentuneen vanhuksen hoito. Kirjassa: Vanhustenhoito, s. 304–315. Toim. Vallejo Medina A, Vehviläinen S, Haukka U-M, ym. WSOY, Porvoo 2006.
- Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätäjien kuolleisuuserot – kasvava kansanterveysongelma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36: 271–284, 1999.
- Kuusisto A, Silvola J, Ahti A. Masentuneen ikääntyneen ihmisen kokemuksia psykiatriisella osastolla. *Sairaanhoidaja* 76 (10): 14–17, 2002.
- Laaksonen R, Heikkilä L. Matka masennuksesta minuuteen. Karisto, Hämeenlinna 2001.
- Liskola P. Vanhus ja hoitaja yhteistyökumppaneina. Kirjassa: Muutoskaipuusta tulevaisuuden luomiseen, s. 86–94. Toim. Molander G, Multanen L. Työterveyslaitos. Vammalan Kirjapaino, Vammala 2002.
- Lindqvist M. Vanheneminen, etiikka ja elämänarvot. Kirjassa: Vanhuuden voimavarat, s. 233–261. Toim. Heikkinen E, Marin M. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Vammala 2002.
- Muurinen S, Raatikainen R. Asiakkaiden avun tarpeen ja auttamisen vastaavuus kotihoidossa. *Gerontologia* 19 (1): 13–22, 2005.
- Notko T, Järvikoski A. Voimaa kuulluksi tulemisesta. Mielenterveyskuntoutujien kotikuntoutuksen arviointi. Kuntoutussäätiön työselosteita 26/2004. Yliopistopaino, Helsinki 2004.
- Nyman M, Stengård E. Mielenterveyspotilaiden omaisten hyvinvointi. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2001.
- Palkeinen H. Does loneliness belong to old age? Abstract, s. 93. 18<sup>th</sup> Congress of Gerontology. Jyväskylä 28–31 May, 2006.

- Ponsi V, Karvinen E, Simonen M. Ulkoilu ja asiointi osaksi iäkkään arkea. Liikkeessä -projekti 2002–2005. Loppuraportti. Ikäinstituutti, Raportteja 3/2005, Helsinki 2006.
- Parviainen T. Kuntouttava työote kotihoidossa tarkoittaa... Vanhustyön oppimateriaali. Ikäinstituutti 2006.
- Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, ym. Ikääntyneiden yksinäisyys. Selvitystutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2004.
- Routasalo P, Savikko N, Tilvis R, ym. Social isolation and loneliness – are they distinct concepts? Abstract, s. 94. 18<sup>th</sup> Nordic Congress of Gerontology. Jyväskylä 28–31 May, 2006.
- Ryynänen E. Osaaminen, asiantuntijuus, vastuu. Sairaanhoidajapäivät 2006: Toim. Montin L. Masentuneen potilaan toivo ja sitä tukeva hoito, s. 63. Suomen Sairaanhoidajaliitto ry. Edita Prima Oy, Helsinki 2006.
- Saarenheimo M. Vanhuus ja mielenterveys. Arkielämän näkökulma. WSOY, Vantaa 2003.
- Sarvimäki A. Sorbarhet som utgångspunkt för etiken i äldrevården. Gerontologia 18 (2): 153–158, 2004.
- Siltala P. Ruumiillisuus vanhuudessa. Kirjassa: Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia, s. 152–166. Toim. Rantanen ym. WS Bookwell Oy, Porvoo 2004.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Esitteitä 2006:6.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveyttä kaikille 21.vuosisadalle. STM – Ehkäisevän sosiaali- ja terveystieteiden osasto. Elämäkulkutyöryhmän raportti 1, Helsinki 1999.
- Styron W. Pimeän kuva. Muistelma hulluudesta. Otava, Keuruu 1995.
- Suni A. Sosiaaliset taidot. Kirjassa: Ikäänny viisaasti. Gerontologiaa ikäihmisille, s. 44–48. Toim. Karvinen E ym. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 1995.
- Suutama T. Geropsykologia 8.2.–29.3.2006. Jyväskylän yliopisto. Luentomoniste.
- Tahvanainen S. Hiljainen ääni – kuka kuulee masentunutta vanhusta? Kirjassa: Vanhuksen äänen kuuleminen, s. 137–144. Toim. Kankare H, Lintula H. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Tampere 2004.
- Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys. Gerontologia 20 (2): 97–99, 2006.
- Vallo P. Välittämisen aika. Hyvä mielen talo ry:n Kotikuntoutus-projekti 2000–2004. Loppuraportti. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi 2004.
- Vilkko A. Kotia ja palveluasumista pitää lähentää. Vanhustyön uudet tuulet 3/2006.
- Virtanen H. Vanhusten perhe- ja ympäristökeskeinen psykiatrinen hoito. Kirjassa: Vanhuus ja mielenterveys, s.148–155. Toim. Isohanni M, Tienari P, Achte K. WSOY:n graafiset laitokset, Juva 1993.
- Virtanen H. Vanhusten itsemurhat. Kirjassa: Vanhuus ja mielenterveys, s. 233–244. Toim. Isohanni M, Tienari P, Achte K. WSOY:n graafiset laitokset, Juva 1993.
- Zilliacus J. Ajatuksia verannalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki 1997.



## LOPUKSI

*Sirkkaliisa Heimonen*

Tämän kirjan tavoitteena on ollut tarjota erilaisia näkökulmia iäkkäiden ihmisten arkeen. Kirjan sisältämä tieto antaa toivottavasti hyvää pohjaa iäkkäiden arjen monien haasteiden ymmärtämiseen sekä välineitä tukea kotona asumista ja iäkkäiden ihmisten selviytymistä monipuolisesti. Hyvän arjen tukemisessa on erittäin tärkeää myös niiden tekijöiden tunnistaminen, jotka aiheuttavat haavoittuvuutta ja heikentävät iäkkäiden ihmisten selviytymisen mahdollisuuksia. Sen vuoksi tähän kirjaan on sisällytetty jäsenyksiä ikääntymisen kipupisteisistä ja varjopuolista. Kirjan eri artikkelit tuottavat tietoa arjesta ja tätä tietoa tulisi olla hyödynnettävissä kattavasti silloin, kun haetaan vastauksia olennaisimpaan kysymykseen: Miten iäkkään ihmisten arkea voitaisiin tukea hänen omista lähtökohdistaan käsin?

Iäkkäiden arkiselviytymisen tukeminen ja hyvän arjen edistäminen linkittyy moniin eri toiminnan tasoihin ja todentuu konkreettisissa auttamisen keinoissa. Iäkkäät ihmiset itse voivat tehdä paljon oman hyvän arkensa ylläpitämiseksi. Iäkkäiden ihmisten tiedon lisääminen toimintakykyä ja elämänlaatua lisäävistä tekijöistä auttaa heitä itseään toimimaan omaehtoisesti omassa arjessaan tavalla, joka edistää hyvää arkea. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö tarvitsee tietoa ikääntyvien arjesta sekä iäkkäiden kokemuksista omaan selviytymiseen liittyen. Ammattihenkilöstö tarvitsee ennen kaikkea tietoa ja välineitä tunnistaa iäkkäiden ihmisten haavoittuvuutta aiheuttavia tekijöitä – jo riittävän varhaisessa vaiheessa. Tämä merkitsee sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon perus- ja täydennyskoulutuksessa on panostettava näihin osaamisen alueisiin.

Tulevaisuudessa iäkkäiden määrän lisääntyminen väestössä on suuri haaste koko palvelujärjestelmälle. Johtamisella on erityisen tärkeä merkitys hoidon ja palveluiden laadun ja eettisten periaatteiden toteutumisen kannalta. Hoidon ja palveluiden kehittämisessä tarvitaan tietoa iäkkäiden arjesta. Hoidon ja palveluiden oikea-aikaisuus ja joustavuus edellyttävät sitä, että iäkkäiden yksilölliset tarpeet ja tilanteiden muuttuminen tunnustetaan sekä niihin reagoidaan nopeasti. On tunnistettava hyvän arjen rakentumisen edellytykset eri toimintaympäristöissä. Laitoksessa iäkkään hyvä arki rakentuu eri tavoin kuin arki kotona ja se myös edellyttää ammattihenkilöstöltä erilaista osaamista kuin kotihoitossa.

Vaikka hyvän arjen edellytykset ovat erilaiset eri toimintaympäristöissä, ne kiinnittyvät samoihin peruslähtökohtiin. Arjen tukeminen ei ole mahdollista ilman arkeen liittyvien tekijöiden kokonaisvaltaista tuntemista. Hyvän arjen rakentaminen pohjautuu iäkkään ihmisen kuuntelemiselle, yksilöllisten tekijöiden tunnistamiselle ja niiden huomioon ottamiselle sekä hänen itsemääräämisensä kunnioittamiselle. Näistä lähtökohdista syntyy auttamisen tapa, joka tukee iäkkään elämänhallintaa hänen omista lähtökohdistaan käsin. Näin myös ikääntyneelle ihmiselle voidaan taata oikeus määrittää sisältö omalle elämälleen, löytää merkityksiä kokemuksilleen ja elää hyvää arkea oman elämänsä keskiössä omalla yksilöllisellä tavallaan.