



Anna-Maija Karsikas
Tanja Kemppainen
Annika Keski-Petäjä

Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

“TELEVISIO ON MINUN KAVERI”

Laadullinen tutkimus yksin asuvien muistisairaiden yksinäisyydestä ja sen lieventämisestä

TIIVISTELMÄ

Anna-Maija Karsikas
Tanja Kemppainen
Annika Keski-Petäjä

”Televisio on minun kaveri.” Laadullinen tutkimus muistisairaiden yksinäisyydestä ja sen lieventämisestä

47 sivua ja 2 liitettä

Kevät 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisissa tilanteissa yksinasuvat muistisairaat kokevat yksinäisyyttä ja millä keinoin he toivoisivat yksinäisyyttä lievitettävän. Tavoitteena tutkimukselle oli hakea työelämälle keinoja lievittää yksinasuvien muistisairaiden yksinäisyyttä. Työ tehtiin yhteistyössä Paiste ry:lle heidän hankesuunnitelmaansa varten.

Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää ja tutkittavien haastatteluissa käytettiin teemahaastattelua. Haastattelimme 11:tä Pieksämäellä yksinasuvaa ja 1:tä aviopuolisonsa kanssa asuvaa muistisairasta. Haastateltavista miehiä oli kolme ja naisia yhdeksän ja iältään he olivat 69–93-vuotiaita. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyyssia käyttäen.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni, että haastateltavat kokivat yksinäisyyttä toisinaan, aina tai ei ollenkaan. Yksinäisyyttä he kokivat huonossa kunnossa tai sairaalassa ollessaan ja yöaikaan sekä pyhäpäivisin. Masennus, ajokortin menetys ja mahdottomuus fyysisten rajoitteiden vuoksi liikkua kodin ulkopuolella lisäsivät myös yksinäisyyttä. Ensisijaiseksi yksinäisyyden lievittämiskeinoksi toivottiin keskustelu- ja jutteluseuraa.

Tutkimustulokset puoltavat sitä, että yksilö- sekä ryhmätoiminnalle olisi tarvetta yksinäisyyden lieventämiseksi. Varsinkin juttuseuralle oli tarvetta melkein kaikilla henkilöillä, joita haastattelimme. Lisäksi ulkoilu ja liikunta olivat toimintaa, joita monet heistä kaipasi.

Asiasanat: muistisairaus, toimintakyky, yksinäisyys

ABSTRACT

Anna-Maija Karsikas
Tanja Kemppainen
Annika Keski-Petäjä

“Television is my friend”. A qualitative research of lonely dementics and ways to reduce loneliness

47 pages and 2 appendices

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor’s Degree Programme in Health Care

Registered Nurse

The purpose of the thesis was to find out when lonely dementics experience loneliness and by what means they would like loneliness to be alleviated. The aim of the study was to find ways for the working community to alleviate the loneliness of lonely dementics. The work was done in collaboration with Paiste ry for their project plan.

A qualitative research method was used in the thesis and a thematic interview was used in the interviews of the subjects. We interviewed 11 people with memory disorders living alone in Pieksämäki and 1 living with their spouse. There were three men and nine women interviewed and they ranged in age from 69 to 93 years. The interviews were analyzed using content analysis.

The results of the thesis showed that the interviewees experienced loneliness sometimes, always or not at all. They experienced loneliness while in poor condition or in the hospital and at night and on public holidays. Depression, loss of driver’s license, and inability to move outside home due to physical limitations also increased loneliness. A discussion and chat club was hoped to be the primary means of alleviating loneliness.

The research results suggest that there is a need for individual and group activities to alleviate loneliness. There was a need for a chat club in particular for almost all the people we interviewed. In addition, outdoor activities and exercise were activities that many of them missed.

Keywords: dementia, functional ability, loneliness

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 MUISTISAIRAUKSIEN VAIKUTUS ELÄMÄNLAATUUN	6
2.1 Muistisairaus ja toimintakyky.....	7
2.2 Muistisairaana elämänlaadun tukeminen	8
3 YKSIÄISYYS ARJEN HAASTEENA.....	9
3.1 Yksinäisyyden kokeminen.....	9
3.2 Yksinäisyydelle altistavia tekijöitä	11
3.3 Yksinäisyyden vaikutukset toimintakykyyn ja elämänlaatuun.....	12
3.4 Yksinäisyyttä lievittävät keinot.....	13
4 SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA YHTEISÖLLISYYS	14
4.1 Yhteisöllisyyden merkitys vanhukselle	15
4.2 Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaana toimintakyvyille.....	16
4.3 Kosketuksen ja hieronnan merkitys toimintakykyä parantavana tekijänä.....	17
4.4 Liikunta toimintakyvyn edistäjänä.....	18
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .	19
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
6.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja kohderyhmä.....	20
6.2 Kirjallisuuskatsaus.....	22
6.3 Tutkimusmenetelmä.....	22
6.4 Haastattelurungon teko ja aineiston keruu	23
6.5 Aineiston analyysi	24
7. TUTKIMUKSEN TULOKSET	26
7.1 Muistisairaana yksinäisyyden kokeminen	26
7.2 Yksinäisyyttä lieventäviä keinoja.....	28
7.3 Toiveita kodin ulkopuoliselle toiminnalle	29
8 POHDINTA	31

8.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta.....	31
8.2 Ammatillisen kasvun pohdinta.....	33
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	33
8.4 Opinnäytetyön tulosten pohdinta.....	36
8.5 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	37
LÄHTEET.....	38
LIITE 1	43
LIITE 2	45

1 JOHDANTO

Yksin asuvien määrä on lisääntynyt Suomessa jo pitkään, jo 41 prosenttia asuntokunnista on yhden hengen asuntokuntia, kun esimerkiksi vuonna 1990 osuus oli 32 prosenttia. Yksin asuminen on erityisen yleistä vanhimmissa ikäryhmissä, yli 75-vuotiasta jo 44 prosenttia asuu yksin, ja vuonna 2019 heitä oli Suomessa noin 230 000. Kaupungeissa on yksin asuminen yleisempää kuin maaseudulla. Vanhemmalla iällä yksin asuvien naisten määrä on suurempi kuin miesten, johon naisten korkeammasta elinajanodotteesta. (Kauppinen ym., 2014, s. 7–10, Suomen virallinen tilasto (SVT), 2020.)

Väestötutkimuksen mukaan vuonna 2013 Suomessa on ollut 193 000 muistisairasta, joista 100 000 lievistä muistisairaudesta ja loput 93 000 keskivaikeasta tai vaikeasta muistisairaudesta kärsivää. Näiden lisäksi on noin 200 000 ihmistä, joilla on heikentynyt kognitiivinen toimintakyky. Muistisairautta pidetään kansantautina. Ennusteen mukaan muistisairauksista kärsivien määrä lisääntyy vuosittain noin 14 500 ihmisellä. (Erkinjuntti ym., 2015.)

Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL:n) ja Muistiliiton vuonna 2015 teettämän Muistibarometri-tutkimuksen mukaan muistisairaat ja heidän läheisensä eivät saa riittävästi tukea. Muistisairaiden määrä kasvaa vuosittain väestön ikäännyessä. Kotona asuvien muistisairaiden palveluiden määrä ja laatu vaikuttavat tehostetun palveluasumisen tarpeeseen. Muistisairaalla on suuri riski jäädä oman kotinsa vangiksi ilman riittäviä palveluita ja tukitoimia. (Muistiliitto, 2017.) Muistiliiton teettämässä tutkimuksessa ilmeni myös, että kuntien palveluissa oli paljon eroavuutta. Joissakin kunnissa muistisairaiden hyvinvointiin ja heille suunnattuihin palveluihin on panostettu enemmän kuin toisissa. (Tamminen, 2016.) Suomen perustuslain mukaan kuitenkin jokaisella henkilöllä, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon (L 731/1999).

Yksinäisyyden kokeminen ikäihmisillä on yleistä. Tutkimuksen mukaan ikäihmisistä 39 % koki yksinäisyyttä toisinaan ja 5 % usein tai aina. Maalla asuvat ihmiset kokivat yleisemmin yksinäisyyttä, kuin ihmiset kaupungeissa. Kärsimystä aiheuttavan yksinäisyyden jatkuessa pitempään, voi ikäihminen raihnaantua tai kuolla ennenaikaisesti. (Kelo ym., 2015, s. 110.) Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia yksin asuvien pieksämäkeläisten muistisairaiden kokemaa yksinäisyyttä, heidän kokemustaan palveluiden riittävydestä sekä mahdollisista toiveista palveluiden lisäämiseksi.

2 MUISTISAIRAUKSIEN VAIKUTUS ELÄMÄNLAATUUN

Muistisairauksia on useita, joista yleisin etenevästä muistisairauksista tutkimusten mukaan on Alzheimerin tauti (70 %). Sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. (Erkinjuntti ym., 2015). Suomessa alle 65-vuotiaista etenevää muistisairautta sairastaa arviolta noin 7000 ihmistä. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus sekä harvinaisemmat sairaudenmuodot ovat työkäisillä yleisempiä kuin iäkkäillä. Näitä ovat muun muassa Huntingtonin tauti, Hakolan tauti sekä CADACIL. Työkäisillä ilmenevien muistisairauksien taustalla alkoholinkäytön arvellaan olevan jopa joka kymmenennen muistisairauden taustalla. (Muistiliitto, 2017.)

Epidemiologisten tutkimusten mukaan aivojen toimintaan ja erityisesti Alzheimerin taudin syntyyn saattavat vaikuttaa esimerkiksi ikä, sukuhistoria, geneettiset tekijät, matala koulutustaso, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi, korkea painoindeksi sekä yksinäisyys ja sosiaalisen verkoston puuttuminen. Vaaraa sairastua vähentävät vastaavasti muun muassa hyvä koulutus, sosiaalinen ja henkinen aktiivisuus, säännöllinen liikunta, Omega-3-rasvahappojen saanti, antioksidantit sekä kohonneen verenpaineen hyvä lääkehoito. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä, 2020.)

Kansallisen muistiohjelman 2012–2020 mukaan aivoterveysten edistämiseen, muistisairauksien tunnistamiseen, hoitoon ja kuntoutukseen tarvitaan osaavaa henkilöstöä. Erityishuomiota vaatii muistisairaana ihmisen toimintakyky ja kotona asuminen sekä näiden monipuolinen tukeminen. Ammattihenkilöstön tiedot, taidot ja asenteet mahdollistavat eettisesti kestävä toiminnan hoidossa ja palveluissa. Henkilökunnan osaamiseen on panostettava koulutuksilla ja hoitohenkilöstön koulutukseen ja perehdyttämishjelmaan on sisällyttävä kuntoutus. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2012)

2.1 Muistisairaus ja toimintakyky

Ihmisen toimintakyky kuvaa hänen selviytymistään jokapäiväisestä elämästään ja se vaikuttaa oleellisesti hänen terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Toimintakykyä voidaan tarkastella toiminnanvajavuuksina, jäljellä olevana toimintakykynä tai yksilön voimavaroina. Ihmisen toimintakykyyn vaikuttavat anatomis -fysiologiset muutokset, sosioekonominen tilanne, elintavat sekä yksilö- ja ympäristötekijät (sairaanhoido, lääkitys, kuntoutus). (Lyyra & Tiikkainen, 2009, s. 60.)

Ikäihmisen toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, kognitiiviseen ja psykososiaaliseen toimintakykyyn. Ikääntyneen ihmisen mahdollisesti heikkenevää toimintakykyä pyritään hidastamaan ja hänen itsenäistä selviytymistään arjessa tukemaan alentamalla vaadittavan toimintakyvyn kynnyksiä. Erityisen tärkeää on muistaa kunnioittaa ikääntyneen ihmisen autonomiaa, koska hänellä on takanaan pitkä elämä ja sen mukanaan tuomat tavat ja tottumukset. Hänelle pitää antaa mahdollisuus osallistua omaan elämäänsä ja terveyteensä liittyvään päätöksentekoon. (Lyyra & Tiikkainen, 2009, s. 61, s. 65, s. 72.)

Kognitiivinen toimintakyky muistisairauksissa heikkenee, mutta esimerkiksi aivojen säännöllinen kognitiivinen harjoittaminen saattaa vaikuttaa myönteisesti ainakin taudin alkuvaiheessa. Kognitiivisen kuntoutuksen peruseräisiin kuuluu aivojen kyky muotoutua läpi elämän, kognitiivinen harjoittelu kohdennetusti ja harjoittelun toistot kuntoutuksen edellytyksenä. Motivaatio ja mieliala kohoavat mielekkäiden ja sopivan haastavien harjoitteiden tuloksena. Aivojen aktivointi vähentää ikääntymiseen liittyviä kognitiivisia muutoksia, hidastaa muistisairauksiin liittyvää tiedonkäsittelytoimintojen heikentymistä ja parantaa mielialaa ja toimintakykyä. Lisäksi ihminen oppii uusia asioita aktivoimalla aivojaan. (Paajanen & Hänninen, 2014, s. 98–100.)

Yksistään dementia, ilman muita sairauksia, heikentää yleiskuntoa ja samalla ihmisen aktiivisuus vähenee. Muistin ja käsityskyvyn ongelmat heikentävät muistisairaahan henkilön kykyä havainnoida omaa vointiaan, viestittää ongelmista ja haakeutua hoitoon. Siksi akuutit sairaudet johtavat usein kunnon dramaattiseen huononemiseen, toistuviin sairaalahoitoihin ja epäonnistuneeseen kuntoutumiseen.

Muistisairaudesta johtuva passivoituminen ja aloitekyvyttömyys aiheuttavat alivireisyyttä, mikä heikentää kuntoutumista. (Niemelä & Iso-Aho, 2009, s. 166)

2.2 Muistisairaana elämänlaadun tukeminen

Turvallisuuden tunteen vahvistaminen lisää elämänlaatua. Turvallisuuden tunnetta voidaan vahvistaa vastaamalla tarpeisiin, tunnistamalla ja välttämällä mielihyvä ja uhkia herättäviä asioita, esimerkiksi ennaltaehkäisemällä epäonnistumisia, keskustelemalla muistisairaalle henkilölle tärkeistä asioista sekä ylläpitämällä tuttuja aktiviteetteja ja virikkeitä. (Luoma, 2009, s. 86–87.)

Merkityksellisuuden ja mielihyvän kokemukset lisäävät myös elämänlaatua. Näitä kokemuksia voidaan lisätä antamalla mahdollisuus kohdata haasteita ja saavuttaa tavoitteita. Näihin päästään mahdollistamalla osallistuminen mielekkäisiin aktiviteetteihin, luomalla mahdollisuuksia tuntea tyytyväisyyttä omista yrityksistään, tukemalla itsemääräämistä sekä antaa vanhuksen tuntee olevansa arvostettu yksilö. (Luoma, 2009, s. 86–87.)

Elämänlaadun paranemiseen vaikuttaa positiivisesti jatkuvuuden ja yksilöllisyyden tunteen tukeminen. Näitä voidaan tukea tunnustamalla muistisairaana ihmisen yksilöllinen elämänsä ja arvostamalla sitä. Muistisairaana elämänhistorian tunteminen, totuttujen ja merkityksellisten toimintojen arkeen sisällyttäminen sekä muistelu tukevat myös jatkuvuuden ja yksilöllisyyden tunnetta. (Luoma, 2009, s. 86–87.)

Fyysisen ympäristön ratkaisut, tuttuus ja turvallisuus myötävaikuttavat hyvän elämänlaadun kokemiseen. Hoitotyössä kannattaa pyrkiä työntekijöiden vaihtuvuuden minimointiin ja tutun rakenteen luomiseen päivittäisille toiminnoille. On tärkeää, että fyysinen ympäristö säilyy mahdollisimman samana. Läheisyyden tunteen välittäminen avoimella ja empaattisella asenteella edesauttaa hyvää elämänlaatua. Mahdollisuus muodostaa ja ylläpitää merkityksellisiä ihmissuhteita ja tiettyyn ryhmään tai yhteisöön kuulumisen myös auttavat hyvän elämänlaadun kokemisessa. (Luoma, 2009, s. 86–87.)

Vuonna 2011 Ruotsissa 76–101-vuotiaille tehdyssä tutkimuksessa käy ilmi vapaa-ajan toimintaan osallistumisen olevan tärkeä ikääntyvän selviytymisen kannalta. Erityisesti yksin asuvat vanhemmat miehet hyötyvät sosiaalisesta toiminnasta: sukulaisten vierailusta ja organisaatioihin osallistumisesta sekä kirjojen lukemisesta. (Agahi ym., 2017.)

3 YKSINÄISYYS ARJEN HAASTEENA

Yksinäisyyttä on tarkasteltu eri teorioiden valossa, jaotellen neljään keskeiseen teoriaan: psykodynaamiseen, eksistentiaaliseen, kognitiiviseen ja interaktionistiseen teoriaan. Psykodynaamisessa teoriassa ajatellaan, että ihminen on kyvytön tai epäonnistunut luomaan ja ylläpitämään tunnesiteitä tiettyyn toiseen ihmiseen. Eksistentiaalisen teorian mukaan yksinäisyys on osa elämää sekä olemassaolon ehtona ja olennaisena osana elämää on erillisyyden muista. Tien omaan itseensä avaa tämän erillisyyden ymmärtäminen. Kognitiivisessa teoriassa ajatellaan, että yksinäisyys on psyykkinen tila. Tällöin yksinäisyys näkyy tärkeänä pitämien ihmissuhteiden ja olemassa olevien sosiaalisten suhteiden ristiriitana. Interaktionistisessa eli vuorovaikutusteoriassa yksinäisyyden syitä ovat persoonalliset ja tilannetekijät. Teoriassa pohditaan yksinäisyyttä emotionaalisenä ja sosiaalisena eristäytyneisyytenä. (Tiikkainen, 2011, s. 59–70.)

3.1 Yksinäisyyden kokeminen

Yksinäisyyttä voidaan kokea myönteisenä ja kielteisenä asiana. Myönteinen yksinäisyys on omavalintaista ja viihtymistä yksin (Jansson, 2012, s. 3). Yksin olo voi olla myös positiivinen asia, se voi johtaa siihen, että esimerkiksi kotiaskareet omassa kodissa ovat mielihyvää tuottavaa puuhastelua (Suvanto, s. 16, 2014). Myönteinen yksinäisyys antaa mahdollisuuden oman elämän tarkasteluun ja mielenrauhan saavuttamiseen eletystä elämästä. Rauha ja hiljaisuus, jotka liittyvät

yksinäisyyteen, koetaan myönteiseksi. Turvassa olemisen tunne kuuluu myös myönteiseen yksinäisyyteen. (Kelo ym., 2015, s. 111.)

Kielteinen yksinäisyys on taas pakottavaa sekä ahdistavaa ja sen on todettu aiheuttavan masennusta. Kielteinen yksinäisyys koetaan pakollisena siten, että se ei ole omavalintaista ja odottaa sosiaalisilta suhteiltaan enemmän kuin saa. (Jansson, 2012, s. 4.) Kielteistä yksinäisyyttä tunteva kokee usein olevansa yksin, ei ole ketään kenen kanssa jutella tai viettää aikaa. Yksinäisyys voi tuntua myös tyhjiyden tunteena tai ulkopuolisuutena. Yksinäisyyden kokemiseen voi kuulua myös häpeän tunne siitä, että on kykenemätön ystävyyssuhteisiin ja huolehtimaan omasta hyvinvoinnistaan. Kielteinen yksinäisyys voi lisäksi lisätä kuoleman vaaraa. (Kelo ym., 2015, s. 111.)

Konkreettinen eristäytyneisyys on yksi yksinäisyyden käsitteistä. Eristäytyneisyys on ikäihmisten sosiaalisten suhteiden puutetta. Sitä voidaan arvioida sosiaalisten kontaktien määrän ja tiheyden ja niistä saatavan tuen perusteella. (Kelo ym., 2015, s. 111.) Kaikki eivät kuitenkaan koe yksinäisyyttä, vaikka asuisivatkin yksin (Jansson, 2012, s. 3). Vastaavasti ikääntynyt, joka elää toisen kanssa, voi tuntea yksinäisyyttä. Yksinäisyyden kokeminen on siis subjektiivista. (Kelo ym., 2015, s. 111.) Ruotsalaisen Anderssonin (1985) mukaan emotionaalinen yksinäisyys on subjektiivinen kokemus, jonka vain henkilö itse voi kuvata (Routasalo, 2009, s. 185).

Yksinäisyyttä voi tuntea myös emotionaalisesti. Silloin ikääntyneellä ei ole ketään läheistä ystävää, jonka kanssa hän voisi puhua kaikista asioista, jotka hänen mieltään askarruttavat. (Kelo ym., 2015, s. 111.) Emotionaalinen eli tunneyksinäisyys syntyy kiintymyshahmon puuttumisesta. Kiintymyssuhde on kahden ihmisen välinen tunnesuhde. Suhteessa molemmat osapuolet ovat kiinnostuneet toistensa hyvinvoinnista ja tuntevat olevansa hyväksytyjä, ymmärrettyjä ja turvassa. Emotionaalisesta yksinäisyyden tunteesta selviytyy vasta, kun löytää itselleen uuden turvallisuutta ja läheisyyttä tuottavan kiintymyssuhteen. (Tiikkainen, 2011, s. 67–68.)

Sosiaalista yksinäisyyttä ilmenee ikäihmisten parissa. Ihminen on kadottanut silloin tärkeän viiteryhmän (yhteisön), johon hän on kuulunut. Syitä viiteryhmän

kadottamiseen voivat olla muutto, puolison kuolema tai elämänpiirin muuttuminen jostakin muusta syystä. (Kelo ym., 2015, s. 111.) Muuttaessaan maaseudulta kaupunkiin, ikäihmisen voi olla vaikeaa solahdtaa uuteen muuttuneeseen elämäntapaan, koska naapurustossa tai kaupassa ei välttämättä tervehditä. Tämä luo tunteen, että on ajautunut yhteiskunnan laitamille, paikkaan, johon ei koe kuuluvansa. (Tiilikainen, 2016.) Ihmisen on lisäksi vaikea solmia ystävyysuhteita, jos hänellä on huonot sosiaaliset taidot (Kelo ym., 2015, s. 111). Kontakteja oman ikäisiin ystäviin kaivataan ja niistä nautitaan, vaikka ystäväpiirin kaventuminen nähdäänkin luonnollisena osana ikääntymistä (Tiilikainen, 2016).

Yksinäisyys voi huonontaa terveyskäyttäytymistä sekä lisätä vanhuksen passiivisuutta ja sisäänpäin kääntyvyyttä. Yksinäisyyttä kokevasta vanhuksesta voi myös tulla aloitekyvytön sekä aikaansaamaton. Aikaansaamattomuus ja aloitekyvyttömyys luokitellaan masennuksen kriteereiksi. Kognition heikentyminen tai masennus yhdessä komorbiditeetin kanssa vähensivät sosiaalista osallisuutta. (Cacchione ym., 2019.)

3.2 Yksinäisyydelle altistavia tekijöitä

Yksinäisyyden kokeminen lisääntyy iän myötä. Naiset kokevat enemmän yksinäisyyttä kuin miehet, tähän vaikuttaa naisten kyky ilmaista tunteitaan miehiä herkemmin. Naiset myös arvostavat enemmän ihmissuhteita ja kokevat menetyksiä, koska he elävät miehiä kauemmin. (Routasalo, 2009, s. 186.) Laitoshoidossa olevat ikäihmiset kokevat enemmän yksinäisyyttä kuin kotona asuvat. Pessimistinen elämänasenne, heikentynyt sosiaalinen asema ja huono taloudellinen tilanne voivat myös altistaa yksinäisyyden kokemuksille. (Kelo ym., 2015, s. 113.)

Yksinäisyyden kokemusta lisäävät leskeytyminen, tärkeän ihmissuhteen katkeaminen ja yksin asuminen. Läheisten luottamuksellisten ihmissuhteiden määrä vähenee, koska ystävät voivat kuolla tai sairastua, niin ettei heistä ole enää seuraa. Tämä vähentää sosiaalista aktiivisuutta ja heikentää elämänlaatua ja voi lisätä yksinäisyyden kokemista. Puutteelliseksi koetut vuorovaikutussuhteet ja ongelmat uusien sosiaalisten suhteiden luomisessa edesauttavat myös tuntemaan

yksinäisyyttä. Lisäksi ystävien ja lasten tapaamisiin liittyvien odotusten toteutumattomuus lisää yksinäisyyttä. (Routasalo, 2009, s. 186, Kelo ym., 2015, s. 113.) Yksinäisyyteen altistavia tekijöitä ovat vielä sairauden aiheuttama fyysisen toimintakyvyn heikentyminen, heikko kuulo tai näkö ja heikentynyt subjektiivinen terveydentila. Psykkiseen toimintakykyyn liittyvät asiat voivat myös lisätä yksinäisyyttä. Tällaisia ovat esimerkiksi koettu elämän tarkoituksettomuuden tunne, tarpeettomuuden tunne, elämänhaluttomuus, masentuneisuus ja turvattomuuden tunne. (Kelo ym., 2015, s. 113.)

3.3 Yksinäisyyden vaikutukset toimintakykyyn ja elämänlaatuun

Yksinäisyys hidastaa ihmisen paranemista, kun hän sairastaa. Se myös aiheuttaa uniongelmia ja ruokahaluttomuutta. Yksinäinen ihminen kokee kivun suuremmaksi kuin ihminen, joka ei ole yksinäinen. Yksinäisyys luo turvattomuutta, joka saa yksinäisen ihmisen hakeutumaan sairaalahoitoon tavallista herkemmin, vaikka varsinaista hoidettavaa vaivaa ei olisikaan. Yksinäisyys heikentää myös koettua elämänlaatua ja suurentaa päihteidenkäytön ja masennuksen riskiä. Äärimmillään koettu jatkuva yksinäisyys voi johtaa ihmisen toivottomuuteen, kuolemantoiiveisiin ja harkittuun itsemurhaan. (Kelo ym., 2015, s. 116.)

Yksinäisyys voi olla yhteydentunteen puutetta ja osattomuuden ja turvattomuuden kokemuksia. Siihen voi liittyä ruumiin rajallisuutta, ystävän kaipuuta, vieraaksi koettua kulttuuria ja vanhemmuuden kitkoja. Yksinäisyyttä kokevan ihmisen elämässä on läsnä rakkauden ja kiintymyksen kaipuuta, yhteen kuulumattomuuden tunnetta sekä arvottomuuden ja tarpeettomuuden kokemuksia. Kaikkien huonokuntoisimmat iäkkäät kokevat yksinäisyyden uuvuttavana osattomuutena yhteiskunnasta ja oman elämän merkityksettömyydestä. (Tiilikainen, 2016, s. 125, s. 181.)

Yhdysvalloissa vuoden ajan 86 yksinasuvaa 65–96-vuotiasta ikäisekseen keskimääräisen terveyden omaavaa osallistui tutkimukseen, jossa tutkittiin kodin ulkopuolella vietetyn ajan määrään vaikuttavia tekijöitä. Osallistujista 72 prosenttia asui ikääntyneiden aikuisten eläkeyhteisössä ja vain kymmenellä heistä kognitio

oli heikentynyt (CDR Clinical Dementia Rating tulos oli 0,5). Apuna tutkimuksessa käytettiin infrapuna-liiketunnistimia ja erilaisia mittareita. Tutkimus osoittaa, että hyvä kognitiivinen tila ja parempi fyysinen terveys lisäävät ikäihmisen kodin ulkopuolella vietettyä aikaa. Lisääntynyt kipu ja vähentynyt kävelynopeus kotona vähentävät kodin ulkopuolella vietettyä aikaa, näiden vaikutus on todettu olevan pieni. Mahdollistunut kävely vaikeassa maastossa, hyvä ryhti ja navigoinnin onnistuminen lisäävät kodin ulkopuolella vietettyä aikaa. Yksinäisyys ja alhainen mieliala lisäävät kodissa vietettyä aikaa. Yksinäisyyden on todettu heikentävän unen laatua ja aiheuttavan häiriöitä päivätoiminnoissa. Tutkimuksen yksinäisin yksilö (mitattu mittarein UCLA Loneliness Scale) käytti keskimäärin 1,29 tuntia vähemmän aikaa kodin ulkopuolella joka päivä ja alhainen mieliala lisäsi kodissa vietettävää aikaa 25 minuuttia päivittäin. Sää, vuodenaika, viikonpäivä ja oleskelutila vaikuttavat myös merkittävästi kodin ulkopuolella vietetyn ajan määrään. (Austin ym., 2015.)

3.4 Yksinäisyyttä lievittävät keinot

Elämän mielekkääksi sekä elämisen arvoiseksi tunteminen ehkäisee yksinäisyyttä, näitä tunteita edesauttavat läheiset ihmissuhteet. Elämän tarkoituksellisuutta lisää myös mielekäs toiminta, hengellisyys sekä nautinnot. Yksinäiset ihmiset kokevat vuorovaikutustaitonsa heikommaksi, kuin he ketkä eivät koe olevansa yksinäisiä. Taide ja liikunta voivat lievittää yksinäisyyttä. (Jansson, 2012, s. 8–9, s. 16.)

Yksinäisyyttä voidaan lievittää varhaisella puuttumisella ja tiedottamalla tarjolla olevista palveluista. Jotta vanhuksen yksinäisyys tulee esille, täytyy kotihoidossa tehdä asiakkaan kokonaistilanteen kartoitus hyvin. Yksinäisyyden puheeksi ottamisessa on tärkeää asiakkaan kuunteleminen, arvostava vuorovaikutus sekä asiakkaan havainnointi (asiakkaan liikkuminen, olemus, viestintä). (Niemelä & Nikkilä, 2009, s. 141–143.)

Yksinäisyyden tunnistamiseen on erilaisia työvälineitä. Yksi on UCLA-yksinäisyysasteikko, jossa voidaan arvioida subjektiivista kokemusta sosiaalisesta

eristyneisyydestä. Tämä mittari sisältää 20 neljaluokkaista väittämää. Toinen työväline SPS (Social Provision scale) mittaa sosiaalisten suhteiden itsearviointia, sosiaalisen yksinäisyyden arviointia ja sosiaalisen eristyneisyyden ilmentämistä. Se kuvaa myös monipuolisesti subjektiivista kokemusta sosiaalisesta eristyneisyydestä. (Kelo ym., 2015, s. 116.)

Yksinäisyyden lievittämiseen käytetään sekä yksilöön kohdistuvaa että ryhmäinterventiota. Ryhmäinterventiot on todettu näistä tehokkaammaksi ja niiden toimintamuotoja voivat olla esimerkiksi taide- ja virikeinterventiot, ryhmäliikunta- ja keskustelut- interventiot sekä kirjoittaminen ja ryhmäterapia- interventiot. Yksilöinterventioita ja ammattiauttajien toimintaa voidaan toteuttaa kotikäynnein, puhelinkontaktein ja kotieläinterapiana. Suomessa Vanhustyönkeskusliitto toteutti hankkeen, jossa se pyrki lievittämään ikääntyneiden yksinäisten henkilöiden yksinäisyyttä psykososiaalisella ryhmäkuntoutusinterventiolla edellä mainituin ryhmämallein. Hankkeen tulokset olivat hyviä ja se rohkaisee jatkamaan tällaista toimintaa. (Routasalo, 2009, s. 188–193.)

4 SOSIAALINEN TOIMINTAKYKY JA YHTEISÖLLISYYS

Osallisuus yhteiskunnalliseen toimimiseen sekä mielekkääseen toimintaan vaikeutuu toimintakyvyn heikkenemisen myötä. Sosiaalinen hyvinvointi pitää yllä ja parantaa toimintakykyä. Ulkopuolisen kannustuksen puute voi muuttaa aiemmin aktiivisia vanhuksia passiivisiksi ja saada heidät eristäytymään. Mitä pitempään

vanhus on kokenut itsensä yksinäiseksi, sitä vaikeampaa häntä on saada enää mukaan aktiiviseen toimintaan. (Suvanto, 2014 s. 17, s.19.)

4.1 Yhteisöllisyyden merkitys vanhukselle

Vanhusten päivätoiminta on koettu positiivisena asiana. Sinne lähteminen ei kuitenkaan ole kaikille itsestäänselvyys, haasteita on tuottanut lähinnä liikkuminen sekä pukeutuminen. Yhteiskuljetus on ollut monille käynnin mahdollistava asia ja matka päiväkeskukseen on johdattanut päivän tunnelmaan. Hyväksi koettiin, että kuljettaja on hakenut vanhuksen kotoa sisältä asti ja näin mahdollistanut liikkeelle lähdön ja helpottanut pukemista. Viikoittainen käynti päiväkeskuksessa on muodostunut osalle tavaksi ja asiaksi, mitä odotetaan ja voi muistella kotona ollessaan. (Suvanto, 2014, s. 39–41.)

Yhteisöllisyyden on huomattu lisäävän sosiaalista vuorovaikutusta sekä turvallisuuden tunnetta. Se lisää myös yhteisyyden sekä tarpeellisuuden tunnetta. Yhteisöllisyys tukee muistisairaana kotona pärjäämistä. Tämä kaikki yhdessä koettu lisää osallisuuden sekä hyvinvoinnin tunnetta. (Jolanki ym., 2017, s. 3.)

Muistisairaiden läheiset olivat huolissaan muistisairaana fyysisestä turvattomuudesta, kun taas muistisairaana itse olivat huolissaan omasta psykososiaalisesta turvattomuudestaan. Yksinäisyys oli muistisairaiden ja heidän omaisten mielestään suuri huolen aihe. (Riikonen & Paavilainen, 2018, s. 125.) Vapaaehtoistyöntekijöiden panos mahdollistaa dementiaa sairastavien asumisen kotona pidempään sekä auttaa heitä selviytymään paremmin arjessa. (Alnes ym., 2020.) Vanhus voi toivoa itselleen vapaaehtoisystävää. Tällainen ystävä saattaa olla hänelle erittäin arvokas ja merkittävä kontakti. Vapaaehtoistoiminta yleensäkin on äärimmäisen tärkeä voimavara auttamistyössä, toiminnan päällimmäisenä tavoitteena on pyrkimys edistää vanhuksen hyvää elämää vahvistamalla hänen sosiaalista verkostoaan ja arjessa selviytymistä. Vapaaehtoistyö voi olla vertaistoimintaa, toisen ihmisen auttamista eli palvelutoimintaa ja yhteiskunnallista osallistumista esimerkiksi järjestötoimintaa. (Näslindh-Ylispangar, 2012, s. 22–23, Niemelä & Nikkilä, 2009, s. 147.)

Vaikka arkiympäristö voi olla kaventunut yksinäisillä muistisairailta, löytävät he positiivisiksi koettuja sosiaalisia ja fyysisiä tarjoumia. Niitä ovat esimerkiksi päiväkodin pihan tapahtumien seuraaminen ikkunasta, lehtien lukeminen ja television katseleminen. Näiden avulla voidaan säilyttää tunne arjen jatkuvuudesta tässä elämäntilanteessa. Läheisten mukana olo ikäihmisen arjessa luo hänelle tunteen, että omat kyvyt ja taidot eivät olekaan niin murtuneet. Turvallisuuden tunnetta tuottivat tietoisuus läheisten läsnäolosta ja tarvittaessa arjen avusta. Meillä arvostetaan iäkkäänä kotona asumista ja yksin tai vain pienen avun turvin pärjäämistä. Kykyjen heikentyessä kotona elämisestä tulee kunnia-asia. (Virkola, 2014, s. 274–275.)

4.2 Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaalan toimintakyvyille

Luovuuden kautta ihminen saa mahdollisuuden tutkia tunteitaan ja kokemuksiinsa, esimerkiksi toiveitaan, pelkojaan ja muistojaan. Luova tekeminen harjoittaa monenlaisia taitoja, siten se ylläpitää ja tukee toimintakykyä. Liiallinen itsekritiikki voi häipyä muistisairauden myötä, joten luovuuden toteuttaminen mahdollistuu helpommin. Luovasta toiminnasta on paljon hyötyä muistisairaalle. Se lisää sosiaalista vuorovaikutusta, kohentaa kielellisiä taitoja ja lisää myös toiminnan sujuvuutta. Luovan toiminnan seurauksena tulevan fyysisen toimintakyvyn kohentuminen näkyy lisääntyneenä ruokahaluna, painon nousuna ja tasapainon, fyysisen kestävyuden ja liikkumiskyvyn parantumisena. Luova toiminta kohentaa mielialaa, parantaa keskittymistä ja vähentää levottomuutta. Kokonaisuudessaan luovan toiminnan seurauksena elämä sujuu paremmin, stressiä on vähemmän ja elämänlaatu kohenee. (Mönkäre & Semi, 2014, s. 123)

Muistiliiton teettämän kirjallisuuskatsauksen mukaan lääkkeettömällä hoitokeinoilla on tehoa haasteelliseksi koettujen muistisairausten oireiden lieventämisessä. Erityisesti musiikin merkityksellisyys erilaisten haastavien käytösongelmien kohdalla on noussut yli muiden. Tutkimusnäyttö musiikin vaikutuksista on useissa tutkimuksissa samansuuntaista ja tukee samalla yleisellä tasolla tarkasteltuna haasteellisen käyttäytymisen vähenemistä. Useissa tutkimuksissa arvioiduissa interventioissa on hyödynnetty musiikin soittamista ja kuuntelemista. Kuuntelussa on hyödynnetty erityisesti muistisairaille tuttua ja heidän

mielimusiikkiaan. Ryhmämuotoinen musiikkiterapia vaikuttaisi toimivan parhaiten lievää tai keskivaikeaa muistisairautta sairastavilla. Musiikin on todettu myös jossain määrin vähentävän muistisairaana ahdistuneisuutta, kiihtyneisyyttä, aggressiivisuutta. Se saattaa myös lieventää poikkeavaa motorista käyttäytymistä. (Tuomikoski ym., 2018, s. 17.)

Muistisairaalla ihmisellä musiikkiin liittyvät kognitiiviset kyvyt voivat säilyä pitempään kuin muisti ja kielelliset toiminnot. Muistisairas siis muistaa tuttujen laulujen sanoja, vaikka puheen tuottaminen on jo hankalaa. Laulaminen ja laulujen hyräily rauhoittaa mieltä, lievittää surua ja ahdistusta sekä antaa rytmiä toimintaan, esimerkiksi pukeminen helpottuu laulun rytmittäessä sitä. Musiikin kuuntelu yhdessä muiden kanssa voi luoda yhteisyyden ja yhdessä olon kokemuksen. (Mönkäre & Semi, 2014, s. 124–126.)

Käsittelmällä kuvallisen ilmaisun keinoin tiedostamattomia ja unohtuneita kokemuksia, voi tuottaa itselleen iloa ja helpotusta. Ihmiselle voi näin nousta esille sellaisiakin muistoja, joita ei muuten tavoita. Lukemisen harrastus pitää yllä lukemista toimintona ja mahdollistaa mielialaa sekä ajatustoimintaa vahvistavia myönteisiä kokemuksia. Lukemalla voi eläytyä muiden ihmisten elämään ja peilata niitä omien kokemusten kanssa sekä tuntea monenlaisia tunteita. Kirjoittaminen ylläpitää omien ajatusten ilmaisemista, itse kirjoittamista sekä silmän ja käden yhteistyötä. Kertominen taas vahvistaa puheen ja sanojen tuottamista ja käyttämistä. Teatterissa ja elokuvissa käynti yhdessä seuralaisen kanssa mahdollistaa täyden nautinnon, koska ei itse tarvitse huolehtia käytännön asioista. Mahdollisuus keskustella ja kommentoida nähtyä ja koettua täydentää kokemusta. (Mönkäre & Semi, 2014, s. 126–129.)

4.3 Kosketuksen ja hieronnan merkitys toimintakykyä parantavana tekijänä

Kehomme suurin, monimuotoisin ja aktiivisin aistinelin on iho, sillä tuntoelin käsittää koko kehon. Ihon kautta aistimme kosketuksen, joka on elintärkeä yksilön selviytymiselle sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden erottamaton osa. Kosketus on elinehto, ilman sitä ihminen ajautuu täydelliseen ja pysyvään hämmennyksen ja ekssyneyden tilaan. (Styrman & Torniainen, 2018, s. 42, s. 53.)

Pienelläkin kosketuksella voi olla suuri merkitys. Hitaan, rauhoittavan ja läsnäoloa viestittävän kosketuksen ansiosta voidaan aktivoida rauhoittumisjärjestelmää tehokkaasti. Tällaisella laadukkaalla vuorovaikutuksella voidaan edistää ihmisen sopeutumista vaativaan elämäntilanteeseen. Terveysriskinä nähdään arkipäivän yhteisöllisyyden ja yhdessä tekemisen vähentyminen ja yksinäisyyden lisääntyminen. Tarvitsemme myös kosketusta muiden aistimusten lisäksi voidaksemme hyvin. (Styrman & Tornainen, 2018, s. 51, s. 53.)

Kosketuksen pitää olla vanhusta arvostavaa: lempeää ja auttavaa. Vanhuksen myönteinen kokemus omasta kehostaan ja olemassaolostaan voi syntyä empaattisen ja kunnioittavan kosketuksen myötä. Koskettaessa vanhusta tulee ottaa huomioon hänen mahdolliset kipunsa ja huolehtia, että vuorovaikutustilanteessa vanhus on keskiössä. Turvallisen kosketuksen ansiosta vanhus voi oppia kommunikoimaan uudella tavalla. Kunnioitus ja luottamus ovat läsnäolevan kohtaamisen perusta. (Näslindh-Ylispangar, 2012, s. 69–70.)

Hieronalla ja kosketuksella on tutkimuksissa nähty jossain määrin rauhoittava vaikutus kiihtyneisyyden ja aggressiivisuuden lieventämisessä. Tutkimuksissa mukana olleet, ja arvioidut toiminnot sisälsivät muun muassa tavallista hierontaa, aromaattista hierontaa, terapeutista kosketusta, akupainantaa sekä vyöhyketerapiaa. Tutkimustulokset ovat olleet positiivisia, mutta tutkimuksissa on ollut laadullisia puutteita, joten tulokset ovat hieman ristiriitaisia. (Tuomikoski ym., 2018, s. 22.)

4.4 Liikunta toimintakyvyn edistäjänä

Tutkimuksissa on todettu, että liikunnalla on myönteisiä vaikutuksia terveiden ikääntyneiden älyllisiin toimintoihin. Alzheimerin tautia sairastava henkilö voi myös hyötyä liikunnasta, koska se voi ylläpitää älyllisiä toimintoja ja toimintakykyä sekä vähentää neuropsykiatrisia oireita. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että kotona toteutetulla vuoden kestäväällä säännöllisellä liikuntaharjoittelulla oli positiivisia vaikutuksia toiminnanohjaukseen: toimintakyvyn heikentyminen oli merkittävästi hitaampaa ja kaatumisia oli vähemmän kuin verrokkiryhmässä. Voidaan siis

todeta, että muistisairaat hyötyvät säännöllisestä, heille yksilöllisesti toteutuvasta liikuntaharjoittelusta. Liikuntaa voidaan pitää turvallisena ja helposti toteutuvana osana hyvää muistisairauden hoitoa. Se tuo myös iloa ja lisää elämänlaatua muiden positiivisten vaikutustensa lisäksi. (Öhman, 2018, s. 80.)

Fyysinen aktiivisuus ja liikuntaharjoittelu ovat tärkeitä tapoja säilyttää iäkkäiden omatoimisuutta ja autonomiaa. Erityisen hyödyllistä on voima- ja tasapainoharjoittelu sekä ulkona liikkumisen mahdollistaminen. Liikunta pitäisi kytkeä kaikkeen tekemiseen sekä koti- että laitoshoidossa, siten se edistää toimintakykyä. Liikuminen tulisi siis sisällyttää hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja osaksi yksilövastuista hoitoa. Ikäihminen ja hänen läheisensä tarvitsevat paljon tietoa liikunnan hyödyistä. (Karvinen, 2008, s. 76–77.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten yksinasuvat muistisairaat kokevat yksinäisyyttä ja millä keinoin he toivoisivat yksinäisyyttä lievittävän. Tarkoituksena on myös lisätä muistisairaiden kanssa työskentelevien tietoutta muistisairaiden yksinäisyydestä: kokevatko muistisairaat itseään yksinäisiksi ja millä tavoin yksinäisyys näkyy heidän arjessaan.

Tavoitteena tutkimukselle on hakea työelämälle keinoja lievittää yksinasuvien muistisairaiden yksinäisyyttä. Kotihoidon työntekijöiden arki on kiireistä, eikä heidän työpanoksensa välttämättä riitä yksinäisyyden lievittämiseen. Tutkimuksen tulokset ja siitä mahdollisesti syntyvät avut voisivat helpottaa kotihoidon työntekijöiden työtaakkaa, kun muistisairaant saadessaan arkeensa sisältöä, voisivat paremmin.

Oman oppimisen tavoitteena on osaamisemme vahvistuminen yksinäisyyden tunnistamisessa, miten voisimme huomata yksinäiset ihmiset sairaanhoitajan työtä tehdessämme. Tavoitteena on myös ymmärtää paremmin yksinäisyyteen johtavia syitä sekä oppia yksinäisyyden lievittämisen keinoja. Sairaanhoitajan tulisi nähdä potilas kokonaisuutena, sillä toimintakyvyn lasku saattaa johtua myös yksinäisyydestä. Tällä pystyttäisiin paremmin vaikuttamaan niin sanottuun pyöröovi-ilmiöön ja mahdollistamaan potilaille asianmukainen hoito.

Tutkimuskysymykset:

1. Millaisissa tilanteissa muistisairaant kokevat yksinäisyyttä?
2. Millaisin keinoin he haluaisivat yksinäisyyttään lievittää?
3. Millaista tarvetta muistisairailla on kodin ulkopuoliselle toiminnalle?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimuksen lähtökohdat ja kohderyhmä

Tämä tutkimus toteutettiin Pieksämäellä toimivan Paiste ry:n, Pieksämäen alueen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tuki ry, pyynnöstä. Yhdistys on perustettu tehostamaan ja tukemaan jäsenyhdistysten yhteistyötä. Myös toimintaedellytysten, vaikuttamismahdollisuuksien sekä jäsenistölle tuotettavien palveluiden tukeminen

on Paiste ry:n toiminnan tavoitteena. (Paiste ry, 2021). Yhdistyksen tavoitteena on hakea hankerahoitusta valtiolta. Sen avulla he voisivat tukea yksinäisyyttä kokevien ihmisten löytämistä sekä heille palveluiden tuottamista yksinäisyyden lieventämiseksi. Keskustelussa yhdistyksen yhdyshenkilön kanssa kohderyhmäksi valikoitui yksinasuvat muistisairaat.

Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa tuntevatko yksinasuvat muistisairaat yksinäisyyttä, ovatko he yhteydessä muihin ihmisiin, mitä tukea he jo saavat ja mitä tukea tai virikkeitä haluaisivat yksinäisyyden lievittämiseksi. Tutkimuksemme oli tarkoitus toteuttaa Pieksämäellä haastatteleamalla Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaita, Pieksämäen Omaishoitajat ry:n sekä Pieksämäen Muistiyhdistys ry:n asiakkaita omissa kodeissaan. Haastateltavat olivat kaikki Pieksämäen kaupungin kotihoidon asiakkaita, koska emme saaneet haastateltavia muuta kautta yrityksestä huolimatta.

Syksyllä 2020 teimme yhteistyösopimuksen tilaajan kanssa ja haimme tutkimuslupaa Pieksämäen kaupungilta. Tutkimusluvan myönsi meille Pieksämäen kaupungin perusturvajohtaja. Laadimme tutkimukseen osallistujille esitteen (liite 1), jossa esittelimme itsemme ja tutkimuksemme. Esitteestä löytyi yhteystietomme, jotta haastateltavat voisivat ottaa meihin yhteyttä, jos tutkimuksesta herää kysyttävää, sekä ilmaistakseen halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Heillä oli myös mahdollisuus ilmoittaa kotihoidolle, Omaishoitajat ry:lle ja Muistiyhdistys ry:lle halustaan osallistua tutkimukseen. Haastateltavien saaminen oli haastavaa. Omaishoitajat ry:n ja Muistiyhdistys ry:n kautta emme saaneet lainkaan haastateltavia tutkimukseemme. Pieksämäen kotihoidon työntekijöiden pyynnöstä saimme haastateltavat henkilöt kotihoidon asiakkaista. Jouduimme kuitenkin useaan otteeseen olemaan yhteydessä heihin saadaksemme haastateltavia.

Pieksämäen kotihoidossa on 320–330 säännöllistä asiakasta kuukaudessa ja vuonna 2020 asiakkaita oli yhteensä 789. Kotihoidon asiakkaista suurin osa on naisia, 69 % on yli 75-vuotiaita ja 38 % on yli 85-vuotiaita. Muistisairaita kotihoidon asiakkaista on 60 % eli 192–198/kuukausi, yksinasuvia heistä on suurin osa. Haastateltavistamme henkilöistä yhdellä ei ole diagnosoitua muistisairautta ja yksi heistä asuu puolisonsa kanssa, muut yksin. Haastateltavat eivät itse olleet meihin

yhteydessä, vaan kotihoidon hoitajien pyynnöstä he lähtivät mukaan tutkimukseemme. Saimme tutkimukseemme lopulta 12 haastateltavaa kotihoidon asiakasta, 9 naista ja 3 miestä iältään 69–93-vuotiaita, heistä naimisissa on kaksi, leskiä on kuusi, kaksi heistä oli eronnut ja kaksi on naimatonta. Lupasimme haastateltaville myös pienen palkkion osallistumisesta, mikä saattoi edesauttaa tutkimukseen osallistumista. Kaikki osallistujat olivat tyytyväisiä muistamisesta (kahvipaketti ja suklaarasia).

6.2 Kirjallisuuskatsaus

Tutkimukseemme haimme aiempaa tutkimustietoa kirjallisuuskatsauksen avulla, siinä haimme vastauksia kysymyksiin tuntevatko yksinasuvat muistisairaat yksinäisyyttä ja onko heillä tarvetta kodin ulkopuoliselle toiminnalle. Sovelsimme kirjallisuuskatsauksessa systemaattista hakuprosessia ja tietokanta, jota käytimme, oli ProQuest. Hakusanoina käytimme dementia AND living alone AND loneliness, jolla tuli yhteensä 12 017 artikkelia. Rajasimme haun kahteentoista kuukauteen, vertaisarvioituihin ja kokonaiseen tieteellisiin tutkimusartikkeleihin, joiden aiheena on dementia. Haulla löytyi 33 artikkelia. Näistä valikoitui kaksi tutkimusta, joiden aihe vastasi tutkimuskysymykseemme.

Toisen haun teimme hakusanoilla dementia, old, lonely, living alone, joka tuotti 9 692 tulosta. Rajasimme haun viiteen vuoteen, vertaisarvioituihin ja kokonaiseen tieteellisiin tutkimusartikkeleihin. Haulla löytyi 346 artikkelia, joista valitsimme otsikon mukaan kaksi. Hyödynsimme manuaalista hakua muiden opinnäytetöiden lähdeluetteloista, kaksi käyttämistämme lähteistä löytyi tätä kautta.

6.3 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön menetelmänä käytimme laadullista tutkimusta. Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu hyvin ilmiöihin, joista ei ole aiempaa tietoa ja siitä halutaan saada syvälinen näkemys ja hyvä kuvaus. Kvalitatiivinen tutkimus tutkii yksittäistä tapusta. Se antaa uuden tavan ymmärtää ilmiötä. Laadullisen tutkimuksen

tutkimustulosta ei voida yleistää, sillä se kohdistuu vain yhteen kohteeseen. (Kananen, 2014, s. 17–19.)

Tutkimushaastattelun tuloksena saatu aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Jokainen tutkittava nostaa esille asioita, jotka ovat hänelle tärkeitä, joten vastauksia ja kokemuksia on yhtä monta kuin on tutkittavia. Sama asia voidaan kokea monella tavalla. Tutkimuksessa voidaan etsiä sekä samanlaisuuksia että erilaisuuksia. (Kananen, 2014, s. 86.)

6.4 Haastattelurungon teko ja aineiston keruu

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Ennen haastattelua laadimme haastattelurungon. Haastattelukysymykset loimme kirjallisuuskatsauksen pohjalta, jossa olimme etsineet vastauksia kysymyksiin tuntevatko yksinasuvat muistisairaat yksinäisyyttä ja onko muistisairailta tarvetta toiminnalle kodin ulkopuolella. Yksinäisyys on yksi vanhusten keskeisimpiä sosiaalisia ongelmia. Yksinäisyyttä lisää ystävien puute, sekä fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. (Suvanto, 2014, s. 52.) Lisäksi yksinäisyyden tunteessa yleistä on se, että vanhus ei tapaa läheisiään niin usein kun haluaisi, tai ystävyysuhteet puuttuvat kokonaan. (Jansson, 2012, s. 9.) Myös toimintakyvyn heikkenemisen vuoksi osallisuus yhteiskunnalliseen toimimiseen ja mielekkääseen toimintaan vaikeutuu (Suvanto, 2014, s. 16). Janssonin mukaan (2012, s. 9–10) mielekäs toiminta, hengellisyys ja nautinnot lisäävät elämän tarkoituksellisuutta sekä taide ja liikunta näyttäisivät ehkäisevän yksinäisyyttä. Näitä kaikkia saamiamme tuloksia hyödynsimme haastattelurungon laatimisessa.

Käytimme tutkimuksessa strukturoituja sekä avoimia kysymyksiä. Halusimme tietää kokevatko haastateltavat yksinäisyyttä ja mikäli kokevat, milloin näin on ja millaisissa tilanteissa. Kysyimme heiltä nykyisistä harrastuksista, päivätoimintaan osallistumisesta ja liikkumisen mahdollisuudesta kodin ulkopuolella. Kartoitimme myös liikkumisen vaikeuksien syitä ja kaveriavun tarvetta liikkumisen tueksi. Kerroimme myös vaihtoehtoja erilaisiin toimintoihin, esimerkiksi ystäväpalvelu,

ulkoilukaveri ja erilaiset ryhmät. Lopuksi annoimme heille mahdollisuuden kertoa muuta aiheeseen liittyvää.

Haastattelu edellyttää vuorovaikutussuhteen tutkijan ja tutkittavan välillä. Tiedyt keskusteltavat aiheet ja keskustelun eteneminen vastaajan ehdoilla ovat teema-haastattelulle tyypillistä. Haastattelussa edetään valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkennettujen kysymysten varassa. (Kananen, 2014, s. 76.) Pyrimme luomaan haastattelutilanteista mahdollisimman luontevat ja avoimet. Haastattelu onnistui lähes kaikilla vaivattomasti, muutamilla haasteita kuitenkin oli. Haastateltavat eivät aina osanneet vastata kysymyksiimme, joten annoimme heille esimerkkejä vaihtoehtoista, jolloin vastaaminen oli heille helpompaa.

Tutkimus toteutettiin luonnollisessa ympäristössä, haastateltavien kotona, aineisto kerättiin heiltä vuorovaikutussuhteessa, me tutkijoina olimme aineiston kerääjiä. Huomio tutkimuksessa oli tutkittavien näkökulmassa ja näkemyksissä ja tavoitteena tutkimuksessa oli kokonaisvaltainen ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä, meidän tutkimuksessamme Pieksämäen seudun muistisairaiden yksinäisyydestä ja keinoista lievittää sitä. Kaikki edellä mainitut asiat ovat laadullisen tutkimuksen tyypillisiä ominaisuuksia. (Kananen, 2014, s. 18.)

Teimme 12 (N=12) haastattelua, jotka kaikki tallensimme nauhureilla. Näihin pyysimme suullisesti luvan kaikilta haastateltavilta. Kaikki lupautuivat haastattelujen nauhoittamiseen. Lupasimme poistaa nauhoitukset puhelimiemme nauhureista heti, kun saamme kirjoitettua haastattelut kirjalliseen muotoon

6.5 Aineiston analyysi

Käytimme tutkimuksen analysoinnissa induktiivista aineistopohjaista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä yritetään saada tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä muodossa, jolloin voidaan tehdä saaduista tuloksista johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 103–104.)

Aineiston analysoinnin aloitimme litteroinnilla, jossa nauhoitetut haastattelut kirjoitimme tekstimuotoon. Jokainen meistä litteroi oman haastattelunsa, jokainen neljä kappaletta. Tämän jälkeen poistimme välittömästi nauhoitteet

puhelimiemme nauhureista. Litterointityylejä on sanatarkka, yleiskielinen ja propositiotason litteroinnit. Sanatarkassa litteroinnissa kirjataan jokainen äännähdyskin, yleiskielisessä litteroinnissa teksti on muunnettu kirjakiellelle ja propositiotason litteroinnissa kirjataan vain sanoman ja havainnon ydinsisältö. (Kananen, 2015, s. 160) Litterointityylimme oli lähemmäs yleiskielinen litterointi. Emme kirjanneet jokaista äännähdystä ja jostakin haastattelusta jouduimme jättämään toistot pois, koska asiat olivat erillisiä haastattelusta ja ne olivat tulleet jo moneen kertaan.

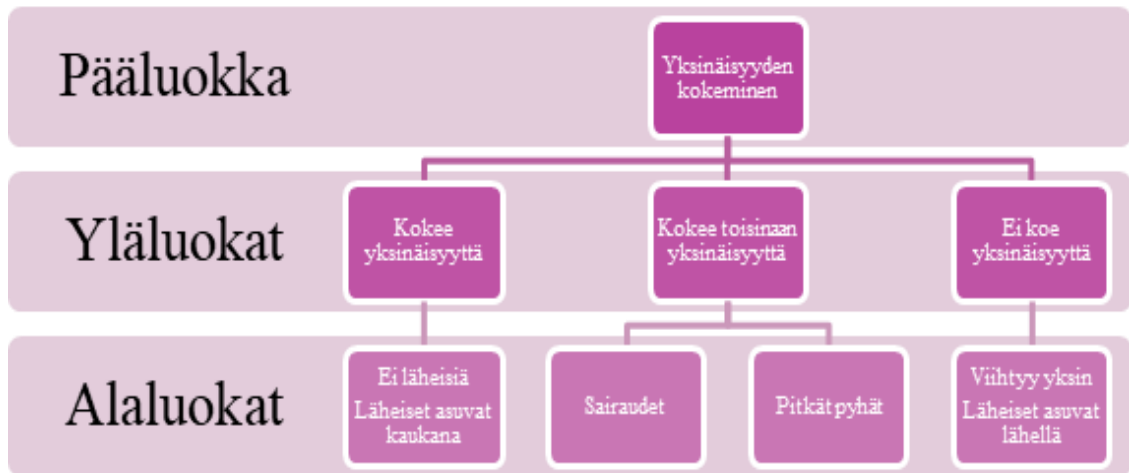
Litteroinnin jälkeen koodausvaiheessa aineiston tekstikokonaisuudet tiivistetään ja niille annetaan sisältöä kuvaava ilmaisu eli koodi (Kananen, 2014, s. 100). Aloitimme aineiston läpikäynnin lukemalla haastatteluja läpi. Sitten alleviivasimme yhdessä teksteistä henkilöiden sukupuoli, siviilisäädyt ja iät sekä jokaiseen tutkimuskysymykseen liittyvät vastaukset. Varsinaista koodausta emme tehneet.

Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä kolmen vaiheen menetelmää käyttäen. Analyysin ensimmäinen vaihe on aineiston pelkistäminen (reduointi), jossa aineistoa pilkotaan osiin ja haetaan tutkimustehtävää kuvaavia ilmauksia. Tämän jälkeen listataan pelkistetyt ilmaisut, etsitään samankaltaisuudet ja erilaisuudet pelkistetyistä ilmauksista, luodaan pohja seuraavalle vaiheelle. Seuraavaksi pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja muodostetaan alaluokat (klusterointi). Sitten yhdistetään alaluokat ja muodostetaan niistä yläluokat. Viimeisessä vaiheessa (abstrahointi) yhdistetään yläluokat ja muodostetaan niistä kokoava käsite esimerkiksi. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 108–109.) Jokainen meistä haki omien haastateltavien henkilöiden haastatteluista tutkimuskysymyksiimme vastaavia ilmaisuja. Yhdessä listasimme näitä ilmaisuja ja yhdistelimme keskenään samankaltaisia. Etsimme myös erilaisuudet. Alaluokat keräsimme jokaisen haastattelun alleviivatuista ilmaisuista. Jokaisen tutkimuskysymyksen alaluokista saimme yläluokkia, ensimmäiseen kysymykseen kolme, toiseen kaksi ja viimeiseen myös kaksi. Yläluokista muodostimme kokoavan käsitteen, pääluokan.

7. TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Muistisairaana yksinäisyyden kokeminen

Useampi haastateltava koki yksinäisyyttä joko jatkuvasti tai toisinaan. Alaluokat keräsimme yleisimmistä syistä, näitä olivat esimerkiksi läheisten asuminen eri paikkakunnilla, sairaudet ja pitkät pyhät. Osa viihtyi yksin tai kokivat, että viihtyvät yksin ja läheisten kanssa yhteys on riittävä. Näistä loimme kolme yläluokkaa vastausten mukaan, kokee, kokee toisinaan tai ei koe yksinäisyyttä. Yhdistimme nämä yhdeksi pääluokaksi yksinäisyyden kokeminen. (Kuvio 1.)



Kuvio 1.

Haastateltavista viisi (n=5) koki yksinäisyyttä toisinaan, aina yksinäisyyttä koki kaksi (=2) ja viisi (n=5) ei kokenut ollenkaan yksinäisyyttä. Yksinäisyyttä he kokivat huonossa kunnossa tai sairaalassa ollessaan ja yöaikaan sekä pyhäpäivisin. Yksinäisyyttä ei tuntunut silloin, kun televisio oli kaverina tai olo tuntui muuten turvalliselta. Yksinäisyyden kokemusta toisinaan toi myös ajokortin menetys, koska ei enää päässyt liikkumaan ilman muiden apua.

Haastateltavista henkilöistä viisi ei kokenut lainkaan yksinäisyyttä. Puhelinyhteys muiden ihmisten kanssa, omaisten ja ystävien vierailut, lenkkikaverit, yhteys naapureihin, harrastukset, päivätoiminta ja naisystävä olivat yksinäisyyttä helpottavia tekijöitä. Osa kertoi viihtyvänsä yksin, joten ei sen takia kokenut yksinäisyyttä. Lasten lähellä asuminen toi turvaa ja vähensi yksinäisyyden tunnetta. Rukoileminen toi myös turvaa vähentäen samalla yksinäisyyden tunnetta. Lähes kaikilla henkilöillä kävi päivittäin kotihoidon hoitaja, mikä lisäsi turvallisuutta, usealla heistä oli myös turvaranneke käytössään.

Silloin minä menin auton kanssa, milloin mihinkin ja haudalla kaikkien eniten kävin, sanotaan näin.

Ja silloin, kun tuntuu, että on vaikeata ja yksinäistä, mä sitten lähen tuonne pihalle.

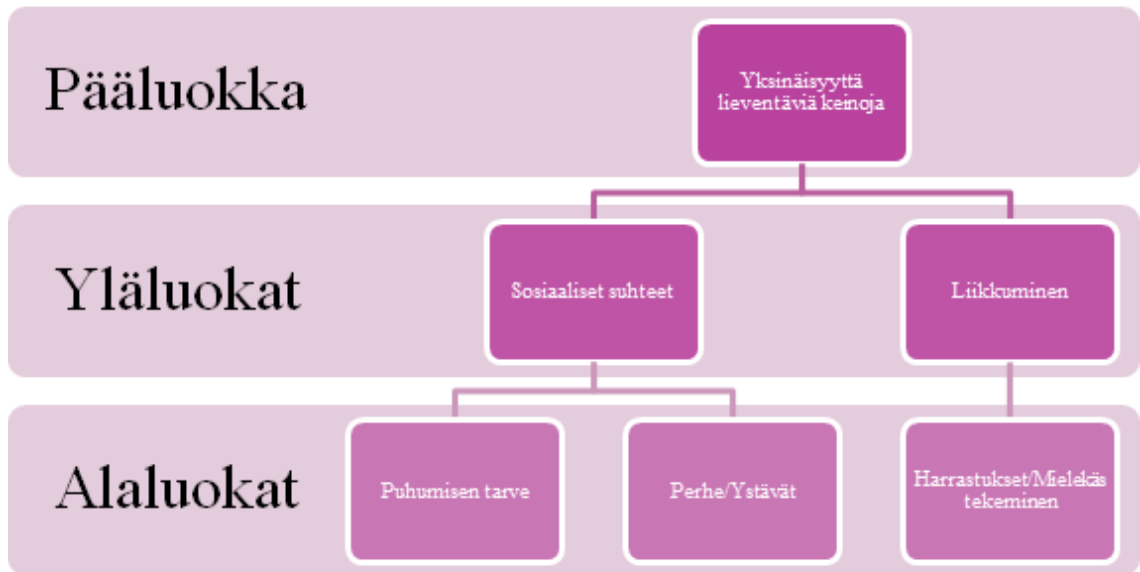
Tutkimuksemme henkilöistä kaksi tunti itsensä aina yksinäiseksi. Toisella heistä ei ole ketään ystäviä eikä tuttavvia, ja lapset asuvat kaukana. He eivät välttämättä pääse käymään vanhempansa luona edes joka vuosi. Vaikea masennus ja mahdollisuus liikkua kodin ulkopuolella on syynä toisen henkilön yksinäisyyden kokemiseen. Sairaana ollessaan oli myös useampi haastateltavista kokenut yksinäisyyttä ja turvattomuutta.

Kyllä tunnen oloni yksinäiseksi, kun ei oo kettään tuttavvia, ei kettään ei oo. Minä oon yksin, en minä kaipaa oikein mitään, vois joku käydä virkistämässä jonkin kerran.

Korona on vaikuttanut kaikkien osallistujien arkeen paljon. Yksinäisyys on lisääntynyt, koska ei ole voinut tavata sukulaisia ja ystäviä niin paljon kuin aikaisemmin. Päivätoimintojen loppuminen sekä ystävien ja sukulaisten tapaaminen on vähentynyt radikaalisti koronan aikana. Yhteydenotot omaisiin ja ystäviin ovat olleet pitkälti puhelinyhteyden kautta. Jotkut osallistujista ovat voineet ulkoilla ystävän kanssa koronasta huolimatta, mutta kahvihetket naapureiden kanssa ovat jääneet pois. Toisilla taas suhteet naapureihin ovat jääneet, koska naapuriasukkaat ovat vaihtuneet tai ovat jo sen verran huonokuntoisia, että eivät jaksa enää pitää yhteyttä.

7.2 Yksinäisyyttä lieventäviä keinoja

Toiseen tutkimuskysymykseen, millaisin keinoin he haluaisivat yksinäisyyttään lievitettävän, saimme luotua kolme alaluokkaa, jotka nousivat puhumisen tarpeesta, perheen ja ystävien kohtaamisesta sekä liikkumisen tukemisesta kodin ulkopuolella. Nämä yhdistimme kahteen yläluokkaan, sosiaaliset suhteet ja liikkuminen, sillä liikkumisen mahdollisuudella on suora yhteys yksinäisyyteen ja sen lieventämiseen. Näistä yläluokista saimme pääluokaksi yksinäisyyttä lieventävät keinot. (Kuvio 2.)

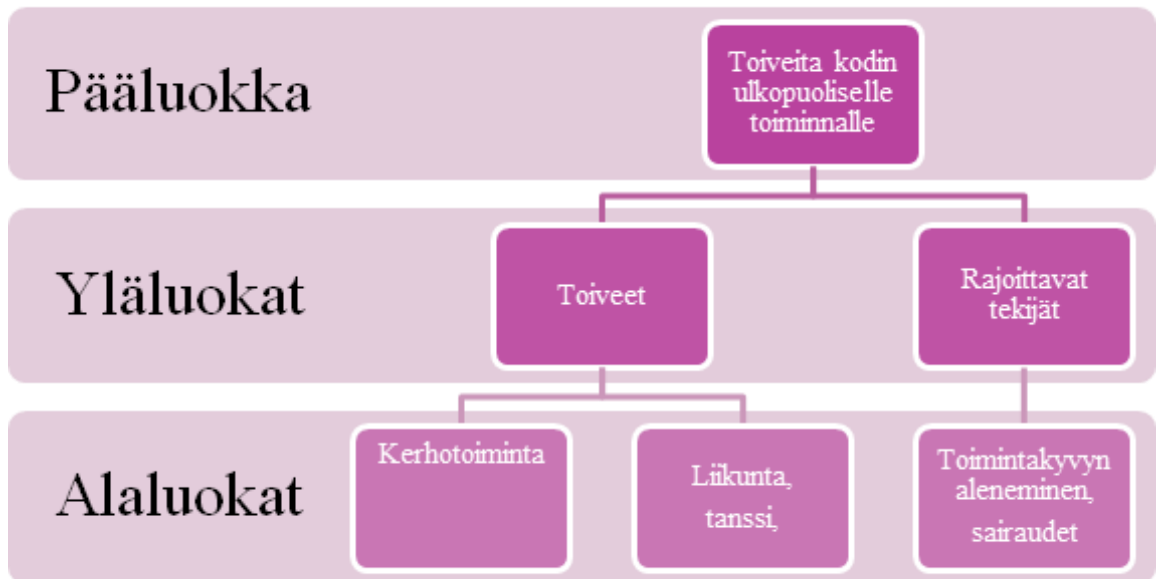


Kuvio 2.

Tutkimukseen osallistuvat kaipasivat sosiaalisia suhteita, juttuseuraa, puhumisen tarve ilmeni suurimmalla osalla. Ulkona liikkumiseen moni toivoi tukea, osa haastateltavista ei ollut käynyt ulkona useampaan kuukauteen, sillä ei ollut ketään, joka käyttäisi ja omat voimat eivät riittäneet. Ystäväpalvelua haluaisi tutkimukseen osallistuneista kuusi henkilöä, heistä viisi keskustelu- ja kahvitteluseuraa, kolme ulkoiluseuraa, kaksi jumppaa kotiin ja kaksi heistä kaveria teatterireissulle.

7.3 Toiveita kodin ulkopuoliselle toiminnalle

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä selvitimme, millaista tarvetta muistisairailta on kodin ulkopuoliselle toiminnalle. Alaluokat koostuivat erilaisista toiveista, mutta myös toimintakykyä heikentävistä tekijöistä. Nämä jaoimme kahteen yläluokkaan, toiveet ja rajoittavat tekijät. Pääluokaksi muotoutui toiveita kodin ulkopuoliselle toiminnalle. (Kuvio 3.)



Kuvio 3.

Toiminta kodin ulkopuolella koettiin hyväksi ja sitä odotetaan paljon. Nyt korona-aikaan useimmat henkilöt eivät ole käyneet minkäänlaisissa toiminnoissa kodin ulkopuolella. Toiveita olivat tanssi, yhteislaulu, käsityöpiiri, lihaksia vahvistavat sisä- ja ulkoliikuntatunnit, seurakunnan kerhotoiminta ja teatteri. Yksinäisyyden lieventämiseen kaivattiin erilaisia harrastusmahdollisuuksia ja ryhmätoimintaa. Kyyditystä harrastuksiin ja ryhmätoimintaan toivoi myös useampi henkilö, sillä toimintakyvyn heikentymisen vuoksi liikkuminen on käynyt hitaaksi ja hankalaksi. Monen henkilön liikkumista kodin ulkopuolella vähentää kyydin puute, koska ei ole varaa kulkea taksilla.

Toimintakyvyn heikkeneminen hankaloittaa monella erilaisiin harrastuksiin ja päivätoimintaan osallistumista ja näin myös lisää yksinäisyyttä. Tutkimukseen osallistuneista viidellä henkilöllä jalkojen heikkous, turvotukset ja kivut vaikeuttavat liikkumista ja kahdella henkilöllä on selkäongelmia, jotka myös alentavat toimintakykyä. Astma tai COPD heikentävät neljän haastateltavamme ihmisen liikkumista, koska hengitys on ajoittain vaivalloisempaa. Astma ja reuma rajoittavat käsitöiden tekemistä, astma pölyn vuoksi ja reuma käsien kankeuden ja toimimattomuuden vuoksi. Reuma estää yhdellä henkilöllä myös itsenäisen liikkumisen pyörätuolilla, koska käsissä ei ole enää voimaa. Kaksi henkilöä kertoi, että yleinen

jaksamattomuus vaikuttaa osallistumista mihinkään toimintaan ja näin lisää yksinäisyyttä. Yksikään tutkimukseen osallistuneista ei myöntänyt muistin heikentymisen vaikuttavan toiminnankyvyn heikkenemiseen ja liikkumiseen kodin ulkopuolella.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Opinnäytetyön aloitimme valitsemalla aiheen, joka oli koulun kautta tarjolla. Otimme yhteyttä tutkimuksen tilaajaan ja sovimme palaverin, jossa kävimme läpi vaihtoehtoja. Keskustelussamme muistisairaat ja heidän kokemuksensa

yksinäisyydestä tulivat yhtenä vaihtoehtona tutkimuksen aiheeksi. Olemme kaikki työskennelleet muistisairaiden ihmisten parissa ja meidän mielestämme aihe on tärkeä. Aloitimme työmme tekemällä kirjallisuuskatsauksen aiheesta. Työtä suunnitellessamme, kirjoittaessamme ja rajauksia miettiessämme, oli pohdittava, mitkä ovat ne oleelliset asiat, joita halutaan nostaa tutkimuksessamme esiin. Mitä ovat ne yleisimmät teemat, joita haluamme työssämme selvittää? Myös tutkimuksen tilaajan toiveita haluttiin kunnioittaa. Kävimme keskustelua siitä, miten lähestymme aihetta haastateltavien kanssa. Erityisesti keskusteluissa nousi ajatus siitä, onko yksinäisyys liian vaikea asia käsiteltäväksi.

Meillä oli useampi yhteistyökumppani, jotka olivat alkuun mukana mutta jäivät matkasta pois, todennäköisesti Covid19-pandemian vuoksi. Saimme sovittua haastatteluaiakataulut joulukuulle, mutta Covid19-pandemia sotki näitäkin suunnitelmia. Jouduimme useampaa kertaa kyselemään haastateltavia, joita oli loppujen lopuksi melko vaikea saada. Tammikuussa 2021 saimme haastattelut toteutettua tietyin reunaehdoin: meidän oli pidettävä välimatka haastateltaviin sekä haastattelut oli toteutettava mahdollisimman nopeasti. Haastateltavat saimme kotihoitoon asiakkaista, kaikki haastateltavat osallistuivat haastatteluun vapaaehtoisesti ja anonyymisti.

Tutkimuskysymysten asettelua olisi ollut syytä pohtia hieman tarkemmin etukäteen. Ensimmäiseen tutkimuskysymykseemme eivät haastateltavamme ihmiset osanneet vastata, joten päädyimme vaihtamaan sen. Saimme vastauksia kysymykseen tuntevatko he yksinäisyyttä, mutta vastauksia siihen, millä tavalla he kokevat yksinäisyyttä emme saaneet.

Prosessi on ollut työläs, ja ilman haasteita emme ole päässeet työskentelemään. Covid19-pandemia toi haastatteluihin haasteet ja pohdimme näkökulman vaihtamista ja erilaista tutkimustapaa. Oli punnittava riskejä, mutta päädyimme kuitenkin itse kohderyhmän haastatteluihin. Halusimme tiedon heiltä itseltään. Opinnäytetyömme suunnitteluvaiheessa yhden henkilön poisjääminen toi lisähaasteita työmme edistymiseen. Meillä oli kuitenkin selkeä päämäärä, jonka lopulta saavutimme.

8.2 Ammatillisen kasvun pohdinta

Tutkimusta tehdessämme olemme käyneet paljon keskustelua sairaanhoitajan roolista ja omista arvoistamme tulevana sairaanhoitajina muistisairaiden kohtaamisesta työssä. Miten voimme itse olla vähentämässä yksinäisyyttä? Mikä on sairaanhoitajan rooli yksinäisyyden lieventämisessä? Tutkimuksen tekeminen on avannut silmiä myös sille, miten tärkeää sairaanhoitajan on osata tunnistaa syrjäytymisen merkkejä ja olla tietoinen erilaisista palveluista, joita muistisairaille on tarjota. Erilaisten verkostojen hyödyntäminen on tärkeässä roolissa nyt ja tulevaisuudessa, sillä yksi toimija ei välttämättä pysty vastaamaan kaikkiin tarpeisiin. Sosiaali- ja terveystyöpalvelut ovat muutosvaiheessa ja verkostotyöskentely eri toimijoiden kanssa on osa sairaanhoitajan työnkuvaa, jotta asiakkaille pystyttäisiin tarjoamaan mahdollisimman kokonaisvaltaista apua. Haasteiden kohtaaminen ja niistä selviytyminen on varmasti kasvattanut meitä jokaista tutkimusta tehdessämme.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä käytäntöjä ovat muun muassa, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta tutkimustyössä ja että tutkijat kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä, sekä viittaavat heidän työhönsä asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, s. 6–7.)

Olemme noudattaneet opinnäytetyössämme opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Olemme tehneet työtämme tarkasti, rehellisesti ja huolellisesti. Olemme noudattaneet työssämme eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja olemme kunnioittaneet muiden tekemää työtä ja viitanneet heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla.

Validiteettiin voi vaikuttaa yhden tutkimuskysymyksen muuttaminen. Alkuperäinen tutkimuskysymys oli: kokevatko yksinasuvat muistisairaat yksinäisyyttä? Tässä kysymyksessä oli oletus siitä, että he kokevat yksinäisyyttä ja se vaihdettiin seuraavanlaiseksi: millä tavoin yksinasuvat muistisairaat kokevat yksinäisyyttä? Tämä kysymys kuitenkin osoittautui käytännössä vaikeaksi muistisairaana ymmärtää ja vaihdoimme kysymykseksi: Millaisissa tilanteissa muistisairaat kokevat yksinäisyyttä? Aiemmat kysymykset eivät myöskään antaneet vastausta opinnäytetyön tarkoitukseen, koska halusimme selvittää yksinasuvan muistisairaana yksinäisyyden kokemista ja millaisissa tilanteissa, jos hän sitä kokee. Koimme tärkeäksi haastattelun alussa kysyä kysymyksen, kokeeko haastateltava yksinäisyyttä, ilman ennako-olettamusta siitä, että jokainen sitä kokee.

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettisen perustan muodostavat ihmisoikeudet (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 131.) Ennen haastattelujen aloittamista yhteistyökumppanilta haettiin tutkimuslupa. Tutkimuksen osallistujille selvitettiin tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit. Tutkimukseen osallistuvilta saatiin suostumus. He voisivat keskeyttää tutkimuksessa olon, milloin tahansa niin halutessaan ja heidän oli oikeus tietää nämä kaikki oikeutensa. Osallistujat voisivat myös jälkikäteen kieltää itseään koskevan aineiston käytön tutkimusaineistona. Kaikki haastateltavamme ihmiset olivat mukana loppuun asti. Tutkittavien suojaan kuuluu, että heidän oikeuksistaan huolehditaan ja hyvinvointi turvataan. Tutkimustietojen täytyy olla luottamuksellisia, eikä saatuja tietoja saa antaa ulkopuolisille tai käyttää muuhun tarkoitukseen, kuin on luvattu. Tutkimukseen osallistujien identiteettiä ei tule paljastaa, vaikka siihen lupa olisikin ja tiedot tulee järjestää niin, että kaikkien osallistujien nimettömyys taataan. Tutkijan on noudatettava lupamia sopimuksia, näin taataan tutkimuksen rehellisyys. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, s. 131.)

Opinnäytetyön haastattelut tehtiin anonymisti, eli nimiä emme kysyneet, vain ikä, sukupuoli ja siviilisääty. Kerroimme tästä myös haastateltaville ennen haastattelua. Pyysimme heiltä myös luvan käyttää haastattelumateriaalia, kerrottuamme ensin mihin sitä käytetään. Kaikki haastateltavamme antoivat suostumuksensa haastattelumateriaalin käyttöön tutkimuksessamme.

Haastattelut litteroimme käyttäen yleiskielistä litterointia. Joistain haastatteluista jouduimme jättämään osan haastateltavan toistoista pois, koska ne eivät liittyneet haastatteluaiheeseen lainkaan. Myös haastateltavan mainitsemat läheisen nimet jätimme litteroinneista pois mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi. Litterointien jälkeen poistimme nauhoitteet laitteistamme.

Joidenkin haastattelujen aikana heräsi ajatusta haastateltavien muistisairaudesta. Meillä ei ollut etukäteen varmaa tietoa muistisairauden laadusta tai etenemisestä, miten pitkällä se kenties itse kenelläkin oli. Yhden haastateltavan kohdalla sairaus oli edennyt jo niin pitkälle, että heräsi ajatus siitä, miten luotettavaa hänen antamansa tieto oli vai halusiko hän kaunistella asioita. Kaikkien haastateltavien ei ollut helppoa vastata kysymyksiin yksinäisyyden tuntemisesta, toisilla vastaaminen kävi hyvin helposti. Joidenkin kohdalla jäimme myös miettimään vastausten rehellisyyttä, sillä muut puheet olivat ristiriidassa vastausten kanssa, joissa yksinäisyydestä kysyttiin. Myös ajankäytön vähyyks haastattelutilanteessa toi omat haasteensa. Pyrimme luomaan luottamuksellisen haastattelutilanteen, mutta osa haastateltavista ei muistanut alkuun lupautuneensa haastatteluun. Tämä saattoi luoda jännitteitä ja mahdollisesti myös turvallisuuden tunteen horjumista. Meille tutkijoina heräsi myös huoli siitä, vaikka osa ei muistanut sovittua haastattelua, päästivät he meidät koteihinsa sisälle hyvin avoimesti.

Pohdimme tutkimuksemme pätevyyttä, myös siltä kannalta, että onko se täysin pätevä, koska jouduimme antamaan haastateltaville vaihtoehtoja esimerkiksi kysyessämme toivomuksia toiminnalle. Tähän haastateltavat eivät osanneet vastata ilman vaihtoehtoja. Mielestämme se ei kuitenkaan ollut johdattelua, vaan ennemminkin vaihtoehtojen tarjoamista, joista he saivat valita itseänsä kiinnostavia asioita.

Teemahaastattelua käytettäessä luotettavuuden yksinkertaisin todentamistapa on luetuttaa haastatellulla tutkijan tulkinta ja tutkimustulos. Näin selviää, onko tutkijan ja tutkimukseen osallistujan tulkinnat tutkimuksesta samanlaiset. Tähän emme valitettavasti pystyneet aikataulumme kiireellisyyden vuoksi. Mietimme myös, pystyisivätkö kaikki haastateltavamme edes lukemaan tulkintojamme edenneen muistisairauden vuoksi. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös perustelut tutkimuksen eri vaiheissa tehdyistä ratkaisuksista. Tutkimukseen liittyvän

alkuperäisen aineiston säilyttäminen on tärkeää, jotta voidaan todentaa tulosten luotettavuus ja aineiston aitous. Tulkinnan ristiriidattomuus eli kahden tai useamman tutkijan sama lopputulos lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Kananen, 2014, s. 151–154.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saturaatio (kylläntyminen) on hyvä luotettavuuden mittari. Se tarkoittaa, että eri lähteiden tarjoamat tutkimustulokset ovat samankaltaisia. (Kananen, 2014, s. 151–154). Kirjallisuuskatsauksesta löydetty aiempi tutkimustieto sekä matkan varrella löytyneet teoriaosuudessa käytetyt lähteet antavat samansuuntaista vastausta kuin mitä me saimme tutkimuksessa. Joten tutkimuksen tulokset eivät olleet yllätys, kohderyhmä kokee yksinäisyyttä. Toivoimme haastateltaviksi yksinasuvia muistisairaita. Kahdestatoista haastateltavasta yksi oli naimisissa ja asui puolison kanssa sekä yksi ei ollut muistisairas, eikä meillä ole tiedossa, kuka tämä oli. Kymmenen varmaa yksinasuvaa muistisairasta meillä on, tällä saattaa olla vaikutusta myös tuloksiin.

Tutkimuksen reliabiliteetti voi varmasti vaihdella, koska tutkimuksen kohderyhmän henkilöillä on etenevä muistisairaus ja näin ollen tutkimusta toistettaessa haastattelujen vastaukset voivat olla mahdollisesti erilaisia.

8.4 Opinnäytetyön tulosten pohdinta

Iän myötä fyysisen toimintakyvyn lasku automaattisesti vaikuttaa siihen, että ihminen ei jaksakaan välttämättä poistua kotoa, mutta kaipaa kuitenkin juttuseuraa. Ihminen on kuitenkin sosiaalinen olento ja yksi hyvinvoinnin kulmakivistä. Sosiaalisen yksinäisyyden kokemus syntyy, kun ihminen on kadottanut tärkeän yhteisön, esimerkiksi puolison tai ystävän (Kelo ym., 2015 s. 111). Aiempia kahvitteluhetkiä naapureiden ja ystävien kanssa kaivattiin. Myös liikkumisen haasteet nostivat yksinäisyyden tunnetta, kun kesäaikaan torille ei ollut mahdollista lähteä totuttuun tapaan tuttavien tapaamaan.

Kotihoidon kiireet näkyivät vastauksissa, kotihoidon työntekijöillä harvoin on aikaa pysähtyä keskustelemaan. Joku saattaa kysyä kuulumisia, mutta harvoin on aikaa

pysähtyä kuulumisten äärelle. Tärkeistä asioista keskustelu, tuttujen aktiviteettien ja virikkeiden ylläpitäminen on yksi turvallisuuden tunteen luoja (Luoma, 2009, s. 86–87). Vastauksissa kuului myös tyytyväisyys ja yksinolosta nauttiminen. Yksinoleminen ei välttämättä ole merkki yksinäisyyden kokemisesta. Turvallisuuden kokeminen on osa myönteistä yksinäisyyttä. (Kelo ym., 2015, s. 111.) Turvallisuuden kokeminen nousi myös tutkimuksessa yhtenä osana yksinäisyyden kokemista. Läheisten ja ystävien lähellä olo toi turvaa kuten myös tieto siitä, että apua on tarvittaessa saatavilla.

8.5 Opinnäytetyön johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimus on hyvin pieni otanta Pieksämäen yksinasuvien muistisairaiden kokemasta yksinäisyydestä, mutta näinkin pienessä osassa yksinäisyyttä selkeästi näkyy. Tutkimustulosta vahvistaa myös havaintomme haastateltavista. Monista haastateltavista oli havaittavissa surullisuutta ja alakuloisuutta, monet myös odottivat meitä ja olivat mielissään, kun tulimme, juttelimme ja kuuntelimme heitä. Useat haastateltavat olivat myös äärettömän kiitollisia vierailustamme. Tähän ilmiöön voi olla vaikuttamassa korona-aika ja rajoitukset vierailuissa, mutta monet haastateltavat sanoivat ainoiden läheisten asuvan kauempana eri paikkakunnalla tai ulkomailla ja käyvät vierailemassa harvakseltaan.

Tutkimustulokset puoltavat sitä, että yksilö- sekä ryhmätoiminnalle olisi tarvetta. Varsinkin juttuseuralle oli tarvetta lähes kaikilla ja liikunta oli toinen toiminta, minkä moni mainitsi. Muistisairaana liikkumisen tukeminen edesauttaa häntä asumaan kotona mahdollisimman pitkään turvallisesti, koska se edistää hyvinvointia ja terveyttä. Liikunta tulisikin olla osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa (Karvinen, 2008, s. 76–77).

Jatkotutkimusaiheeksi voisimme suositella hankkeen suunnittelua, toteutusta ja sen raportointia. Jatkotutkimuksen tukimateriaaliksi ehdotamme kaavaketta, jossa olisi valmiiksi vaihtoehtoja toivotulle toiminnalle, jotta haastateltavan olisi helpompaa vastata kysymyksiin. Jatkossa voisi myös kartoittaa, miten teknologiaa voisi käyttää tässä ongelmassa avuksi. Kokemustahan tästä jo jonkun verran on,

kun kotihoito on vienyt tabletteja vanhusten koteihin ja sieltä kautta hoitaja ottaa etäyhteyden asiakkaaseen ja on hänelle juttuseurana. Myös lääkerobotit ovat joillakin paikkakunnilla käytössä. Saarijärvellä on niin sanottu videovalvonta pilottina kokeilussa. Tässä pilotissa kamerat on asennettu, esimerkiksi korkean kaatumisriskin arvioidulle, asiakkaan kotiin ja kameroihin on asennettu rajat sekä aikaviive, jolloin se tunnistaa mahdollisen kaatumisen. Tästä tulee hälytys kotihoidolle ja hoitaja voi tarkistaa lähetetystä kuvasta tapahtuman ja toimia joko soittamalla asiakkaalle tai käymällä tarkistamassa tilanteen paikan päällä.

LÄHTEET

A 912/1992. Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Saatavilla

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>

Agahi, N., Nilsen, C. & Shaw, B. 2017. Does the association between leisure activities and survival in old age differ by living arrangement? Saatavilla

<http://dx.doi.org.anna.diak.fi:2048/10.1136/jech-2017-209614>

- Alnes, R., Blindheim, K., Malmedal, W. Nordtug, B., & Steinsheim G. (23.3.2020). Journal of Multidisciplinary Healthcare. How Volunteers Contribute to Persons with Dementia Coping in Everyday Life. Saatavilla <http://dx.doi.org.anna.diak.fi:2048/10.2147/JMDH.S241246>
- Austin, D., Kaye, J., Mattek, N. & Petersen, J. 2015. Time Out-of-Home and Cognitive, Physical, and Emotional Wellbeing of Older Adults: A Longitudinal Mixed Effects Model. Saatavilla <http://dx.doi.org.anna.diak.fi:2048/10.1371/journal.pone.0139643>
- Cacchione, P., Hanlon, A., Lozano, A., Petrovsky, D., & Sefcik, J. (2019). Social Engagement, Cognition, Depression, and Comorbidity in Nursing Home Residents with Sensory Impairment. Gerontological Nursing; Saatavilla <http://dx.doi.org.anna.diak.fi:2048/10.3928/19404921-20190627-01>
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J., & ja Soininen, H. (2015). Muistisairaudet. 27.3.2015 Kustannus oy Duodecim 2020. Saatavilla 26.8.2020 <https://www.oppoportti.fi/op/msa00002/do#s8>
- Jansson, A. (2012). Psykososiaalisen ryhmätoiminnan yhteys iäkkäiden ihmisten yksinäisyyden lievittämiseen ja ystäväystymiseen tutkimus ystäväpiiri toiminnasta (Pro gradu -tutkielma, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos) Saatavilla <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40422/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201211243066.pdf?sequence=1>
- Jolanki, O., Topo, P., Rappe, E., & Teittinen, O. (2017). Näkökulmia ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja poliittisen päätöksenteon tueksi. Asumisen yhteisöllisyydestä hyvinvointia iäkkäälle. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Saatavilla 27.10.2020 https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2116852/9_2017_Asumisen+yhteis%C3%B6llisyydest%C3%A4+hyvinvointia+i%C3%A4kk%C3%A4lle/535c56d8-cdd9-4d83-b981-fd15cbc53c65?version=1.0
- Kananen, J. (2014). Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

- Karvinen, E. (2008). Liikunta osana iäkkäiden kotihoitoa, palveluasumista ja pitkäaikaishoitoa. Teoksessa R. Leinonen, & E. Havas. (toim.), (s. 68–77). Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 212. Jyväskylä: Punamusta Oy.
- Kauppinen, T., Martelin, T., Hannikainen-Ingman, K. & Virtala, E. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (2014). Yksinasuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään? Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116768/URN_ISBN_978-952-302-266-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M., & Tiittanen, H. (2015). Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- L 731/1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Luoma, M-L. (2009). Elämänlaatu. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), Gerontologinen hoitotyö. (s.74–89). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Muistiliitto. (2017). Muistisairaudet Suomessa. Saatavilla 22.2.2021 <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>
- Mönkäre, R., & Semi, T. (2014). Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaana toimintakyvylle. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T., & Forder, M. (toim.), Muistisairaana kuntouttava hoito. (s.123–130). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Niemelä, A-L., & Iso-Aho, M. (2009). Muistisairauksien hoito – kotihoidon uusin haaste. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., & Nyman, J. (toim.), Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. (s.165–199). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Niemelä, A-L., & Nikkilä, A. (2009). Yksinäisenä omassa kodissaan. Teoksessa Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J., & Nyman, J. (toim.), Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. (s.135–163). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Näslindh-Ylispangar, A. (2012). Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita Publishing Oy.

- Paajanen, T., & Hänninen, T. (2014). Muistisairaahan kognitiivinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T., & Forder, M. (toim.), Muistisairaahan kuntouttava hoito. (s.97–106). Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Pieksämäen alueen sosiaali- ja terveystalouden järjestöjen tuki - PAISTE ry. Tietoa meistä. Saatavilla 28.3.2021. www.paistery.fi
- Routasalo, P. (2009). Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa P. Voutilainen & P. Tiikkainen (toim.), Gerontologinen hoitotyö. (s.184–195). Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Riikonen, M., & Paavilainen, E. (2018). Kotona asuvan muistisairaahan henkilön ja hänen läheistensä teknologiaan liittyvät tarpeet ja toiveet. Gerontologia. Saatavilla <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/59824>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2012 Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi). Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Saatavilla 8.9.2020 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aNBN%3afe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. (27.08.2020). Muistisairaudet. Käypähoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla www.kaypahoito.fi
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Asunnot ja asuinolot. (2019). Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla http://tilastokeskus.fi/til/asas/2019/asas_2019_2020-05-20_tie_001_fi.html
- Suvanto, S. (2014). Vanhusten päivätoiminnan merkitys sosiaalisen hyvinvoinnin ja kotona asumisen tukena. (Pro gradu -tutkielma, sosiaalityö, Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos) Saatavilla 21.9.2020 <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44367/URN:NBN:fi:ju-201410012915.pdf?sequence=1%a0%a0%a0%a0>
- Styrman, T., & Tornainen, M. (2018). Kunnioittavan kosketuksen käsikirja. Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveystaloudella. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Tamminen, A. (2016). Muistisairaalla on riski jäädä tyhjän päälle. Muistibaroometri 2015. Muistiliitto.

- Saatavilla <https://www.muistiliitto.fi/fi/ajankohtaista/muistibarometri-2015-muistisairaalla-riski-jaada-tyhjan-paalle>
- Tiikkainen, P. (2011). Yksinäisyys teorioiden valossa. Teoksessa Heiskanen, T., & Saaristo, T. (s.59–76). Kaiken keskellä yksin. Yksinäisyyden syyt, seuraukset ja hallintakeinot. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Tiilikainen, E. (2016). Yksinäisyys ja elämänkulku. Laadullinen seurantatutkimus ikääntyvien yksinäisyydestä. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-1054-1>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Tuomikoski, A., Parisod, H., Oikarainen, A., Siltanen, H., & Holopainen, A. (2018). Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen- Raportti järjestelmällisten katsausten katsauksesta. (Muistiliiton julkaisusarja 1/2018) Saatavilla 18.9.2020. https://www.muistiliitto.fi/application/files/9515/6223/6595/Katsaus_laakkeettomat.pdf
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (14.11.2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 29.3.2021 https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Virkola, E. (2014). Toimijuutta, refleksiivisyyttä ja neuvotteluja – muistisairaus yksinasuvan naisen arjessa. Jyväskylä: University Printing House. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-5568-7>
- Öhman, H-R. (2018). Effect of exercise on cognition, physical functioning, fall rate, and neuropsychiatric symptoms in people with dementia. Saatavilla <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/237327/Effectof.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

LIITE 1

Esite haastateltaville

Hei,

Olemme tekemässä opinnäytetyötä Paiste Ry:lle. Paiste Ry hakee rahoitusta hankkeeseen, jonka tarkoitus on lieventää muistisairaiden ikäihmisten yksinäisyyttä heidän parissaan työskentelevien työntekijöiden koulutuksen, ikäihmisille suunnatun ryhmätoiminnan ja uuden työntekijän palkkaamisen avulla.

Tarkoituksenamme olisi tehdä tähän opinnäytetyöhön haastattelu ja sen avulla kartoittaa miten koette yksinäisyyden ja mitkä mielestänne olisivat yksinäisyyttä lieventäviä asioita teille.

Voisitteko osallistua haastatteluun? Haastattelu ei vie paljon aikaanne. Haastattelisimme teitä teidän kotonanne ja koronatilanteen vuoksi suojaudumme ohjeistuksen mukaan. Haastattelemme teidät anonyyminä, eli henkilötietojanne ei tule mihinkään näkyviin, vain ikä ja sukupuoli.

Haastattelut toteutamme 17.-18.12.2020, jos se teille sopii. Toivoisimme tietoa haastatteluun osallistumisesta 15.11.2020 Mennessä. Kellonajoista sovimme tarkemmin lähempänä.

Ilmoittautua voitte joko kotihoidon henkilökunnalle, Muistiyhdistyksen yhteyshenkilölle tai omaishoitajat Ry:n yhteyshenkilölle.

Ilmoittautua voitte myös suoraan meille numeroon xxx xxxx xxx Annika Keski-Petäjä, joko tekstiviestillä tai soittaa (soitot klo. 16 jälkeen illalla) sähköpostitse myös onnistuu annika.keski-petaja(at)student.diak.fi

Syksyisin terveisin sairaanhoitajaopiskelijat:

Annika Keski-Petäjä, Henna Hytönen, Tanja Kemppainen ja Anna-Maija Karsikas
Pieksämäen Diakonia Ammattikorkeakoululta.

LIITE 2

KYSELYLOMAKE

MIES:

NAINEN:

IKÄ:

KOTIHOITO/OMAISHOITAJA KOTONA

1. Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?

Kyllä: miksi/missä tilanteissa?

Ei:

2. Milloin ja missä näette muita ihmisiä?

3. Helpottaako muiden tapaaminen yksinäisyyttänne?

4. Käyttökö jossakin päivätoiminnassa?

5. Jos ette...helpottaisiko kaverin tuki liikkumistanne muualla?

6. Mitkä asiat vaikeuttavat toimintaan osallistumistanne?

7. Onko teillä harrastuksia?

8. Onko sairautenne vaikeuttanut liikkumistanne kodin ulkopuolella?

9. Millaisia palveluita toivoisitte nykyisten lisäksi?

10. Haluaisitteko kertoa vielä jotakin tästä aiheesta?