

**Pitkääkaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun
palveluasumisen piirissä olevien vanhusten
koettu elämänlaatu**

Terhi Lamminniemi
Katja Nurminen
Gerontologian ja kansanterveyden
pro gradu – tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2008

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu

Terhi Lamminniemi, Katja Nurminen
Gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos
Kevät 2008, 59 sivua

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettua elämänlaatua. Aihetta ei ole tutkittu paljoa, eikä tutkimuksissa ole painotettu ikääntyneille merkityksellisiä asioita. Hoidon laatu ja elämänlaatu eivät aina korreloi keskenään. Ikääntyneen kokemat tarpeet voivat erota ulkopuolisen näkemyksistä, sillä elämänlaadun kokemus on hyvin yksilöllinen.

Tutkimus on osa laajempaa tutkimusprojektia, jossa on haastateltu vanhuksia yhdentoista keskisuomalaisen kunnan alueelta. Aineiston keruussa on käytetty Care Keys-mittaria, jonka 16 elämänlaatua kartoittaneesta kysymyksestä muodostettiin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden summamuuttujat hyvinvoinnin tuotantoteorian mukaisesti. Tarkasteluun valittiin 65-vuotiaat tai vanhemmat haastatellut (n=253), joiden MMSE-arvo oli vähintään 15. Analyysimenetelminä käytettiin riippumattomien otosten t-testiä ja varianssianalyysiä (ANOVA).

Palvelutalossa, hoiva- tai palvelukodissa asuvat kokivat turvallisuutensa, mahdollisuutensa vapaa-ajan toimintaan, rahan riittävyys ja tyytyväisyytensä terveyspalvelujen saatavuuteen (=ympäristöulottuvuus) paremmiksi kuin laitoshoidossa asuvat ($p < 0,001$). Parhaimpaan MMSE-luokkaan kuuluvat kokivat olevansa tyytyväisempiä ystäviltä saatuun tukeen ja ihmissuhteisiinsa, eivätkä kokeneet yksinäisyyttä (=sosiaalinen ulottuvuus) siinä määrin kuin MMSE-luokkaan 18-24 kuuluvat ($p = 0,024$) ja luokkaan 15-17 kuuluvat ($p = 0,057$). Sukupuolella, iällä tai RAVA-pisteillä ei ollut yhteyttä koettuun elämänlaatuun. Aiemmin hoivan piiriin muuttaneet (1990-2000) olivat tyytyväisempiä sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluviin asioihin kuin vuosina 2001-2004 hoivaan tulleet ($p = 0,040$). Vertailtaessa tuloksia hoivalaitosten sijainnin suhteen todettiin, että alle 10 000 asukkaan kunnissa haastatellut kokivat olevansa tarmokkaampia ja tyytyväisempiä terveyteensä, selviytyvänsä päivittäisistä toimista paremmin ja vähäisemmän lääkehoidon turvin (=fyysinen ulottuvuus) kuin suuremmissa kunnissa asuvat ($p = 0,034$). Pienemmissä kunnissa asuvat kokivat paremmaksi myös elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden (=onnellisuus, tyytyväisyys itseän ja omaan ulkomuotoon, elämästä nauttiminen, hermostuneisuus), $p = 0,008$.

Tulokset osoittavat, että ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piiriin kuuluvat vanhukset kokivat elinympäristönsä ja palvelut sekä niistä saamansa tuen paremmaksi kuin laitoshoidossa asuvat. Kognitiiviselta toimintakyvyltään normaalit tai lähes normaalit, kokivat olevansa tyytyväisempiä elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa, kuin alhaisemman MMSE-arvon saaneet. Pienemmissä kunnissa tyytyväisyys terveyteen, fyysinen kompetenssi ja energisyys sekä emotionaalinen hyvinvointi ja tyytyväisyys itseän koettiin suurempia kuntia paremmiksi.

Asiasanat: elämänlaatu, vanhukset, laitoshoido, palveluasunnot

Subjective Quality of Life of Care-Dependent Older People

Lamminniemi Terhi, Nurminen Katja
Master's thesis of Gerontology and Public Health
University of Jyväskylä, Department of Health Sciences
Spring 2008, 59 pages

The purpose of this study was to examine and to reach wider comprehension on how elderly people living in long-term care experience their quality of life. The QoL of old people living in long-term care has not been studied widely. In previous studies the focus has not been on how elderly people experience their QoL. The quality of care and the QoL do not always correlate with each other. Aged people may consider their QoL quite different from an outsider's evaluation because the experience of QoL is very personal.

This study is part of a larger research in which 11 municipalities from Central Finland were involved. The data for the study were collected using the Care Keys-instrument. There were 16 questions that measured QoL and they were allocated into four sum variables: physical, psychological, social and environmental dimensions of the QoL. Elderly people, aged 65 or more who had at least 15 MMSE-scores were selected to this study (n=253). The data was analyzed with an independent sample T-test and the one-way ANOVA.

Old people who lived in sheltered accommodation or in nursing homes considered their safety, possibilities for leisure activities, sufficiency of money and satisfaction with the availability of health services (=environmental dimension) better compared to those living in institutions ($p > 0,001$). Those old people who were included in the best MMSE-category were more satisfied with the social dimension of QoL than those included in the MMSE-category 18-24 ($p = 0,024$) or the MMSE-category 15-17 ($p = 0,057$). In other words, the first group was more satisfied with the support they receive from their friends and with their relationships. Moreover, they experienced less loneliness than those with lower MMSE-scores. Gender, age or RAVA-scores were not associated to subjective QoL. Those who had moved earlier (1990-2000) in to long-term care were more satisfied with their social dimension on subjective QoL than those who had moved into long-term care during years 2001-2004 ($p = 0,040$). Those who lived in small municipalities (capita under 10 000) considered their health, energy and abilities to manage in every-day life better compared to those living in larger municipalities. Moreover, they needed less medicine treatment (=physical dimension, $p = 0,034$). The psychological dimension of QoL (= happiness, enjoying life, satisfaction with themselves and to their appearance and nervousness) was also rated higher among those living in small municipalities ($p = 0,008$).

Old people living in round the clock supported sheltered housing considered their environment and the services and support they provide better than those living in institutional care. Elderly people with normal or nearly normal cognitive ability considered themselves more satisfied with their life and social relationships than those who had a lower MMSE-score. Elderly people living in long-term care provided by small municipalities regarded their health, physical competence, vitality (=physical dimension) and emotional well-being and self-satisfaction (=psychological dimension) as better than those living in long-term care provided by larger municipalities.

Keywords: quality of life, elderly, long-term care, sheltered accommodation

SISÄLLYS

1 JOHDATUS TUTKIMUKSEEN.....	1
2 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU.....	3
2.1 ELÄMÄNLAADUN KÄSITE	3
2.2 ELÄMÄNLAADUN ULKOISET JA SISÄISET TEKIJÄT.....	7
2.3 HOIDON LAATU JA ELÄMÄNLAATU	10
2.4 ELÄMÄNLAADUN MITTAAMINEN	12
3 KOETUN ELÄMÄNLAADUN ULOTTUVUUDET IKÄÄNTYNEELLÄ	18
3.1 ELÄMÄNLAADUN FYYSSINEN ULOTTUVUUS	18
3.2 ELÄMÄNLAADUN PSYKKINEN ULOTTUVUUS	20
3.3 ELÄMÄNLAADUN SOSIAALINEN ULOTTUVUUS	22
3.4 ELÄMÄNLAADUN YMPÄRISTÖULOTTUVUUS.....	23
3.4.1 Pitkäaikainen laitoshoido.....	26
3.4.2 Palveluasuminen	27
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	29
5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	30
5.1 TUTKIMUSAINEISTO	30
5.2 MITTARIT.....	32
5.2.1 Care Keys -mittaristo	32
5.2.2 RAVA ja MMSE.....	34
5.3 ANALYYSIMENETELMÄT	35
6 TULOKSET.....	37
6.1 ERI TEKIJÖIDEN YHTEYS KOETTUUN ELÄMÄNLAATUUN.....	37
6.1.1 Sukupuolen ja iän yhteys koettuun elämäänlaatuun.....	37
6.1.2 RAVA- ja MMSE-arvon yhteys koettuun elämäänlaatuun.....	38
6.1.3 Hoivamuodon yhteys koettuun elämäänlaatuun.....	39
6.1.4 Ympäri vuorokautisessa hoivassa asutun ajan yhteys koettuun elämäänlaatuun	40
6.1.5 Hoivalaitosten sijainnin yhteys koettuun elämäänlaatuun.....	41
6.1.6 Yksittäisten kysymysten tarkastelu suhteessa koettuun elämäänlaatuun.....	41
6.2 SUKUPUOLEN YHTEYS ELÄMÄNLAADUN KOKEMISEEN	42
6.3 ERI HOIVAMUOTOJEN AINEISTOJEN SISÄINEN VERTAILU	43
7 POHDINTA	45
7.1 TUTKIMUKSEN PÄÄTULOKSET.....	45
7.2. TUTKIMUKSEN VAHVUUDET JA RAJOITUKSET	48
7.3 JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET	51
LÄHTEET	53

1 JOHDATUS TUTKIMUKSEEN

Elämänlaadun käsite on hyvin moniulotteinen ja sen määrittelemisen riippuu kontekstista, jossa sitä kulloinkin käytetään. Koettu elämänlaatu on sidoksissa elämäntien vaiheisiin ja iän karttuessa laadukkaamman elämän kokemukselle asetettavat vaatimukset voivat olla hyvin erilaisia verrattuna aiempiin elämäntilanteisiin. Yksilöllisyys on avainasemassa koettua elämänlaatua kartoitettaessa. (kts. esim. Frisch 2000, Jylhä 2006) Jylhä (2006) toteaa elämänlaadun olevan kokonaisuus, johon sisältyy lukematon määrä erilaisia osatekijöitä ja ulottuvuuksia, joista tärkeimmiksi nousevat kullekin yksilölle tietynä ajankohtana ja tilanteista riippuen eri asiat.

Pitkäaikaisessa ympärivuorokautisessa hoivassa asuvien iäkkäiden elämänlaatua ei ole tutkittu paljoa, eikä olemassa olevilla mittareilla voida kattavasti mitata ikääntyneille keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia (Huusko ym. 2006, Savikko ym. 2006, Vaarama 2006a). Tulevaisuudessa ikääntyneiden oletetaan olevan parempikuntoisia, mutta toisaalta viimeisiin elinvuosiin liittyvä raihnauden aika saattaa samalla pidentyä. Sairaudet ja hoidon tarve pakkautuvat näihin palvelujärjestelmän kannalta kalleimpiin vuosiin. (Vaarama 2004) Pitkäaikaista hoitoa ja hoivaa tarvitsevia vanhuksia tulee aina olemaan ja olisikin tärkeää pystyä ymmärtämään heidän kokemuksiaan elämänlaadusta ja siihen vaikuttavista tekijöistä, jotta hoitoa ja hoivaa voitaisiin kehittää paremmin tarpeita vastaaviksi.

Pitkäaikaisen laitoshoidon laatua (esim. Grant ym. 1996, Mattiasson ja Andersson 1997, Bowers ym. 2001) on tutkittu paljon enemmän kuin laitoksissa asuvien vanhusten koettua elämänlaatua. Vaikka hoidon laadun kehittäminen on tärkeää, on muistettava, että elämänlaatu ja hoidon laatu eivät välttämättä korreloi keskenään. Vaarama ym. (2007) toteavat näiden kuitenkin olevan toisiinsa vastavuoroisessa suhteessa, sillä pitkäaikaisen hoidon ja hoivan piirissä oleville vanhuksille hoitoon liittyvä konteksti on iso osa jokapäiväistä elämää. Toisaalta vanhuksen kokemat tarpeet saattavat erota paljonkin asiantuntijoiden tai johdon näkemyksistä. Hyvä hoito voi vastata laadukkaasti iäkkään fyysisiin perustarpeisiin, mutta elämänlaadun kokemus on hyvin yksilöllinen ja monitahoinen. Siihen sisältyy psykososiaalisia

kokemuksia elämän tarkoituksellisuudesta ja elämän kokemisesta mielekkääksi sekä elämisen arvoiseksi. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan asiakkaan kannalta olennaisempaa on se, millaiseksi hän kokee elämänlaatunsa kuin miten laadukkaaksi hoito on luokiteltu (Sloane ym. 2005). Ulkopuolisen arvion mukaan vanhuksen elämänlaatu voi vaikuttaa heikolta tai rajoittuneelta, mutta vanhus itse voi kokea elämänlaatunsa kohtuulliseksi tai jopa hyväksi (kts. esim. Cummins 1997). Olisikin tärkeää pystyä ymmärtämään nykyistä paremmin, kuinka huonokuntoistenkin vanhusten kokemusta hyvästä elämänlaadusta voitaisiin tukea ja edistää. Övretveitin (2002) mukaan laadun mittaamisen tavoitteena on saada lisää tietoa päätösten ja valintojen tueksi sekä perustellusti muuttaa entisiä toimintatapoja. Eri tahot voivat käyttää arviointia eri tarkoituksiin. Laadun mittaamisella ei ole merkitystä, ellei saatuja tuloksia verrata mihinkään.

Tässä työssä tarkastelemme pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten subjektiivista elämänlaadun kokemusta. Aineisto on kerätty vuonna 2006 käyttämällä Care Keys – mittaria. Jatkotarkastelua varten elämänlaatu jaetaan teorialähtöisesti eri ulottuvuuksiin ja vertaillaan, onko tietyillä tekijöillä yhteyttä elämänlaadun kokemukseen. Vertailtavia tekijöitä ovat hoivan muoto (ympäri vuorokautisesti tuettu palveluasuminen vs. pitkäaikainen laitoshoido), hoivan piirissä asuttu aika ja hoitopaikan sijainti. Lisäksi tarkastellaan, onko sukupuoli, iällä, kognitiivisella tai fyysisellä toimintakyvyllä yhteyttä siihen, millaiseksi vanhus kokee elämänlaatunsa.

2 IKÄÄNTYNEEN ELÄMÄNLAATU

2.1 *Elämänlaadun käsite*

Elämänlaatu-käsitteelle ei ole yleisesti hyväksyttyä määritelmää eikä mittaria. Tutkijoilla on kuitenkin käytössään paljon samanlaisia käsitteitä asioista, joista elämänlaatu muodostuu (Huusko ja Pitkälä 2006). Elämänlaadun perusulottuvuuksina pidetään yleensä fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta. Tämän taustalla on WHO:n terveystieteiden keskeinen määrittely, jonka mukaan terveys ei ole vain sairauden puuttumista vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. (WHO 2002) Näiden lisäksi elämänlaatuun vaikuttavat elinympäristöön liittyvät tekijät ja yleinen eli globaali elämänlaatu, joka kuvaa yksilön elämään tyytyväisyyttä. Elämänlaatuun vaikuttavat myös toimintakyvyn eri osa-alueet, sosiodemografiset tekijät, koettu terveys, lähiympäristön esteettömyys ja palveluiden saatavuus. (Muurinen ym. 2006) Nämä tekijät ovat tarkastelun kohteina myös tässä tutkimuksessa ja lähtökohtana on ikääntyneen oma kokemus kyseisistä asioista.

Cummins (1997) mukaan elämänlaatu on mahdollista määritellä vain ottamalla samalla kantaa siihen, mikä on ihmiselle hyväksi. Ihmisen subjektiivinen näkemys elämänsä laadusta voi kuitenkin poiketa täysin toisen ihmisen arviosta. Etenkin ikääntyneiden elämänlaadun ulkopuolinen tarkastelu on vaikeaa kokemusten heterogeenisuudesta johtuen. Elämänlaadun tutkimuksessa voidaan erottaa subjektiivinen ja objektiivinen elämänlaadun ulottuvuus. Objektiiviseen elämänlaadun ulottuvuuteen kuuluvat ne asiat, joita ulkopuolinen voi arvioida, subjektiivinen elämänlaatu puolestaan tarkoittaa ihmisen omaa kokemusta elämänsä laadusta. Käsitteiden moninaisuuden vuoksi onkin elämänlaatua tutkittaessa tärkeää aluksi rajata ja määritellä lähtökohtana käytetty näkemys (Lawton 1997).

Elämänlaatuun sisältyy yksilöllisestä kokemuksesta riippuen erilaisia osatekijöitä ja ulottuvuuksia, joiden merkittävyys vaihtelee kulloisenkin tilanteen ja ajankohdan mukaan. Näihin tilannesidonnaisiin, henkilökohtaisiin seikkoihin viitataan sanottaessa, että vain yksilö itse voi arvioida omaa elämänlaatuaan. (Jylhä 2006)

Huuskon ym. (2006) mukaan ikääntyneen sairaustilanne, toimintakykyisyys, ikä, avun tarve ja asuinympäristö vaikuttavat elämänlaadun ulottuvuuksien kulloiseenkin merkityksellisyyteen yksilön elämäntilanteessa. Ympäristön turvallisuus ja hallittavuus vaikuttavat autonomiaan, kykyyn liikkua, valinnanmahdollisuuksiin ja tärkeiden yhteisöllisten roolien toteuttamismahdollisuuksiin. Sopivalla ympäristöllä on tärkeä merkitys ikääntyneen identiteetin ja mielekkään elämän kokemuksille sairaanakin. Maailman terveysjärjestö WHO:n (1997) määritelmän mukaan elämänlaatu on yksilön käsitys elämästään vallitsevan kulttuurin ja ympäröivän arvomaailman kontekstissa sekä suhteessa tavoitteisiin, odotuksiin, mielenkiinnon kohteisiin ja standardeihin. Dale (1995) on todennut elämänlaadun käsitteen laajakirjoisuuden, subjektiivisuuden, kontekstisidonnaisuuden ja dynaamisuuden vaikeuttavan aiheen tutkimista.

Elämänlaatua peilataan usein elämän määrään eli ikävuosiin, jolloin näkökulma painottuu pitkäikäisyyteen, selviytymiseen ja olemassaolon kamppailuun elämän loppuvaiheessa. Se mikä tekee elämästä nautittavaa, onnellista ja elämisen arvoista, kuten kykyjen ja taitojen kehittäminen, merkityksellinen työ ja kohtuullinen elintaso ovat elämänlaadun kokemisessa monille tärkeitä, ne antavat elämälle tarkoituksen. (Frisch 2000) Erityisen tärkeää olisi tutkia juuri kaikkein heikoimmassa asemassa olevien, kuten laitoksissa asuvien ja muiden avusta riippuvaisten elämänlaadun käsitystä (Savikko ym. 2006, Vaarama 2006a). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen elämänlaatua arvioitaessa lähtökohdat ovat hyvin erilaiset verrattuna aktiivisessa työssä olevien elämänlaadun mittaamiseen. Elämän mielekkyys ja subjektiivinen kokemus elämänlaadusta koostuvat yksilön psykososiaalisista ja fyysisistä tunteuksista sekä suhteesta ympäristöön.

Guse ja Masesar (1999) totesivat tutkimuksessaan, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen elämänlaatuun oleellisesti vaikuttavia asioita ovat vuorovaikutus perheen ja ystävien kanssa sekä liikkumiskyvystä, riippumattomuuden tunteesta ja terveeksi itsensä kokemisen tunteesta koostuva hyvinvointi. Lisäksi tärkeiksi koettiin laitushoitoon liittyvät tekijät, kuten mahdollisuus yhden hengen huoneeseen ja yksityisyyteen, ruoan laatu, mahdollisuus vaikuttaa esim. peseytymisen ajankohtaan. Tärkeiksi tekijöiksi nousivat myös luonnon tärkeys ja mahdollisuus auttaa toisia ihmisiä. Henkilökohtaisia ja toisten henkilöiden

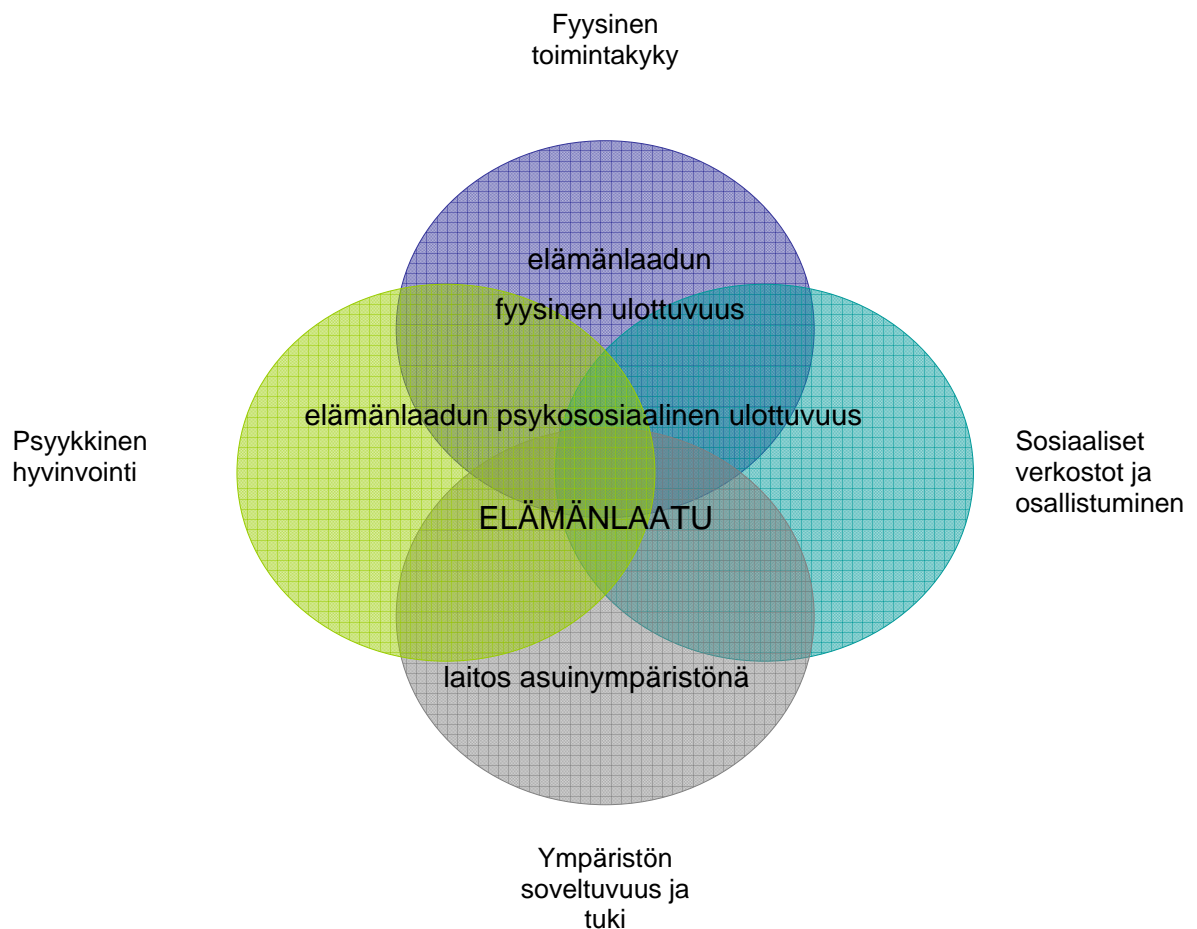
ominaisuuksia, joiden koettiin vaikuttavan elämänlaatuun, olivat rehellisyys, kunnioitetuksi tulemisen tunne, rakkaus ja huumori. Samankaltaisiin tuloksiin on päätyneet tarkasteluissaan myös Kane (2001).

Berglund ja Ericsson (2003) vertailivat tutkimuksessaan, miten ikääntyneet kokevat elämänlaatunsa verrattuna terveydenhuollon ammattilaisiin. Iäkkäät painottivat arvostetuksi tulemisen tunnetta ja hyvää elämää. Henkilökunta puolestaan yliarvioi vanhusten terveyden ja sosiaalisen verkoston merkityksen heidän elämänlaadulleen. Useat tutkimukset ovat osoittaneet, että ulkoisiin tavoitteisiin suuntautuminen johtaa yleensä heikompaan koettuun hyvinvointiin kuin sisäisiin tavoitteisiin pyrkiminen (mm. Granzin ja Haggard 2000, Kasser 2000, Kazma ym. 2000). Itsensä hyväksyminen, sisäinen kasvu, realiteettien tunnustaminen, itsenäisyyden ja läheisyyden kokeminen sekä toisaalta yhteisöllisyyden kokemukset lisäävät koettua elämänlaatua (Kasser 2000).

Kazma ym. (2000) määrittelevät subjektiivisen hyvinvoinnin rakentuvan useista osa-alueista, kuten onnellisuudesta, elämään tyytyväisyydestä sekä moraalista. Granzin ja Haggard (2000) puolestaan ovat pyrkineet luomaan kokonaisvaltaisen mallin, jossa tarkastellaan elämänlaatuun vaikuttavia monimutkaisia prosesseja. He ovat havainneet, että yksilön aikaisemmat kokemukset usealla eri elämänalueella vaikuttavat yleiseen kokemukseen omasta elämänlaadusta. Menneet tapahtumat voivat siten heijastua nykyhetkeen esimerkiksi asenteissa ja ajattelutavoissa.

Elämänlaatututkimuksessa keskeistä on ollut elämänlaadun yhteiskunnallisiin ja yksilöllisiin tekijöihin liittyvä keskustelu. Elintaso ja hyvinvointi elämänlaadun määrittäjinä olivat tärkeitä etenkin sodan jälkeisinä vuosina. Sittemmin subjektiivinen, yksilöiden henkilökohtaisia kokemuksia korostava ajattelutapa on painottunut elämänlaadun tarkastelussa. Lähitulevaisuudessa uuden haasteen luo vanhusväestön ikärakenteen muutos hyvin iäkkäiden määrän kasvaessa. Tällöin hyväkuntoisten vanhusten määrän kasvun ohella lisääntyy myös hauraiden ja avun tarpeessa olevien ikääntyneiden määrä, jolloin elämänlaatuajattelussakin tulisi aktiivisuutta ja nuorekkuutta ihannoivaan ajatteluun sovittaa myös hiipumiseen ja luopumiseen liittyvä elämänlaatu. (Jylhä 2006)

Kuviossa 1 esitetään tämän tutkimuksen lähestymistapa elämänlaatuun. Pitkäaikaisen, ympärivuorokautisen hoivan piirissä olevan vanhuksen koettua elämänlaatua tarkastellaan fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena ulottuvuutena. Ympäristö, tässä tapauksessa hoitoa ja hoivaa tarjoava laitos, vaikuttaa osaltaan yksilön elämänlaatuun niin fyysisten kuin psykososiaalistenkin tekijöiden kautta.



Kuvio 1 Elämänlaadun osatekijöitä pitkäaikaisessa laitoshoidossa tai ympärivuorokautisen palveluasumisen piirissä olevalla vanhuksella. Mukaeltu Lawtonin (1991a) mallista.

Koettuun elämänlaatuun vaikuttavat monet tekijät. Tutkimusten (Vaarama 2004, Vaarama ym. 2004b) mukaan näitä ovat yksilötekijät, (esim. terveydentila), sosioekonomiset tekijät, (esim. asumisen taso), sosiaaliset tekijät (esim. perhe,

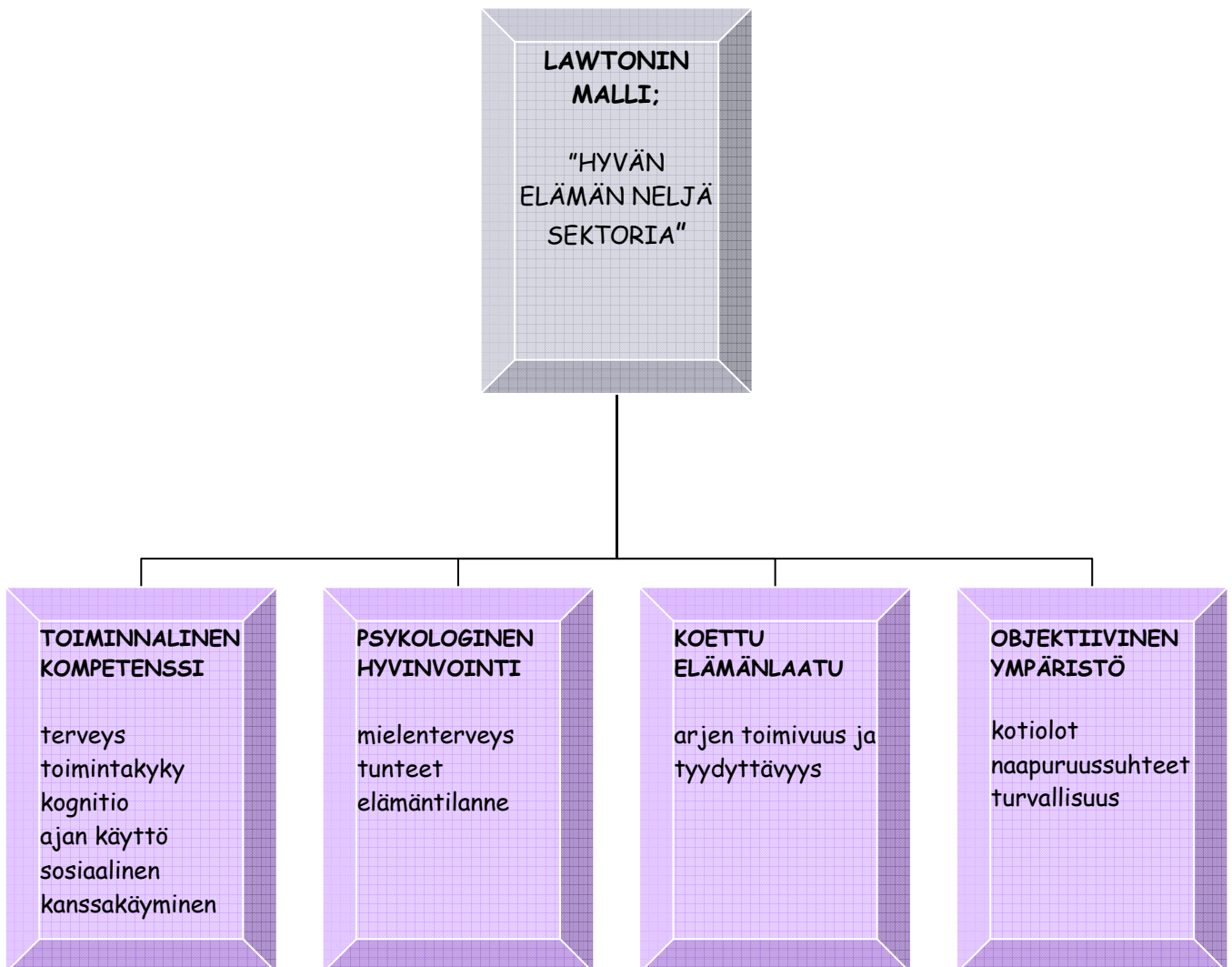
sosiaalinen verkosto, osallistuminen), asuin- ja elinympäristö (esim. esteettömyys, virikkeellisyys, varustetaso), sosiaali- ja terveyspalvelut, henkilökohtainen autonomia, valinnanmahdollisuus ja kontrolli, vapaa-ajan aktiviteetit, liikunta ja muut harrastukset, psyykinen hyvinvointi ja onnellisuus sekä tyytyväisyys elämään ja subjektiivinen elämänlaatu. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen kohdalla laitosympäristö ja sen toimintakulttuuri sanelee pitkälti ulkoiset puitteet, jotka osaltaan vaikuttavat elämänlaadun kokemiseen. Yksilön sisäiset voimavarat ja kokemusmaailma luovat edellytyksiä psykososiaalisten ulottuvuuksien erilaiselle kokemiselle henkilöstä riippuen. Toimintakykyisyyden aste vaikuttaa osaltaan vanhuksen mahdollisuuksiin toteuttaa autonomiaa ja aktiivisuutta haluamallaan tavalla.

2.2 Elämänlaadun ulkoiset ja sisäiset tekijät

Lawtonin mallin mukaan (Lawton 1991a, Lawton 1997) hyvä elämä koostuu lukuisista osatekijöistä ja neljästä suuremmasta alueesta, jotka ovat: toiminnallinen kompetenssi, psykologinen hyvinvointi, koettu elämänlaatu sekä objektiivinen ympäristö. Näiden kaikkien sektoreiden sisältöjä voidaan arvioida laadun näkökulmasta. Yleinen elämänlaatu sisältää arvioitavissa olevan toiminnallisen kompetenssin, objektiivisesti havainnoitavan ympäristön laadun sekä subjektiivisen elämänlaadun. Myös toiminnalliseen kompetenssiin sisältyy sekä yksilön sisäinen kokemus että ulkoisesta palautteesta koostuva arvio omasta kyvykkyydestä selviytyä erilaisista toiminnoista. Toiminnallinen kompetenssi pitää sisällään terveyden ja toimintakykyisyyden, kognition, ajan käytön sekä sosiaalisen kanssakäymisen. Yksilön jokaisella toiminnolla voi olla sekä sosiaalista että henkilökohtaista arvoa, eivätkä ne välttämättä ole identtisiä (Lawton 1997).

Psykologinen hyvinvointi on yksilön omaa arviota yleisestä elämään tyytyväisyydestään kognitiivisten päätelmien ja sisäisten tuntemusten perusteella. Mielenterveys, positiiviset ja negatiiviset tunteet ja kokemukset omasta elämäntilanteesta määrittävät yleistä asennetta omaan elämään. Koettu elämänlaatu koostuu myös yksilön omista arvioista elämänsä arkisten asioiden toimivuuden ja tyydyttävyyden suhteen, kuten tyytyväisyys kotioloihin, suhteet naapureihin,

turvallisuus. Objektiiivinen ympäristö on puolestaan ulkopuolisen arvioitsijan näkemys yksilön fyysisestä ympäristöstä, elinolosuhteista ja taloudellisesta tilanteesta. (Lawton 1991a, Lawton 1997, Jaracz ym. 2004) (Kuvio 2)



Kuvio 2 Kuvio mukaeltu Lawtonin (1991a, 1997) mallista.

Lawtonin malliin pohjautuen Care Keys - projektissa muotoiltu malli tuo yhä selkeämmin esille vanhan ja hauraan ihmisen elämäntilanteen, jossa elämänlaatu nähdään dynaamisena prosessina. Äkilliset muutokset elämäntilanteessa voivat horjuttaa ikääntyneen elämäntilannetta hyvinkin voimakkaasti. Vanhuksen koetun elämänlaadun kannalta ulkoiset (elinympäristö ja -olosuhteet, hoidon ja hoivan

saaminen) ja sisäiset tekijät (sopeutuminen, hoitoon tyytyväisyys, joustavuus) sekä tilannesidonnaiset riskitekijät (akuutti sairaus tai traumaattiset tapahtumat) ovat hyvin merkityksellisiä. (Vaarama 2006b)

Gerontologian näkökulmasta vanhuuden vaikutukset toiminnalliseen kompetenssiin liittyvät yksilön kykyyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista omassa elinympäristössä sekä kokemuksiin omasta toimintakyvystä suhteessa aikaisempaan ja omien ikätovereiden toimintakykyyn. Tähän vaikuttaa suuresti yksilön psyykinen sopeutuminen vanhenemiseen ja sen mukanaan tuomiin muutoksiin. (Noppari ja Leinonen 2005, Berg ym. 2006) Elämänlaadun kannalta oleellinen kysymys liittyy kompensatiokeinojen käyttöön ja henkilökohtaisiin tavoitteisiin. Toimintaa voi pyrkiä muuttamaan muun muassa lisäämällä suoritukseen käytettävää aikaa tai ottamalla apuvälineitä käyttöön. (Laukkanen 2003)

Biologinen ja toiminnallinen terveys, kognitio, ajankäyttö sekä sosiaalinen käyttäytyminen ovat toiminnallisen kompetenssin osa-alueita. Toimintakykyisyys yhdistetään usein onnistuneeseen ikääntymiseen, mutta yksilölliset eroavaisuudet ovat suuria sen suhteen, miten tärkeälle sijalle toiminnallinen terveys asetetaan suhteessa muuhun hyvinvointiin. (Lawton 1991b, Berg ym. 2006) Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen toimintakyky on usein heikentynyt siinä määrin, että hän on muiden avusta riippuvainen useiden toimintojen osalta tai kokonaan. Toiminnoista suoriutumisen sosiaalinen tai henkilökohtainen arvo vaihtelevat suuresti yksilökohtaisista tekijöistä tai hoitopaikan toimintakulttuureista riippuen.

Elämään tyytyväisyyden ja alentuneen toimintakyvyn yhteys on monimutkainen. Useat eri tekijät, kuten sosiaaliset, psykologiset ja terveyteen liittyvät tekijät vaikuttavat yksilön kokemukseen omasta toimintakykyisyydestään ja ikääntyneen kokemuksiin elämään tyytyväisyydestä (Daltroy ym. 1999, Fassino ym. 2002, Berg ym. 2006, Borg ym. 2006). Nämä kaikki näkökulmat tulisi yhdistää kuntouttavaan toimintaan ja tukeen, jota ikääntyneelle tarjotaan. Vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista saattavat vaikuttaa kokemukseen elämään tyytyväisyydestä, sillä joillekin muiden avun varassa oleminen on myös henkisesti raskaampaa kuin toisille. Fyysinen rajoittuneisuus voi myös johtaa muiden elämän osa-alueiden rajoittumiseen ja siten lisätä yksinäisyyden kokemuksia. Hoitohenkilökunnan ja poliittisten päättäjien

tulisi olla selvillä toimintakyvyn rajoitteita kompensoivien tekijöiden, kuten sosiaalisen tuen ja mahdollisimman itsenäisen suoriutumisen edistämisen vaikutuksista ikääntyneen elämään tyytyväisyyteen ja ottaa ne toiminnassaan huomioon. (Borg ym. 2006) Ikääntyneen toimintakykyä tukevat interventiot ja ADL - toimintojen säilymisen edistäminen ovat hyödyksi sekä vanhukselle itselleen että häntä hoitavalle henkilökunnalle (Wlodarczyk ym. 2004, Borg ym. 2006).

2.3 Hoidon laatu ja elämänlaatu

Monet ikääntyneet viettävät viimeiset vuotensa pitkäaikaisessa laitoshoidossa, mutta heidän elämänlaatuun ei ole tutkittu paljoa. Elämänlaatututkimus ei ole paneutunut tarpeeksi hoidon laatuun suhteessa vanhuksen hyvinvointiin, ja vielä vähemmän on tutkittu hauraan ikääntyneen elämänlaatua ylipäättäen. Yleiset, terveyteen liittyvät elämänlaadun mallit eivät ota huomioon hoidosta riippuvaisen vanhuksen erityisiä tarpeita ja olosuhteita, joissa hän elää. (Vaarama 2006a) Kane (2001) viittaa Yhdysvalloista tekemäänsä huomioon pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien potilaiden elämänlaadusta: vaikka tekninen lääketieteellinen osaaminen on laadukasta, ei asiakkaiden elämänlaatuun ole kiinnitetty huomiota ja se koetaankin usein hyvin huonoksi. Saman huolen voi nostaa esille myös Suomen oloissa.

Hoidon ja palvelujen saamisen yhteyttä vanhuksen elämänlaatuun on tutkittu osana Care Keys – projektia. Eniten asiakkaan elämänlaatua selittivät kokemus riittävästä tekemisestä ja avun saamisesta ajallaan. Tärkeiksi koettiin myös omat vaikutus- ja valinnanmahdollisuudet arkeen liittyvissä asioissa. Hoitajien ammattitaitoisen toiminnan todettiin vaikuttavan suuresti koettuun elämänlaatuun. Näin ollen harrastusmahdollisuuksiin, arkipäivän virikkeellisyyteen ja osallistumis- mahdollisuuksiin, asiakkaan itsemääräämisoikeuteen sekä henkilökunnan riittävyteen, ammattitaitoon ja huolelliseen perushoittoon tulee kiinnittää huomiota. Tulosten mukaan vanhainkotiasiakkaat tarvitsevat sosiaalista ja emotionaalista tukea elämänlaadun kohentamiseksi, sillä yksinäisyys ja masentuneisuus olivat melko yleisiä. Mahdollisuus säännölliseen kiireettömään vuorovaikutukseen, kuunteluun ja

keskusteluun hoitajien kanssa sekä yhteisöllisyyden lisääminen koettiin tärkeäksi. (Muurinen ym. 2006)

Sparksin ym. (2004) mukaan, tulevaisuuden terveydenhuollon rajallisten resurssien vuoksi tarvitaan hoitohenkilökunnan päätöksentekoa tukemaan tutkimustietoa elämään tyytyväisyyttä parhaiten ennustavista tekijöistä. Sosiaalinen vuorovaikutus, elämänhallinnan tunne ja terveys ovat elämään tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä ja niihin hoitohenkilöstö voi vaikuttaa erilaisin hoitotyön interventioin. Berglund ja Ericsson (2003) havaitsivat tutkimuksessaan, että ikääntyneiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset elämänlaadun kannalta tärkeistä tekijöistä saattavat poiketa toisistaan. Kyseisessä tutkimuksessa esille nousi arvostuksen ja hyvän eletyn elämän merkitys terveydentilan ja laajan sosiaalisen verkoston sijaan. Niihin elämänlaatua tukeviin tekijöihin, joihin voidaan vaikuttaa, kannattaa panostaa.

Sosiaalinen vuorovaikutus on oleellisen tärkeä asia hyvinvoinnille. Sitä voidaan tukea erilaisten toimintaohjelmien avulla tai auttamalla ikääntyviä säilyttämään omat sosiaaliset ympäristönsä vanhetessakin. Hoitolaitoksissa asuvien vanhusten koetun elämänhallinnan tunteen lisäämiseksi on kehitetty erilaisia interventioita. (Sparks ym. 2004) Usein paitsi hoitajien, myös perheenjäsenten koetaan vievän potilailta mahdollisuuksia hallita elämäänsä ja tähän pitäisi puuttua. Painopisteen pitäisi olla laitoksessa asuvan iäkkään oikeuksissa ja siksi tarvitaan lisää tutkimuksia, joiden tulosten perusteella voisi elämänhallinnan tunnetta lisätä. (Brocklehurst ja Dickinson 1996, Sparks ym. 2004)

Pitkäaikaisella laitoshoidolla on mahdollisuus vaikuttaa suuresti vanhuksen elämänlaatuun. Tämä edellyttää kuitenkin asiakkaan mielipiteiden kuuntelemista ja aitojen vaikuttamisen mahdollisuuksien tarjoamista. Toimintafilosofian tulisi perustua ennemmin sosiokulttuuriseen ikääntymisen malliin kuin lääketieteelliseen tai sairauskeskeiseen näkökulmaan ikääntymisestä. Psykososiaalisen ja kulttuuriseen toimintaan pohjautuvien kuntoutusmuotojen käyttö hoidollisten toimien rinnalla tukisi vanhuksen elämänlaatua nykyistä paremmin. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon soveltuvien laatu- ja tehokkuuskriteerien määrittäminen realistisista lähtökohdista käsin on myös tärkeää työn kehittämisen ja asiakkaan elämänlaadun edistämisen

kannalta. Lisäksi laatujohtamiseen ja dokumentointiin panostaminen tukevat tätä tavoitetta. (Vaarama 2006a)

2.4 Elämänlaadun mittaaminen

Nykyisin käytössä olevat elämänlaadun mittarit eivät ole sensitiivisiä ihmisten erilaisille arvostuksille tai niiden vaihteluille elämän eri vaiheissa (Savikko ym. 2006). Pitkäaikaisessa hoidossa ja hoivassa olevien vanhusten kokemukset omasta elämänlaadustaan ovat tärkeässä asemassa kehitettäessä laadukasta ja vanhusten tarpeisiin vastaavaa hoitoa. Lisäksi tulisi huomioida asuinympäristöjen merkityksellisyys ja mahdollisuudet vaikuttaa vanhusten elämänlaatuun esimerkiksi fyysisten ja psykososiaalisten osatekijöiden kautta.

Ympäri vuorokautisessa hoivassa asuva vanhus ei aina kykene itse käyttämään elämänlaatua kartoittavia mittareita. Syynä voi olla esimerkiksi heikentynyt kognitiivinen tila, kommunikaatio-ongelmat tai mittausten kokeminen liian rasittaviksi. Juuri nämä ihmiset voisivat kuitenkin eniten hyötyä siitä, että hoitotoimenpiteiden vaikutus elämänlaatuun huomioidaan. Elämänlaadun mittarit mittaavat subjektiivista kokemusta ja siksi toisen elämänlaatua arvioitaessa on pyrittävä asettumaan hänen asemaansa. Usein lähiomaiset tai hoitohenkilökunta ovat tässä taitavia. (Addington-Hall ja Kalra 2001) Silloin esimerkiksi lähiomainen tai hoitohenkilökuntaan kuuluva voi tehdä asiakkaan puolesta elämänlaadun arvion. Toisten henkilöiden tekemien arvioiden vastaavuutta ihmisen omaan arvioon on paljon pohdittu. (Kts. esim. Cummins 1997, Addington-Hall ja Kalra 2001, Berglund ja Ericsson 2003, Wlodarczyk ym. 2004) Arvioon vaikuttavat arvioitsijan kokemukset hoitamisesta, potilaan kanssa käytetyn ajan määrä ja arvioitsijan omaan elämänlaatuun liittyvät tekijät (Sloan ym. 1998). Lääkärin näkemys iäkkään potilaan elämänlaadusta voi poiketa suuresti vanhuksen omasta käsityksestä. Lääkäri tapaa hänet usein vain sairaana ja heikkokuntoisena, lisäksi erot sosioekonomisessa asemassa, henkilökohtaisissa sairauskokemuksissa ja iän mukanaan tuomat eroavaisuudet näkökulmissa pitäisi tiedostaa hoitopäätöksiä tehtäessä. (Cocci ym. 2004) Tässä tutkimuksessa keskitytään niiden vanhusten elämänlaadun tarkasteluun, jotka ovat itse kyenneet vastaamaan haastattelukysymyksiin.

Elämänlaadun mittaaminen näkyy erityisen vahvana terveydenhuollossa ja terveyden tutkimuksessa, vastapainona lääketieteen luonnontieteille ominaisille tarkastelutavoille (Jylhä 2006). Se on noussut ajankohtaiseksi asiaksi osittain siksi, että terveydenhuollossa on alettu tiedostaa yhä enenevässä määrin, kuinka tärkeää on ymmärtää hoitotoimenpiteiden vaikutus paitsi ihmisen fyysiseen kehoon, myös elämänlaatuun. Erityisen tärkeää tämä on toiminnanvajavuuksia aiheuttavia, kroonisia tai muita vakavia tauteja sairastavien ihmisten kohdalla. Jos ei ole toivoa paranemisesta ja sairaus vaikuttaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, on tärkeää huomioida kaikessa toiminnassa sen vaikutus myös potilaan elämänlaatuun. (Addington-Hall ja Kalra 2001) Toimintakyky liittyy läheisesti elämänlaadun kokemukseen ja Verbrugge ja Jette (1994) toteavatkin toimintakyvyn kokonaisvaltaiseksi arvioimiseksi tarvittavan mittaripatteristoa, joka huomioi toimintakyvyn fyysisen, kognitiivisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden sekä lisäksi asuin- ja elinympäristöön liittyvät toimintakykyyn vaikuttavat tekijät.

Käsitteinä terveyteen liittyvä elämänlaatu (health-related quality of life) ja laatupainotteiset elinvuodet (quality-adjusted life years) ovat tulleet keskeisiksi, kun yhä useampia sairauksia on 1900-luvulla opittu hoitamaan. Tämän seurauksena moni pystyy elämään sairautensa kanssa yhä pidempään, mutta toisaalta herää kysymys kaikkein huonokuntoisimpien pysyvästi kalliiden hoitojen varassa elävien ihmisten elämän mielekkyydestä ja laadusta. Elämän pituuden ohella on siis tärkeää tutkia myös sitä, kuinka tyydyttävää elämää hoitojärjestelmien avulla pystytään tuottamaan. (Jylhä 2006) Terveydenhuollossa elämänlaatumittareita käytetään hoidon ja kuntoutuksen vaikuttavuuden sekä taloudellisen tehokkuuden mittaamiseen. Niiden avulla voidaan perustella hoito- ja kuntoutusmuotojen käyttöä tai käyttämättä jättämistä. (Huusko ym. 2006, Jylhä 2006) Tällöin terveyteen liittyvän elämänlaadun tai laatupainotteisten elinvuosien mittaamiseen käytettyjä mittareita pidetään perustana terveydenhuollon resurssien suuntaamiselle (Jylhä 2006).

Elämänlaatumittareiden kehittäminen on haastavaa. Mittareiden tulisi sisältää kaikki elämänlaadun kannalta keskeiset ulottuvuudet. Niiden pitää olla hyvin validoituja sekä riittävän herkkiä ja erottelukykyisiä toimiakseen erilaisissa väestöissä. (Huusko ja Pitkälä 2006) Olemassa olevat mittarit ovat puutteellisesti tutkittuja ikääntyneillä,

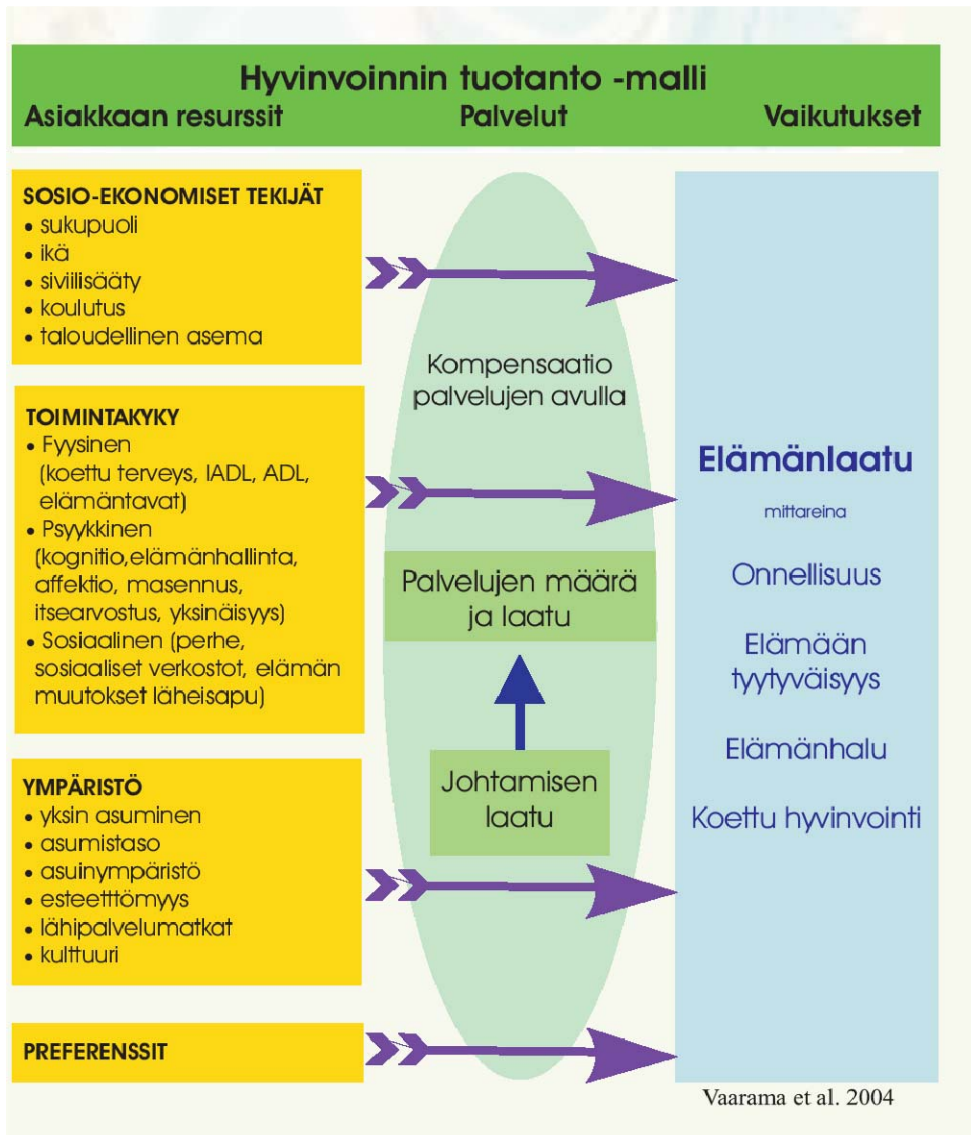
eikä niillä voida kattavasti mitata heille keskeisiä elämänlaadun ulottuvuuksia. Esimerkiksi psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja ympäristö ovat ikääntyneille hyvin merkityksellisiä. Ne vaikuttavat myös terveyteen liittyvään elämänlaatuun ja jokapäiväisistä askareista selviytymiseen. (Huusko ym. 2006) Ikääntyneillä tarkastelun lähtökohdaksi tulisi ottaa laajempi elämänlaadun käsite, jossa painottuu enemmän ympäristö, sosiaalinen verkosto ja subjektiivinen näkemys omasta terveydentilasta (Strandberg ym. 2006). Mittaaminen ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyötä ja sen vuoksi on tärkeää kehittää ja monipuolistaa mittareita edelleen. Ongelmista ja vajavaisuuksista huolimatta elämänlaadun mittaus on kuitenkin tullut pysyvästi käyttöön. (Huusko ym. 2006)

Elämänlaatumittareita on kehitelty useita. WHO:n mittari WHOQOL-BREF kartoittaa yleistä elämänlaatua. Siinä lähtökohtana on yksilön oma arvio elämäntilanteestaan suhteessa kulttuuriseen kontekstiin, arvomaailmaan ja omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja vaatimustasoon. Elämänlaatua arvioidaan neljällä ulottuvuudella: fyysinen ja psyykinen ulottuvuus, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Mittari on ollut käytössä yli kahdessakymmenessä maassa ja osoittautunut validiksi ja luotettavaksi. Suomen oloihin se on validoitu WHO:n luvalla osana STAKES:n Care Keys - projektia. (Huusko ym. 2006b) WHOQOL-BREF -mittari näyttäisi mittaavan kaikkein laajalaisimmin ikääntyneiden elämänlaatua. Sen avulla voidaan tarkastella myös psyykkistä hyvinvointia ja sosiaalista ulottuvuutta, joita muut mittarit eivät kovin hyvin mittaa. (Huusko ym. 2006b) Autonomia, hallinnan ja tarpeellisuuden tunteet, mahdollisuus tehdä valintoja, avun saanti ja sen laatu, yksityisyys sekä tiedon saannin mahdollisuus muuttuvat usein erityisen tärkeiksi hauraille, toisten avusta riippuvaisille ikääntyneille. Mikäli näitä tekijöitä ei mitata, ei niiden kehittämiseen myöskään kiinnitetä tarvittavaa huomiota. (Savikko ym. 2006)

Euroopassa toteutetussa Care Keys - projektissa yhtenä tavoitteena oli pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten elämänlaadun mittaaminen. Elämänlaatu tutkimuksessa ei juurikaan ole keskitytty annetun hoidon ja asukkaan hyvinvoinnin väliseen yhteyteen ja toisaalta laatukriteereissä ja dokumentaatiotavoissa on puutteita. (Vaarama ym. 2002) Hyvien elämänlaadun mittareiden kehittäminen ja tutkiminen on tärkeää, sillä juuri elämänlaadun alueella voidaan ikääntyneiden osalta saavuttaa hyviä tuloksia kuntoutuksen ja hoitojen

vaikutuksesta. Nykyisin käytössä olevat mittarit keskittyvät terveyteen ja perustuvat peitellysti terveiden arvomaailmaan. Tällöin olettamuksena on, että elämänlaatu on sairaalla automaattisesti heikompaa ja etenkin ikääntyneillä painottuvat liiaksi sairauksien aiheuttamat negatiiviset piirteet ja toiminnanvajeet. Mittarit eivät huomioi tarpeeksi ikääntyneen sopeutumista tilanteeseensa ja optimaalisten terveyden odotusten muuttumista iän myötä. Hyvinvoinnin positiivisten ulottuvuuksien, ympäristön ja sosiaalisen verkoston merkitys on unohdettu terveyteen liittyvissä elämänlaadun mittareissa. (Pitkälä ym. 2006)

Care Keys - projektissa on ollut tarkoituksena mitata ikääntyneiden elämänlaatua laajemmassa merkityksessä ikääntyneen itsensä kokemana. Tutkimus on keskittynyt sosiaali- ja terveystalouden tuloksellisuuden selvittämiseen sekä palvelujen merkityksen tarkasteluun ikääntyneiden hyvinvoinnin ja elämänlaadun tuottamisen näkökulmasta. Care Keys - tutkimuksen teoreettinen viitekehys on hyvinvoinnintuotanto – teoria, jonka mukaan palvelut ovat eräs hyvinvoinnin tuottaja. (Kuvio 3)



Kuvio 3 Hyvinvoinnin tuotanto – malli (Vaarama ym. 2004a)

Keskeisellä sijalla ovat yksilöllisesti muokatut ja ammatillisesti laadukkaat palvelut, resurssien tarpeenmukainen kohdentaminen sekä niiden oikeudenmukainen jakaminen (Muurinen ym. 2004, Vaarama ym. 2004a). Taustalla oleva hyvinvoinnin tuotanto – teoria ohjaa osaltaan myös tämän työn teoreettista näkökulmaa. Tutkimus keskittyy tarkastelemaan hyvinvoinnin tuotanto-mallin vaikutukset - osiota, jossa tavoitteena on yksilön elämänlaadun parantaminen. Mittareina mainitut onnellisuus, elämänhalu, elämään tyytyväisyys ja koettu hyvinvointi sisältyvät tutkimusaineiston keruussa käytetyn Care Keys - mittariston elämänlaatua tarkastelemaan osioon. Asiakkaan resursseihin kuuluvat sosio-ekonomiset tekijät, toimintakykyä kuvaavat

RAVA- ja MMSE - arvot sekä ympäristön osuutta tarkasteleva hoitopaikan määrittely. Asiakkaan oma kokemus, koettu elämänlaatu määrittyy pitkälti hänen omien preferenssiensä kautta.

3 KOETUN ELÄMÄNLAADUN ULOTTUVUUDET IKÄÄNTYNEELLÄ

3.1 Elämänlaadun fyysinen ulottuvuus

Vanhenemista ja vanhuutta koskevassa tutkimuksessa sekä käytännön vanhustyössä toimintakyvyn käsite nousee tärkeäksi tekijäksi monestakin syystä. Toimintakyky on keskeinen kriteeri, jonka valossa iäkkäät arvioivat terveyttään ja elämänlaatuaan. Tunne elämän tarkoituksellisuudesta liittyy myös vahvasti siihen, kuinka kokee selviytyvänsä päivittäisistä toiminnoista. (Heikkinen 2002) Toimintakyvyn merkityksellisyys korostuu niillä ikääntyneillä, joilla omatoimisuutta joissain toiminnoissa on vielä jäljellä. On hyvin tärkeää tuolloin pyrkiä kaikin keinoin edistämään sen säilymistä. Vuodepotilailla toimintakykyisyys koostuu hyvin pieniltäkin tuntuvista seikoista, kuten kyvystä vaihtaa asentoa vuoteessa tai omatoimisen ruokailun onnistumisesta.

Sairastuminen akuuttiin tai krooniseen sairauteen aiheuttaa usein ikääntyneellä toimintakyvyn alenemista, joka vaatii sopeutumista muuttuneeseen tilanteeseen. Toimintakyvyn aleneminen voi olla väliaikaista tai pysyvää, mutta johtaa usein muutoksiin yksilön arvostuksissa, sisäisissä standardeissa ja elämänlaadun käsitteellistämässä. Terveystilan muutoksella on myös vaikutusta yksilön koettuun elämänlaatuun. (Daltroy ym. 1999, Sprangers ja Schwartz 1999, Menzel ym. 2002) Toimintakyvyn rajoitukset voivat vähentää huomattavasti ikääntyneen autonomiaa ja kapeuttaa hänen elämänpiiriään. Vastaavasti tukemalla ja ylläpitämällä yksilön toimintakykyisyyttä voidaan edistää hänen itsenäistä selviytymistään ja elämänlaatuaan. (Sprangers ja Schwartz 1999, Menzel ym. 2002, Vaarama ja Ylönen 2006) Ikääntyneen toimintakyky ennustaa elossa säilymistä, laitoshoidon tarvetta ja kognitiivista toimintakykyisyyttä tulevaisuudessa, sillä hyvä fyysinen ja psyykinen toimintakyky sekä sosiaalinen aktiivisuus aikaisemmissa elämänvaiheissa edesauttavat säilyttämään nämä ominaisuudet myöhemmälläkin iällä (Heikkinen 2002, van Hooren ym. 2005).

lääkkäiden terveyttä ja hyvinvointia voidaan tutkimustulosten mukaan edistää luomalla edellytyksiä tasavertaiseen aktiiviseen osallistumiseen liikuntaharrastusten ja sosiaalisen tuen turvaamisen avulla (Lyyra 2006, Lyyra ja Heikkinen E 2006). Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien vanhusten toimintakyvyn ylläpitämisessä on henkilökunnalla keskeinen rooli. Ikääntyneen toimintakyvyn parantaminen on usein haasteellista, eikä tuloksia aina saavuteta yrityksistä huolimatta. Toimintakyvyn heikkenemisen estäminen on kuitenkin erittäin tärkeää, sillä sen vaikutus yleiseen terveydentilaan, emotionaaliseen hyvinvointiin ja koettuun elämänlaatuun on suuri. (Resnick 2000, Richardson ym. 2001) Käytännön hoitotyössä ja päivittäisissä toiminnoissa on olennaista ottaa huomioon yksilön todellinen suoriutumiskyky ja se mitä yksilö itse tekee tai hänen annetaan tehdä. Liikkumaan kykenevillä vanhuksilla on nivelten liikeratojen säilyttäminen ja kävelynopeuden ylläpitäminen tärkeää. Seisomatasapaino vaikuttaa suuresti päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen yksin tai avustettuna. Molemmat tekijät vaikuttavat siihen, miten yksilö pystyy ympäristössään liikkumaan ja sekä siirtymään paikasta toiseen, kuten nousemaan vuoteesta, siirtymään tuolille tai wc:hen. Monien toimintojen ylläpitämiseen voivat vaikuttaa hoitohenkilöstö ja fysioterapeutit jokapäiväisessä työssään. (Richardson ym. 2001)

Toimintakyvyn alkaessa heikentyä ensimmäiset vaikeudet ilmenevät yleensä IADL-toiminnoissa (Lawton 1991b, Branch ja Hoenig 1997, Laukkanen 2003). ADL-toimintojen heikentyessä muutokset heijastuvat myös sosiaaliseen käyttäytymiseen, ajankäyttöön, subjektiiviseen elämänlaadun kokemiseen sekä yleiseen psykologiseen hyvinvointiin (Lawton 1991b). Yksilön toimintakykyä voidaan arvioida esimerkiksi havainnoimalla, haastattelemalla tai kyselykaavakkeilla sekä tekemällä erilaisia mittauksia. Ikääntyneitä varten on kehitelty heille sopivia mittareita (mm. Ikivihreät ADL indeksi), jotka ottavat huomioon iän mukanaan tuomia vaikutuksia toimintakykyyn (Laukkanen ym. 2001).

Kysyttäessä ikääntyneen käsitystä omasta koetusta terveydestään yksinkertaisella kysymyksellä ”millaiseksi koette tällä hetkellä oman terveytenne” saadut vastaukset ennustivat jäljellä olevaa elinikää jopa paremmin kuin objektiiviset terveystmittarit. Itse arvioitu terveys kuvaa laajasti erilaisia terveyteen liittyviä tekijöitä, joita ei aina objektiivisesti tutkittaessa ole otettu huomioon. Ihmisen terveyteen, toimintakykyyn ja

elämänlaatuun voidaan vaikuttaa vielä hyvinkin iäkkäänä. Fyysiseen toimintakykyyn liittyvien tekijöiden lisäksi psykososiaaliset tekijät, kuten koettu sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys ovat tärkeitä iäkkäiden terveydelle. Samat tekijät, jotka ovat yhteydessä iäkkäiden ihmisten hyvään elämänlaatuun, ovat myös tekijöitä, jotka pidentävät yksilön elinaikaa. Iäkkään väestön kuolleisuuden riskitekijöiden ymmärtäminen edesauttaa erilaisten riskiryhmien tunnistamista ja siten terveyden ja toimintakyvyn heikkenemistä ehkäisevien toimien kehittämistä. (Lyyra 2006)

Vanhusten sairaanhoidon tavoitteina ovat fyysisten ja henkisten kärsimysten lievittäminen ja toimintakykyisen eli laadukkaan elämän turvaaminen. Useimmat sairaimmistakin vanhuksista pitävät elämäänsä mielekkäämpänä kuin kukaan ulkopuolinen arvioija. (Menzel 2002, Tilvis 2003) Ikääntyneen monisairaana potilaan arvioinnissa muodostetaan kokonaiskuva yksilön terveydentilasta ja toimintakyvystä, jotta voidaan tehdä päätöksiä raskaiden tutkimuksien tai hoitojen mielekkyydestä. Toimintakykyä tarkastellaan fyysisen toiminnan (motoriikka, liikkuminen, voima, tasapaino), kognitiivisen toiminnan (orientaatio, muisti, kommunikaatio) emotionaalisen toiminnan (mieliala, aloitekyky, ahdistuneisuus) sekä päivittäisten toimintojen (perus- ja instrumentaalitoiminnot) suhteen. Nämä havainnot vaikuttavat vanhuksen hoitoon, kuntoutusmahdollisuuksiin, avun tarpeeseen, sosiaalietuuksiin sekä hoitopaikan valintaan. (Tilvis 2003)

3.2 Elämänlaadun psyykinen ulottuvuus

Psyykkisen toimintakyvyn käsite on vielä vakiintumaton ja se on aina suhteessa ympäristön yksilölle asettamiin vaatimuksiin, odotuksiin ja reunaehtoihin. Psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät olennaisena osana kognitiiviset eli tiedonkäsittelyyn liittyvät toiminnot, kuten havaitseminen, muisti, oppiminen, ajattelu ja kielitaito. Psyykinen terveys eli mielenterveys luo edellytykset psyykkiselle toimintakyvylle. Lisäksi psyykkisellä hyvinvoinnilla on keskeinen asema ikääntyneen tulevaisuuden ennusteelle, kuten laitokseen joutumiselle, dementoitumiselle ja kuolleisuudelle (Pitkälä ym. 2006). Psyykinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Tähän kuuluvat esimerkiksi mieliala, itsearvostus, haasteista selviäminen ja omat voimavarat. (Martelin ym. 2004)

lökkäänä joutuu usein arvioimaan omien fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen riittävyttä päivittäisiin toimintoihin. Mitä kykenevämmäksi ihminen kokee itsensä käsittelemään erilaisia elämänmuutoksia, sitä enemmän hänellä on voimavaroja kohdata myös ikääntymiseen liittyviä menetyksiä ja toimintakyvyn heikkenemistä. Elämänmuutostilanteissa olemassa olevat voimavarat, kuten terveys, kognitiivisten toimintojen taso ja sosiaalinen tuki, ovat tärkeässä asemassa. (Ruoppila 2002) Ikääntyneiden elämään tyytyväisyyttä tutkittaessa on havaittu sosiaalisen verkoston, itsemääräämisen tunteen, itse arvioidun terveyden ja masentuneisuuden olevan merkittäviä tekijöitä. Nämä subjektiiviset kokemukset ovat vahvemmin yhteydessä elämään tyytyväisyyteen kuin lääketieteellisesti arvioitu terveydentila tai toimintakyky mittareiden antamat tulokset. Terveydentilaa ei siten voida yksiselitteisesti rinnastaa elämänlaatuun. (Covinsky ym. 1999, Fassino ym. 2002, Berg ym. 2006, Lyyra 2006)

Toimintakyvyn eri ulottuvuudet liittyvät toisiinsa monin tavoin. Muutokset fyysisessä toimintakyvyssä voivat johtaa psyykkisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Esimerkiksi lihaskunnan alenemisen johdosta ihminen liikkuu vähemmän ja siitä saattaa seurata syrjään vetäytymistä ja yksinäisyyttä, mikä puolestaan altistaa masennukselle. (Noppi ja Leinonen 2005) Toisaalta masentuneilla on lisääntynyt riski toimintakyvyn heikkenemiseen, mikä liittyy osittain fyysisen aktiivisuuden ja sosiaalisen kanssakäymisen vähenemiseen (Penninx ym. 1999). Depressiolla on todettu olevan yhteyttä ADL-toiminnoista suoriutumisen ja liikkumiskyvyn heikkenemiseen (Penninx ym. 1999, Richardson ym. 2001, Boyle 2005). Lisäksi painonlasku ja masentunut mieliala yhdessä johtavat usein lihasvoiman heikkenemiseen ja sitä kautta toimintakyvyn laskuun (Richardson ym. 2001).

Merkityksellisiksi koettujen sosiaalisten kontaktien puute aiheuttaa usein yksinäisyyttä. Monille iäkkäille on vaikeaa myöntää ulkopuolisille olevansa yksinäinen, vaikka pitkäaikainen yksinäisyyden kokemus voi olla vakava, vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä ja itsenäistä selviytymistä uhkaava tekijä. Masentunut mieliala yhdessä yksinäisyyden kanssa aiheuttaa haluttomuutta ja / tai kyvyttömyyttä sosiaaliseen kanssakäymiseen, joka puolestaan saattaa alentaa vanhuksen muutakin toimintakykyä ja hyvinvointia. (Blazer 2002, Holmen ja Furukawa 2002,

Tiikkanen ja Heikkinen 2005) Masentuneisuus on ikääntyneiden joukossa yleistä; yli kolmannes 85 vuotiaista naisista ja miehistäkin lähes saman verran kärsii depressiosta. Toimintakyvyn heikkeneminen ja erityisesti näkökyvyn voimakas aleneminen on masentuneisuuden suurimpia riskitekijöitä. (Heikkinen ja Kauppinen 2004) Toisaalta mielialan madaltuminen ja depressiivisyys voivat olla dynaaminen ja ajoittainen olotila, joka korjaantuu syiden väistyttyä tai elämäntilanteen muututtua paremmaksi sopeutumisen tai muun tapahtuman kautta (Heikkinen ja Kauppinen 2004, van den Brink ym. 2006).

3.3 Elämänlaadun sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalinen toimintakyky puolestaan koostuu kyvystä toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Tähän liittyvät läheisesti suhteet ystäviin ja omaisiin, osallistuminen ja suhteiden sujuvuus. Toisaalta vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys määrittävät sosiaalista toimintakykyä. (Martelin ym. 2004) Sosiaalisen tuen merkitys erityisesti ikääntyneiden naisten kohdalla on hyvin suuri. Emotionaalinen läheisyys, itsensä tärkeäksi ja merkitykselliseksi kokeminen, hallinnan ja johonkin kuulumisen tunne sekä mahdollisuus huolenpidon osoittamiseen ja aktiiviseen toimijuuteen ovat olennaisen tärkeitä ikääntyneiden naisten eliniän ja elämänlaadun kannalta. Näiden edellytysten ja sitä kautta heidän terveytensä ja hyvinvointinsa tukeminen sosiaalisten innovaatioiden ja interventioiden avulla onkin eräs tulevaisuuden haaste. (Blazer 2002, Glass ym. 2006, Lyyra ja Heikkinen R-L 2006, Pitkälä ym. 2006) Westburg (2003) on tutkinut nauramisen ja huumorin vaikutusta ikääntyneen sekä häntä hoitavien henkilöiden elämässä. Huumori auttaa usein sopeutumaan vaikeiltakin tuntuviin asioihin, kuten itsenäisyyden vähenemiseen toimintakyvyn heikentyessä. Nauru poistaa stressiä, saa olon tuntumaan paremmalta, positiivisemmalla ja energisemmältä. Lisäksi se luo yhteenkuuluvuuden tunnetta ja toiveikkuutta selviytyä aluksi ikävältäkin näyttäneistä tilanteista.

Lyyra (2006) on tutkinut sosiaalisen tuen vaikutusta iäkkäiden ihmisten elämään tyytyväisyyteen ja kuolleisuuteen. Eräs tärkeimmistä voimavaroista on elämänhalu; ikääntyneen kokemus siitä, että häntä tarvitaan ja arvostetaan antavat voimia ja

motivoivat huolehtimaan itsestä ja terveydestä. Pitkäikäisyyteen liittyy useimmiten positiivinen elämänasenne ja elämään tyytyväisyys, jotka ylläpitävät aktiivista elämäntyyliä, edesauttavat sosiaalista kanssakäymistä ja sitä kautta sosiaalisen tuen saamista. Tyytyväisyys etenkin tämänhetkiseen elämään pidentää tutkimuksen mukaan elinikää, sen sijaan mennyt elämä ja saavutukset eivät yli kahdeksankymmentävuotiailla olleet enää niin tärkeitä. Positiiviseen elämänasenteeseen liittyy vanhenemismuutoksiin sopeutumisen kannalta myös merkityksellisiä psykologisia mekanismeja tai kompensatiokeinoja. Glass ym. (2006) ovat seuruututkimuksessaan todenneet merkityksellisiksi koettujen sosiaalisten roolien suojaavan ikääntyntä masennukselta muun muassa lukuisten ruumiintoimintojen aktivoitumisen (kognitiiviset, neuromuskulaariset, sydän- ja verisuoniperäiset toiminnot jne.), coping-keinojen ja muiden psykologisten resurssien vahvistumisen myötä.

Sosiaaligerontologisessa tarkastelussa toimintakyvyn tarkastelun painopiste on ikääntyvän yksilön henkilökohtaisien ominaisuuksien sijaan arkisissa toiminnoissa, tilanteissa ja toimintakäytännöissä, jolloin voidaan analysoida esimerkiksi laitosten arkista päivärytmiä sisältöineen tai hoitopaikkojen toiminta- ja työskentelykulttuureita. (Jyrkämä 2003) Gerontologisessa ja geriatrisessa työssä omaisten mukaan ottaminen vanhuksen hoitoon ja sosiaalisen verkoston tukeminen on olennaisen tärkeää ikääntyneen elämänlaadun kannalta (Janzen 2001, Pitkälä ym. 2006). Turvallisuuden tunteen edistäminen, autonomian tukeminen ja valinnanmahdollisuuksien luominen ovat osa hyvää hoitoa ja hoivaa (Tilden ym. 2002, Boyle 2005, Pitkälä ym. 2006). Arvostava kohtaaminen kaikessa toiminnassa tukee osaltaan elämänlaatua ja hyvää hoitoa (Coventry 2006).

3.4 Elämänlaadun ympäristöulottuvuus

Elämänlaadun eri ulottuvuuksien merkityksellisyydet painottuvat eri tavoin iän, sairauksien, toimintakyvyn, asuinympäristön ja avuntarpeen myötä (Jylhä 2006, Savikko ym. 2006). Lawtonin (1991b) mukaan yksilön elämänlaatu rakentuu tasapuolisesti toiminnallisen kompetenssin, objektiivisen ympäristön ja subjektiivisen elämänlaatukokemuksen myötä. Siihen liittyy siten sekä yksilön sisäinen että

sosiaalis-normatiivinen ulottuvuus, joka kuvastaa yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta (Lawton 1997).

Verbrugge ja Jette (1994) sekä Tilden ym. (2002) ovat tutkimuksissaan saaneet vahvistusta fyysisen ympäristön merkityksellisyydestä yksilön toimintakykyisyyden ja elämänlaadun kannalta. Ympäristöä muokkaamalla on mahdollista vaikuttaa yksilön selviytymiseen, sillä toimintakyvyttömyys voidaan määritellä kuiluksi yksilön kykyjen ja ympäristön vaatimusten välillä. Savikko ym. (2006) yhtyvät näkemykseen siitä, että ympäristö, sen turvallisuus ja hallittavuus vaikuttavat yksilön autonomiaan, valinnan mahdollisuuksiin, kykyyn liikkua ja ylläpitää sosiaalisia suhteita, saada mielekästä tekemistä ja tärkeitä yhteisöllisiä rooleja. Oikeanlainen ympäristö voi auttaa ikääntyntä ylläpitämään identiteettiään ja mielekästä elämää sairaana ja huonokuntoisenakin. Boyle (2004) on tutkimuksessaan havainnut, ettei kotona asuminen takaa suurempaa itsemääräämisoikeutta verrattuna laitoksessa asumiseen, sillä toimintakyvyn aleneminen saattaa kotioloissa rajoittaa valinnanmahdollisuuksia ja toimintaa laitosympäristöä enemmän.

Lawtonin kehittämä ”environmental fit” -malli (Lawton 1991a) korostaa elinympäristön merkitystä ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun tarkastelussa. Sen mukaan toimintakyvyn alentuessa ympäristön merkitys korostuu, sillä sen asettamat esteet ja edellytykset yhdessä ympäristön antaman tuen kanssa määrittävät suurella määrin huonokuntoisen yksilön suoriutumista päivittäisistä toimista. Tämä puolestaan vaikuttaa osaltaan koettuun elämänlaatuun. Toisin sanoen, mitä huonokuntoisempi vanhus on, sitä merkityksellisempää hänelle on saada juuri hänen yksilöllisiin tarpeisiinsa sopivaa, oikein ajoitettua tukea ympäristöltä. Fyysisten ja psykososiaalisten voimavarojen sekä ympäristön välinen yhteensopivuus ovat siis keskeinen tekijä. Ympäristön tukeen mallissa katsotaan kuuluvan paitsi fyysinen ja emotionaalinen ympäristö, myös apu, palvelu ja hoito. Lawtonin mallilla on ollut keskeinen rooli gerontologisessa toimintakyky- ja elämänlaatututkimuksessa (Vaarama 2006b, Vaarama ja Ylönen 2006).

Guse ja Masesar (1999) ovat tarkastelleet elämänlaatua ja onnistunutta ikääntymistä pitkäaikaisessa laitoshoidossa asiakkaan näkökulmasta. Laitoshoitoon siirtyminen tuo yksilön elämään monenlaisia muutoksia. Näitä ovat esimerkiksi erilainen fyysinen

ympäristö, muuttuvat suhteet sukulaisten ja ystävien kanssa, henkilökuntaan tutustuminen sekä muutokset yksityisyydessä ja laitoksen päivärytmin vaikutus henkilökohtaisten valintojen tekemiseen. Odotukset elämänlaadun suhteen saattavat olla erilaisia laitoksessa asuvilla verrattuna kotona asuviin vaikka yhteisiäkin elämänlaadun määrittäjiä on paljon. Yksityisyys koetaan tärkeäksi, oma huone ja mahdollisuus peseytyä rauhassa tukevat tätä tavoitetta. Sosiaalinen kanssakäyminen erityisesti ystävien ja perheen kanssa, oma kokemus hyvinvoinnista ja hyvä ruoka ovat myös elämänlaatua kohottava tekijä. Mahdollisuus liikkumiseen, vaikkapa pyörätuolin avulla, riippumattomuus muiden avusta ja koettu terveys ovat tärkeitä samoin kuin valinnan vapaus omien tekemisten suhteen.

Aikaisemmista tutkimuksista poiketen Gusen ja Masesarin (1999) tutkimuksessa nousi esille luonnon merkitys ja yksilön tarpeellisuuden kokemus, joita ei perinteisesti ole yhdistetty elämänlaadun tutkimuksiin pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevilla vanhuksilla. Luonto ja siitä nauttiminen ovat usein ihmiselle merkityksellisiä myös vanhana ja huonokuntoisenakin, mutta joissain paikoissa siihen tarjoutuvat tilaisuudet ovat äärimmäisen harvassa. Kokemus yksilön omasta hyödyllisyydestä ja toisille avuksi olemisesta ovat tärkeitä myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevalle. Sitä voidaan toteuttaa muun muassa ottamalla asukkaita mukaan päivittäisten askareitten tekemiseen laitoksessa. Näitä asioita kannattaisi huomioida nykyistä enemmän, sillä kysymys on usein luovien toimintamallien puuttumisesta. Resurssien niukkuus on useimmissa paikoissa tosiasia, mutta se ei saisi estää etsimästä uusia tapoja tukea asukkaiden elämänlaatua.

Brocklehurst ja Dickinson (1996) korostavat hoitosuunnitelmien parempaa hyödyntämistä yksilöiden tottumusten ja toiveiden esiin tuojina. Suunnitelman laadinnan tai päivittämisen yhteydessä voi samalla selvittää arjen sujumiseen vaikuttavia seikkoja, jotka voivat lisätä vanhuksen elämänlaatua ja tuoda turvaa sekä kodikkuutta hoitoympäristöön. Bergman-Evans (2004) toteaa tutkimuksessaan elämänlaatua parantavien interventioiden olevan fyysisten menetelmien kanssa yhtä tärkeitä. Yksinäisyys, pitkästyminen ja avuttomuuden kokemukset ovat yleisiä laitoshoidossa olevilla asiakkailta ja niihin voidaan vaikuttaa erilaisin keinoin.

Hoitopaikalla on vaikutusta laitoshoidossa ja palveluasumisen piirissä olevan vanhuksen elämänlaatuun terveydentilan, sosiaalisen tuen sekä erilaisten yksilön persoonallisuuteen liittyvien tekijöiden lisäksi. Hoitopaikan toimintatavat päätösten toteutukseen, fyysisen ympäristön viihtyisyys ja mahdollisuudet toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä yhteydet perheisiin sekä ympäröivään yhteiskuntaan vaikuttavat vanhuksen elämänlaatuun. (Kane 2003) Sekä laitoshoidon että muun ympärivuorokautisen hoivan tavoitteena on tukea ikääntyneiden hyvää elämänlaatua, itsemääräämisoikeutta ja itsenäistä suoriutumista heidän toimintakyvystään riippumatta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a). Hoivatyön ideologiaan kuuluu mahdollisimman kuntouttava ja lämminhenkinen avustaminen kaikissa niissä arjen asioissa, joita ilman ikääntynyt ei tule toimeen. Hoivaa voidaan tuottaa erilaisissa ympäristöissä, mutta keskeistä on jatkuva huolenpito ja pyrkimys kodinomaisuuteen. (Räsänen 2006) Ikäihmisten laitoshoidon kuuluu hoivan ja hoidon lisäksi usein myös kuntouttavaa toimintaa. Laitoshoidon voi olla osavuorokautista, lyhytaikaista tai pitkäaikaishoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007a)

3.4.1 Pitkäaikainen laitoshoido

Laitoshoidon kustannuksia on pidetty kalliina avohoidon verrattuna, mutta nykyisin kotihoidon piiriin kuuluu yhä huonokuntoisempia vanhuksia ja heidän hoidon tarpeensa sekä siihen liittyvät kustannukset ovat nousseet huomattavasti. Laitoshoidossa olevilla vanhuksilla on tavallisesti toimintakyvyn vajauksia sekä jatkuvaa sairaanhoidon, avun ja huolenpidon tarvetta. Pitkäaikaishoivaa tarvitsevat ikääntyneet ovat terveyskeskussairaaloissa, mutta myös vanhainkodeissa asuu entistä sairaampia ja huonokuntoisempia vanhuksia. Asiakkaiden hoitoisuuden aste terveyskeskussairaaloitten ja vanhainkotien välillä on käynyt kovin epäselväksi. (Juva ym. 2002) Terveyskeskussairaaloissa on pitkäaikaishoitopaikkoja vain rajoitetusti. Niissä painopiste on enemmän lääketieteellistä osaamista vaativissa tehtävissä ja hoitoajat ovat lyhyitä. Käytännössä pitkäaikaishoito kuormittaa useita terveyskeskussairaaloita suunniteltua enemmän ja tukkii järjestelmän toimintaa. Hoitotyön ja lääkärityön välinen työnjako, yhteistyö ja jatkuvuus ovat tärkeitä

onnistumisen edellytyksiä hyvälle hoidolle. Tärkeä toimintaa ohjaava tekijä on työyhteisössä luotu ideologia vanhusten hyvästä hoidosta. (Räsänen 2006)

Välimuotoisten hoidon ja hoivan, kuten erilaisten tehostetun palveluasumisen muotojen tarve on viimeaikoina noussut yhä tärkeämmäksi keskustelun aiheeksi (Juva ym. 2002). Sairaalahoido on kallista ja kaikki eivät tehostettujenkaan tukitoimien avulla selviä kotona, vaikka he eivät sairaalatasoista hoitoa toimenpiteineen tarvitsekaan. Turrellin (2001) mukaan hoitokodeissa tulisi olla nykyistä enemmän valmiuksia vaativaankin hoitotyöhön, jotta raskasta sairaalahoidoa voitaisiin vähentää ja kohdentaa sitä välttämättä tarvitseville. Tutkimusnäyttöä tarvittaisiin vaikuttavuudesta elämänlaadun, kustannustehokkuuden sekä terveysvaikutusten osalta.

Hoivasairaala on pitkäaikaishoivan järjestämismuotona melko uusi. Toiminta on hyvin samantapaista kuin vanhainkodissa, mutta hoivaan sisältyy enemmän myös sairaanhoidollisia piirteitä. Se muistuttaakin paljon myös terveyskeskusten pitkäaikaisosastojen toimintaa, mutta hoivasairaalassa lääketieteellinen hoito on tukipalvelun asemassa ja pääpaino on hoitotyöllä. Hoivasairaala on terveydenhuollon vastine sosiaalihuollon hoivakodille ja toiminnan ideologiana on tarjota monipuolista ammatillista hoivaa. (Kukkonen 2002)

3.4.2 Palveluasuminen

Palveluasumista voidaan järjestää palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä tai yksittäisissä palveluasunnoissa. Palvelun tuottajina toimivat kunnat, yksityiset yrittäjät tai järjestöt. Nykyisen suuntauksen mukaisesti monia vanhainkoteja ja vanhustentaloja on muutettu palveluasunnoiksi. Kaikissa palvelutaloissa ei ole henkilökuntaa öisin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b) Tähän tutkimukseen on valittu mukaan sellaiset palveluasumisen muodot, joihin kuuluu myös yövalvonta, joka mahdollistaa ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan.

Palveluasuminen on tarkoitettu päivittäistä ulkopuolista apua tarvitseville vanhuksille ja siihen sisältyy sekä asunnon että palveluiden järjestäminen. Palveluasunnoissa

kiinnitetään huomiota erityisesti liikkumisen esteettömyyteen, turvapalveluihin ja apuvälineisiin. Palvelutaloissa on yleensä myös asukkaiden yhteistiloja ja monet niistä toimivat lähialueen vanhusten palvelukeskuksena. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007b)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen lähtökohtana on kiinnostus pitkäaikaisen laitoshoidon ja ympärivuorokautista hoivaa tarjoavan palveluasumisen piirissä olevien iäkkäiden ihmisten elämänlaatua ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä kohtaan. Taustalla on ajatus siitä, että näiden vanhusten koetun elämänlaadun kokemukseen vaikuttaa fyysisen ja psykososiaalisen ulottuvuuden ohella myös ympäristöulottuvuus, eli hoitopaikka, jossa vanhus asuu, hänen kotinsa.

Tutkimusongelmat:

1. Millaiseksi pitkäaikaisen, ympärivuorokautisen hoivan piirissä oleva iäkäs ihminen kokee elämänlaatunsa?
2. Onko elämänlaadun kokemuksessa eroja sukupuolen, iän, kognitiivisen tai fyysisen toimintakyvyn suhteen?
3. Onko hoivan muoto (laitoshoito vs. palveluasuminen) tai siellä asuttu aika yhteydessä koettuun elämänlaatuun?
4. Onko hoitopaikan sijainti yhteydessä elämänlaadun kokemukseen?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

5.1 Tutkimusaineisto

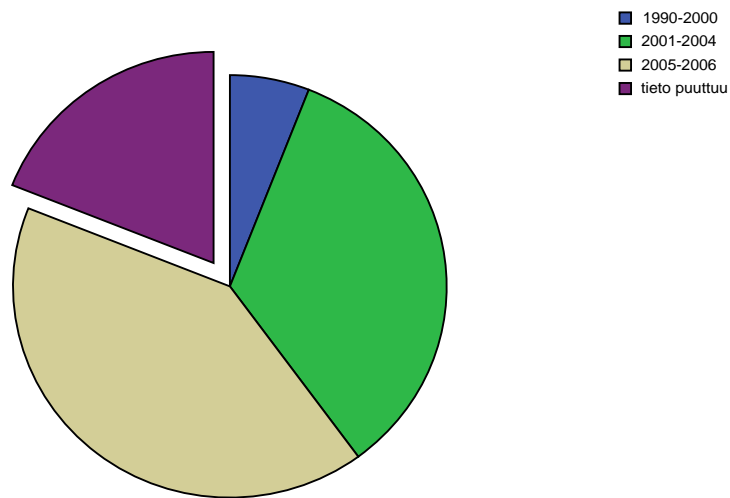
Tämä pro gradu – työ on osa laajempaa tutkimusta (Räsänen, julkaisematon aineisto), jossa ovat mukana yhdentoista keskisuomalaisen kunnan alueelta vanhusten ympärivuorokautista, pitkäaikaishoivaa antavat yksiköt. Mukana ovat terveyskeskussairaalat, vanhainkodit, hoivasairaalat sekä palveluasumisyksiköt, joissa on yövalvonta. Yksityisiä palveluntuottajia on mukana, mikäli kunta ostaa niiltä merkittävän osan hoivapalvelujaan. Yhteensä näissä yksiköissä on hoidettavana 1377 vanhusta (perusjoukko).

Tämän tutkimuksen aineisto muodostuu 253 pitkäaikaishoidossa olevan vanhuksen haastattelusta. Mukaan otettiin kaikkiin elämänlaatua kartoittaneisiin kysymyksiin vastanneet, vähintään 65-vuotiaat henkilöt. Haastattelut suoritti ulkopuolinen henkilö hoitolaitoksissa, joissa haastateltavat asuivat. Haastatteluun osallistuneiden iäkkäiden MMSE- pisteet olivat vähintään 15. Mikäli MMSE- arvoa ei ollut käytettävissä, hoitohenkilökunta arvioi potilaan kognitiiviset edellytykset suoriutua haastattelusta. Tutkimuskriteerit täyttävistä haastatelluista naisia oli 75 %. Ikäjakauma oli suuri, vanhin oli syntynyt vuonna 1904 ja nuorin vuonna 1941. Eniten tutkimusaineistossa oli 76-85-vuotiaita, toiseksi suurin ikäryhmä oli 86-95-vuotiaat. Keski-ikä koko aineistossa oli 82,9 vuotta ja vaihteluväli 65-102. Tutkimukseen osallistuneiden asuinkuntakohtainen jakauma esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistuneiden asuinkunnat.

	Haastateltujen määrä	%
Jyväskylä	102	40,3
Jyväskylän mlk	47	18,6
Korpilahti	26	10,3
Keuruu	12	4,7
Multia	15	5,9
Uurainen	12	4,7
Toivakka	10	4,0
Petäjävesi	9	3,6
Hankasalmi	8	3,2
Muurame	6	2,4
Laukaa	6	2,4
Yhteensä	253	100,0

Pitkäaikaiseen laitoshoidon tai ympärivuorokautisesti tuettuun palveluasumiseen siirtymisen ajankohta oli tiedossa 81 %:lla haastatelluista. 2000-luvulla hoivan piiriin oli tullut 192 vanhusta (haastatteluvuonna 2006: 37). Kuviosta 4 näkyy, että pääosa tutkimusaineiston iäkkäistä oli ollut vasta melko lyhyen aikaa ympärivuorokautisen hoivan piirissä. Ennen vuotta 2000 laitoshoidon piiriin tulleita on aineistosta vain noin 6 %.



Kuvio 4. Pitkäaikaisen laitoshoidon tai ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piiriin muuttamisen ajankohta.

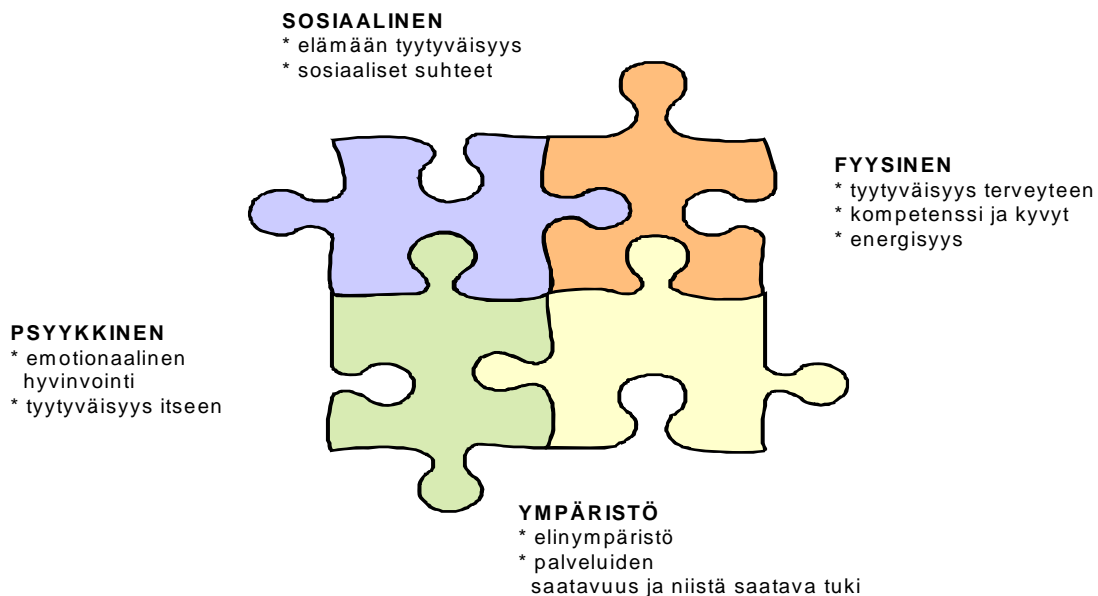
5.2 Mittarit

5.2.1 Care Keys -mittaristo

Care Keys -mittarin elämänlaatua tarkasteleva osio pohjautuu Maailman terveysjärjestöjen elämänlaatumittarin lyhyeen versioon (WHOQOL-BREF). Mittari jaottelee elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen. Siihen sisältyvät myös yleismittarit koetusta terveydestä ja elämänlaadusta. Kyseisen mittarin on todettu mittaavan melko kattavasti ikääntyneiden elämänlaadun ulottuvuuksia. (Pitkälä ym. 2006) Käytetyt tiedonkeruuvälineet on valittu pilotoimalla niiden soveltuvuus vanhusten koti- ja laitoshoitoon. Tämän perusteella arvioitiin, että henkilöt, joiden kognitiopisteet (MMSE) ovat vähintään 15 kykenevät vastaamaan mittariston kysymyksiin. (Vaarama ja Ylönen 2006) Elämänlaatua kartoittavassa mittarissa on yhteensä 16 kysymystä ja vastausvaihtoehdot ovat viisiluokkaisia. Suurempi arvo tarkoittaa parempaa elämänlaatua. Tulokset raportoidaan muuntamalla eri ulottuvuuksien pisteet

skaaloiksi. Tulkinnessa viitearvoina voidaan pitää aikaisempia kansainvälisiä tutkimustuloksia Care Keys tuloksista, jossa aineistona 341 asiakkaan vastaukset. (Muurinen ym. 2006)

Care Keys - mittarin 16 elämänlaatua kartoittaneesta kysymyksestä muodostettiin fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöolottuvuuden summamuuttujat mittarin taustalla olevan hyvinvoinnin tuotantoteorian mukaisesti. Kuviossa 5 esitetään koetun elämänlaadun ulottuvuudet ja niiden keskeiset sisällöt.



Kuvio 5. Koetun elämänlaadun ulottuvuudet ja keskeiset sisällöt. (Pieper ym. 2008)

Summamuuttujien arvot skaalattiin asteikolle 0-100 (0=huonoin arvo, 100=paras mahdollinen) niiden keskinäisen vertailtavuuden mahdollistamiseksi. Jokaisessa ulottuvuudessa alin arvo oli 0 ja korkein 100. Taulukossa 2 esitetään summamuuttujiin sisältyvät haastattelulomakkeen kysymykset.

Taulukko 2. Elämänlaadun eri summamuuttujien kysymykset.

Summamuuttuja	Asiakashaastattelulomakkeen kysymykset
Fyysinen	<ul style="list-style-type: none"> - Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäksenne toimimaan päivittäisessä elämässänne? - Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne? - Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista? - Onko Teillä riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?
Psyykinen	<ul style="list-style-type: none"> - Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana? - Hermostutteko helposti? - Kuinka paljon nautitte elämästänne? - Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon? - Kuinka tyytyväinen olette itseenne?
Sosiaalinen	<ul style="list-style-type: none"> - Tunnetteko itsenne yksinäiseksi? - Kuinka tyytyväinen olette ystäviltänne saamaanne tukeen? - Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiin?
Ympäristö	<ul style="list-style-type: none"> - Missä määrin Teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan? - Kuinka tyytyväinen olette mahdollisuuksiinne saada terveyspalveluja? - Onko Teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden? - Kuinka turvalliseksi tunnette olonne päivittäisessä elämässänne?

5.2.2 RAVA ja MMSE

Osalle haastatelluista oli tehty RAVA-arvio fyysisen toimintakyvyn kartoittamiseksi. Suomen Kuntaliiton (2002) julkaiseman oppaan mukaan RAVA-mittarin avulla on mahdollista arvioida yksittäisen vanhuksen toimintakykyä, sekä avun, kuntoutuksen ja palvelun tarvetta. Näin saadaan esimerkiksi tietoa siitä, missä toiminnoissa asiakas tarvitsee apua. Mittaria voidaan käyttää sekä avo- että laitoshoidossa. RAVA-indeksin minimiarvo on 1,29 ja maksimiarvo 4,02. Yli kolmen olevat RAVA-arvot

kertovat suuresta hoidon tarpeesta. Avuntarve tulee selkeimmin esille liikkumisen, pukeutumisen, syömisen ja peseytymisen arvioinnissa.

Tutkittavien kognitiivista kykyä arvioitiin MMSE-testillä (Mini-Mental State Examination), joka on perusterveydenhuollossa yleisesti käytössä arvioitaessa henkisen toimintakyvyn mahdollista heikentymistä. Testin tulos antaa karkean arvion mahdollisesta henkisen toimintakyvyn heikentymisestä, mutta toisaalta normaali tuloskaan ei sulje pois muistihäiriön mahdollisuutta. (Räsänen 2006)

5.3 Analyysimenetelmät

Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS 13.0 for Windows-ohjelman avulla. Kysymykset *"Kuinka paljon tarvitsette lääkettä pystyäksenne toimimaan päivittäisessä elämässänne?"* ja *"Oletteko yhtä onnellinen nyt kuin nuorempana?"* koodattiin uusiksi muuttujiksi. Muunnos tehtiin SPSS-ohjelman recode-toiminnalla vastaamaan muiden elämänlaatua mittaavien kysymysten vastausluokittelua.

Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfan avulla. Cronbachin alfa on yksi käytetyimmistä reliabiliteetin eli toistettavuuden mittareista, vaikkakin sitä on myös kritisoitu paljon. Arvoa 0,60 on pidetty alfan alimpana hyväksyttävänä arvona, vaikkakaan ei ehdottomana. (Metsämuuronen 2000a, 32-36 ja Metsämuuronen 2000b, 62-63) Elämänlaadun fyysistä ja psyykkistä ulottuvuutta kuvaavien summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot olivat melko korkeita (fyysinen 0,695, psyykinen 0,705). Sosiaalista ulottuvuutta kuvaava summamuuttuja sai arvon 0,571, joka olisi noussut arvoon 0,738 poistamalla kysymys *"Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?"* Summamuuttujaan olisi kuitenkin jäänyt vain kaksi kysymystä, joten summamuuttuja päätettiin pitää ennallaan, koska alfan arvo oli kuitenkin kohtuullinen. Ympäristöulottuvuutta kuvaavan summamuuttujan Cronbachin alfa-luku jäi huomattavan pieneksi ollen 0,320. Ympäristöulottuvuuden muuttujissa ei ollut osioita, jotka poistamalla reliabiliteetti olisi noussut. Metsämuuronen (2000b, 62) mukaan matalakin alfan arvo (0,60 luokkaa) voi olla kohtuullisen luotettava tulos, mikäli otoskoko on suuri.

Summamuuttujia tarkasteltiin normaalijakauman oletusten suhteen. Jakaumaoletukset eivät kaikilta osin täytyneet, joten analyysimenetelminä kokeiltiin riippumattomien otosten t-testin ja varianssianalyysin (ANOVA) lisäksi myös ei-parametrisia testejä. T-testin ei-parametrisena vastineena käytettiin Mann-Whitneyn U-testiä ja varianssianalyysin ei-parametrisena vastineena Kruskal-Wallis -testiä. Tulokset olivat samansuuntaisia parametristen testien kanssa ja siksi päädyttiin käyttämään parametrisia testejä. Varianssianalyysissä käytettiin Scheffén ja Tamhanen post hoc-testejä. Aineistossa kokeiltiin myös logaritmuunnosta, joka voi joissakin tapauksissa parantaa normaalijakauman oletuksen voimassaoloa. Tässä aineistossa summamuuttujien logaritmuunnoksilla ei ollut mainittavaa vaikutusta.

6 TULOKSET

6.1 Eri tekijöiden yhteys koettuun elämänlaatuun

6.1.1 Sukupuolen ja iän yhteys koettuun elämänlaatuun

Sukupuoli ei ollut yhteydessä koetun elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen eikä ympäristöulottuvuuteen. (Taulukko 3) Taulukosta 4 näkyy, että myöskään haastateltavan ikä ei ollut yhteydessä elämänlaadun eri ulottuvuuksiin.

Taulukko 3. Sukupuolen yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin.

QOL-ulottuvuus	miehet (n=63)	naiset (n=190)	p-arvo
Fyysinen	57,8 (20,3)	56,0 (20,9)	0,565
Psyykkinen	55,0 (15,2)	53,3 (22,3)	0,497
Sosiaalinen	69,4 (18,2)	68,5 (20,5)	0,759
Ympäristö	65,9 (20,1)	64,3 (19,8)	0,576

Taulukko 4. Iän yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL-ulottuvuus	ikäluokka			ANOVA p-arvo
	65-75 (n=41)	76-85 (n=111)	86-102 (n=100)	
Fyysinen	52,7 (19,5)	56,0 (21,6)	58,3 (20,2)	0,329
Psyykkinen	50,5 (20,8)	54,2 (20,8)	54,1 (20,7)	0,577
Sosiaalinen	67,4 (20,9)	71,0 (19,4)	66,8 (20,2)	0,283
Ympäristö	61,4 (21,3)	65,8 (19,1)	64,4 (20,0)	0,469

6.1.2 RAVA- ja MMSE-arvon yhteys koettuun elämänlaatuun

Fyysistä toimintakykyä kuvaava RAVA-arvo oli käytettävissä noin 61 %:lta haastatelluista (n=154). Vaihteluväli oli 1,33 - 3,92. Matalin arvo 1,33 kuvaa henkilön avun tarpeen olevan vain satunnaista ja tietyissä toiminnoissa ilmenevää. Korkein arvo 3,92 kertoo vanhuksen olevan täysin riippuvainen toisten avusta päivittäisissä toiminnoissaan ja tarvitsevan terveyskeskus- tai hoivasairaalan tasoista hoitoa. Keskiarvo 2,75 tarkoittaa henkilön tarvitsevan valvottua hoitoa tai ympärivuorokautista palveluasumista.

Haastatellun RAVA-luokalla todettiin olevan suuntaa-antavaa yhteyttä elämänlaadun fyysiseen ja ympäristöulottuvuuteen. RAVA-luokkaan 2 (RAVA=2-2,99) kuuluvat kokivat elämänlaadun fyysisen ulottuvuuden olevan suuntaa-antavasti parempi, kuin RAVA-luokkaan 3 (RAVA=3-4,02) kuuluvat. Parempi fyysinen toimintakyky näytti siis olevan yhteydessä tyytyväisyyteen terveydestä, lääkehoidon tarpeeseen, kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista ja riittävän tarmon kokemukseen. RAVA-luokkaan 1 (1,29-1,99) kuuluvat kokivat suuntaa-antavasti ympäristöulottuvuuden paremmaksi, kuin RAVA-luokkaan 2 kuuluvat. (Taulukko 5) Psykkiseen tai sosiaaliseen ulottuvuuteen RAVA-luokalla ei ollut yhteyttä.

Taulukko 5. RAVA-luokan yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	RAVA-luokka			ANOVA p-arvo	p-arvo		
	1) 1,29-1,99 (n=27)	2) 2-2,99 (n=61)	3) 3-4,02 (n=64)		1 vs 2	1vs3	2vs3
Fyysinen	57,3 (20,4)	60,5 (17,4)	52,3 (22,1)	0,073	0,855	0,663	0,064
Psyykkinen	55,8 (23,0)	54,2 (18,0)	49,5 (22,5)	0,308			
Sosiaalinen	73,4 (21,5)	71,2 (17,3)	68,3 (18,9)	0,453			
Ympäristö	74,1 (18,5)	63,5 (21,1)	66,7 (19,9)	0,081	0,081	0,281	0,685

Kognitiivista toimintakykyä kuvaava MMSE-arvo oli käytettävissä noin 55 %:lla haastatelluista (n=140). Keskiarvo oli noin 21 pistettä, mikä tarkoittaa lievää dementoitumista tai henkisen toimintakyvyn heikentymistä. MMSE-pisteiden vaihteluväli oli 15-30.

Haastateltujen kognitiivinen toimintakyky oli yhteydessä vain elämänlaadun sosiaaliseen ulottuvuuteen. Parhaimpaan MMSE-luokkaan kuuluvat kokivat olevansa tyytyväisempiä ystäviltä saatuun tukeen ja ihmissuhteisiinsa eivätkä kokeneet yksinäisyyttä siinä määrin kuin alempiin MMSE-luokkiin kuuluvat. (Taulukko 6)

Taulukko 6. MMSE-pisteiden yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	1) 15-17 (n=36)	MMSE-arvo		ANOVA p-arvo	p-arvo		
		2) 18-24 (n=73)	3) 25-30 (n=31)		1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
Fyysinen	60,9 (24,3)	56,0 (22,0)	58,3 (17,8)	0,534			
Psyykkinen	55,4 (26,1)	51,1 (20,3)	52,8 (20,8)	0,635			
Sosiaalinen	63,6 (24,1)	65,4 (19,5)	75,7 (16,7)	0,031	0,975	0,057	0,024
Ympäristö	63,4 (24,7)	63,0 (19,5)	71,0 (18,7)	0,185			

6.1.3 Hoivamuodon yhteys koettuun elämänlaatuun

Palveluasumisen piiriin kuuluvat vanhukset kokivat turvallisuutensa, mahdollisuutensa vapaa-ajan toimintaan, rahan riittävyyden ja tyytyväisyytensä terveyspalvelujen saatavuuteen (= elämänlaadun ympäristöulottuvuus) paremmiksi kuin laitoshoidossa asuvat. Ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p < 0,001$. Taulukossa 7 esitetään hoivamuodon yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin.

Taulukko 7. Hoivamuodon yhteys koetun elämänlaadun (QOL) ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	palveluasuminen n=135	laitoshoito n=118	p-arvo
Fyysinen	57,0 (21,2)	56,0 (20,3)	0,701
Psyykkinen	53,6 (22,1)	53,8 (19,2)	0,955
Sosiaalinen	70,5 (19,8)	66,7 (20,0)	0,132
Ympäristö	68,7 (20,5)	60,0 (18,1)	<0,001

6.1.4 Ympäri vuorokautisessa hoivassa asutun ajan yhteys koettuun elämänlaatuun

Aiemmin hoivan piiriin muuttaneet (1990-2000) olivat tyytyväisempiä ihmissuhteisiinsa, ystäviltä saatuun tukeen ja tunsivat itsensä vähemmän yksinäisiksi (=sosiaalinen ulottuvuus) kuin vuosina 2001-2004 hoivaan tulleet. He myös kokivat suuntaa-antavasti paremmaksi tyytyväisyytensä terveyteensä, kykynsä selviytyä päivittäisistä toimista ja energisyytensä (=fyysinen ulottuvuus), kuin vuosina 2001-2004 hoivaan tulleet. (Taulukko 8) Psyykkinen ja ympäristöulottuvuus eivät olleet yhteydessä hoivassa asuttuun aikaan.

Taulukko 8. Ympäri vuorokautisessa hoivassa asutun ajan yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	Laitokseen muuttovuosi			ANOVA p-arvo	p-arvo		
	1) 1990-2000 (n=15)	2) 2001-2004 (n=86)	3) 2005-2006 (n=104)		1 vs 2	1 vs 3	2 vs 3
Fyysinen	64,9 (16,4)	53,6 (19,6)	57,8 (22,3)	0,105	0,076	0,391	0,415
Psyykkinen	58,8 (17,3)	51,9 (19,6)	52,8 (22,4)	0,506			
Sosiaalinen	72,1 (8,0)	64,4 (20,6)	70,7 (21,4)	0,078	0,040	0,952	0,113
Ympäristö	62,8 (19,4)	65,0 (19,2)	64,0 (20,7)	0,897			

6.1.5 Hoivalaitosten sijainnin yhteys koettuun elämänlaatuun

Vertailtaessa hoivalaitosten sijainnin yhteyttä koettuun elämänlaatuun, todettiin että fyysinen ja psyykinen elämänlaadun ulottuvuus koettiin paremmiksi pienemmissä, alle 10 000 asukkaan kunnissa. (Taulukko 9)

Taulukko 9. Hoivalaitosten sijainnin yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	Kunnan asukasluku		p-arvo
	<10 000	>10 000	
Fyysinen	60,2 (18,7)	54,6 (21,6)	0,034
Psyykinen	58,5 (18,3)	51,2 (21,6)	0,008
Sosiaalinen	71,8 (17,6)	67,2 (21,0)	0,082
Ympäristö	63,2 (19,9)	65,4 (19,9)	0,396

6.1.6 Yksittäisten kysymysten tarkastelu suhteessa koettuun elämänlaatuun

Summamuuttujia muodostettaessa voi kadota yksittäisten kysymysten tuomaa tärkeää tietoa. Tämän vuoksi aineistoa tarkasteltiin vielä suhteessa yksittäisiin elämänlaatua kartoittaneisiin kysymyksiin. Taulukossa 10 esitetään ne kysymykset, jotka nousivat tilastollisesti merkitseviksi yksittäin tarkasteltuna. Tyytyväisyys elämään ja ihmissuhteisiin sekä mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan koettiin paremmiksi palveluasumisessa, tyytyväisyys ulkomuotoon puolestaan paremmaksi laitoshoidossa. Kysymysten asteikko on sama kuin alkuperäisessä kyselykaavakkeessa (1-5), korkeampi arvo kertoo paremmasta tuloksesta.

Taulukko 10. Yksittäisten kysymysten yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

Kysymys	palveluasuminen	laitoshoito	p-arvo
Missä määrin teillä on mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan? (<i>ympäristöulottuvuus</i>)	3,61 (1,3)	2,78 (1,2)	<0,001
Kuinka paljon nautitte elämästänne? (<i>psykykinen ulottuvuus</i>)	3,13 (1,0)	2,85 (1,0)	0,022
Oletteko tyytyväinen ulkomuotoon? (<i>psykykinen ulottuvuus</i>)	3,45 (0,9)	3,66 (0,8)	0,044
Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiin? (<i>sosiaalinen ulottuvuus</i>)	4,04 (0,9)	3,82 (0,8)	0,039

6.2 Sukupuolen yhteys elämänlaadun kokemiseen

Aineistoa tarkasteltiin myös sukupuoliryhmittäin. Haastateltujen miesten ikä, MMSE - pisteet, laitoksessa asuttu aika tai hoivalaitoksen sijainti eivät olleet yhteydessä koettuun elämänlaatuun. Hoivamuoto vaikutti tuloksiin siten, että palveluasumisen piirissä asuvat miehet (n=29) kokivat sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat asiat (ka 74,0) suuntaa-antavasti paremmiksi (p=0,065), kuin laitoshoidon piirissä asuvat miehet (ka 65,5; n=34). Toimintakyvyltään parhaimpaan RAVA-luokkaan (ka 87,0) kuuluvat miehet kokivat elämänlaadun sosiaalisen ulottuvuuden suuntaa-antavasti paremmaksi (p=0,076) kuin RAVA-luokkaan 2,00-2,99 (ka 67,8) kuuluvat (p=0,082).

Haastateltujen naisten ikä, MMSE- tai RAVA-arvo eivät olleet yhteydessä heidän kokemaansa elämänlaatuun. Hoivamuoto vaikutti elämänlaadun ympäristöulottuvuuteen siten, että palveluasumisessa (n=106) asuvat naiset kokivat

mahdollisuutensa vapaa-ajan toimintaan ja terveystalvelujen saantiin sekä turvallisuutensa (ka 68,6) paremmaksi kuin laitoshoidossa asuvat (ka 58,8), $p=0,001$. Vasta haastatteluvuonna tai vuotta aiemmin ympärivuorokautisen hoivan piiriin muuttaneet ($n=77$) kokivat sosiaalisen ulottuvuuden paremmaksi (ka 71,5), $p=0,042$, kuin vuosina 2001-2004 ($n=67$) hoivaan muuttaneet (ka 63,1), $p=0,060$. Pienempien kuntien hoivalaitoksissa asuvat naiset kokivat fyysisen ja psyykkisen elämänlaadun ulottuvuuden paremmaksi kuin suuremmissa kunnissa asuvat. (Taulukko 11)

Taulukko 11. Hoivalaitosten sijainnin yhteys haastateltujen naisten koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	Kunnan asukasluku		p-arvo
	<10 000 n=64	>10 000 n=126	
Fyysinen	60,0 (19,2)	54,0 (21,6)	0,063
Psyykinen	59,5 (19,5)	50,1 (23,1)	0,006
Sosiaalinen	71,6 (17,3)	67,0 (21,9)	0,113
Ympäristö	63,3 (18,5)	64,7 (20,5)	0,631

6.3 Eri hoivamuotojen aineistojen sisäinen vertailu

Tarkasteluja tehtiin myös erikseen laitoshoidon ja palveluasumisen aineistojen sisällä. Hoivamuodon mukaisesti jaetuille aineistoille tehtiin samat tarkastelut, kuin edellä on kuvattu. Palveluasumisen piirissä asuvien vanhusten osalta tulokset olivat pääpiirteittäin samansuuntaiset koko aineiston tulosten kanssa. Laitoksessa asutulla ajalla oli suuntaa-antavaa yhteyttä sosiaaliseen ulottuvuuteen siten, että vuosina 2001-2004 ympärivuorokautiseen hoivaan muuttaneet kokivat sen huonommaksi, kuin myöhemmin hoivaan tulleet ($p= 0,074$). Taulukossa 12 esitetään hoivalaitoksen sijainnin yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin palveluasumisen aineiston sisäisessä tarkastelussa. Pienemmissä kunnissa elämänlaadun fyysiseen,

psykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat asiat koettiin suurempia kuntia paremmiksi.

Taulukko 12. Hoivalaitosten sijainnin yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin palveluasumisen aineiston sisäisessä vertailussa (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	Kunnan asukasluku		p-arvo
	<10 000 n=30	>10 000 n=105	
Fyysinen	65,6 (17,2)	54,5 (21,7)	0,011
Psyykinen	66,5 (17,9)	49,9 (21,9)	<0,001
Sosiaalinen	77,0 (17,5)	68,7 (20,1)	0,042
Ympäristö	67,5 (21,1)	69,0 (20,4)	0,716

Myös pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuvien vanhusten osalta todettiin tulosten olevan pääpiirteittäin samansuuntaisia koko aineiston tulosten kanssa. Haastateltavan RAVA-luokka tai MMSE-pisteet eivät kuitenkaan olleet yhteydessä koetun elämänlaadun mihinkään ulottuvuuteen. Hoivalaitoksen sijainnilla ei ollut yhteyttä elämänlaatuun laitoshoidon sisäisessä vertailussa. (Taulukko 13)

Taulukko 13. Hoivalaitosten sijainnin yhteys koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin laitoshoidon aineiston sisäisessä vertailussa (keskiarvo, keskihajonta).

QOL- ulottuvuus	Kunnan asukasluku		p-arvo
	<10 000 n=56	>10 000 n=62	
Fyysinen	57,3 (19,0)	54,7 (21,6)	0,502
Psyykinen	54,2 (17,1)	53,3 (21,0)	0,797
Sosiaalinen	69,0 (17,1)	64,7 (22,3)	0,243
Ympäristö	60,9 (19,0)	59,3 (17,5)	0,636

7 POHDINTA

7.1 Tutkimuksen päätulokset

Tämän tutkimuksen kohteena oli pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja ympärivuorokautisesti tuetun palveluasumisen piirissä olevien vanhusten koettu elämänlaatu. Tutkimuksessa todettiin, että palvelutalossa, hoiva- tai palvelukodissa asuvat kokivat elinympäristönsä ja palvelut sekä niistä saamansa tuen paremmaksi kuin laitoshoidossa asuvat. Aiemmin hoivan piiriin muuttaneet (1990-2000) olivat tyytyväisempiä elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa kuin vuosina 2001-2004 hoivaan tulleet. Sukupuolella ja iällä ei ollut yhteyttä elämänlaadun kokemukseen.

Suuntaa-antavien tulosten mukaan fyysiseltä toimintakyvyltään hyväkuntoisimmat (RAVA 1,50-1,99) kokivat elämänlaadun ympäristöulottuvuuden paremmaksi, kuin huonokuntoisemmat (RAVA 2,00-2,99), jotka puolestaan kokivat fyysisen ulottuvuuden suuntaa-antavasti paremmaksi, kuin heikoimpaan RAVA - luokkaan kuuluvat. Tämä nostaa esiin ympäristön ja toimintakyvyn yhteyden. Ikääntyneen toimintakykyä voidaan tukea muokkaamalla fyysistä ympäristöä paremmin soveltuvaksi, käyttämällä tarvittaessa apuvälineitä ja tuomalla palveluita lähemmäs vanhuksia. Kompensaatiokeinot ja sopeutuminen auttavat vanhuksia suoriutumaan itsenäisesti tai avustettuna monista asioista. RAVA - pisteiden perusteella arvioitu fyysinen toimintakyky ei tulosten mukaan vaikuta koetun elämänlaadun psyykkiseen tai sosiaaliseen ulottuvuuteen, joten fyysisesti huonokuntoisenkin vanhuksen elämänlaatua voidaan ylläpitää muun muassa tarjoamalla edellytyksiä ylläpitää ihmissuhteita, omaa identiteettiä ja omanarvontuntoa.

Henkilöt, joita voidaan kognitioltaan pitää normaaleina tai lähes normaaleina, kokivat olevansa tyytyväisempiä elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa kuin alhaisemman MMSE - arvon saaneet. Pienemmissä kunnissa emotionaalinen hyvinvointi ja tyytyväisyys itseän sekä tyytyväisyys terveyteen, fyysinen kompetenssi ja energisyys koettiin paremmiksi kuin suuremmissa kunnissa.

Pienissä, alle 10 000 asukkaan kunnissa, koettiin elämänlaadun fyysinen ja psyykinen ulottuvuus paremmiksi kuin suuremmissa kunnissa. Voisiko paikkakuntakohtaisten erojen taustalla olla muun muassa työntekijöiden vähäisempi vaihtuvuus pienemmissä kunnissa verrattuna suureen kaupunkiin? Hoitosuhteen pysyvyys ja tutun ihmisen kanssa asioiminen edistävät luottamuksellisen suhteen syntymistä. Se saattaa vaikuttaa vanhuksen henkilökohtaiseen kokemukseen ja sitä kautta koettuun elämänlaatuun. Tässä tutkimuksessa ei tutkittu hoivapaikan koon yhteyttä koettuun elämänlaatuun, mutta pienissä kunnissa hoitolaitoksetkin ovat yleensä pienehköjä. Pienten ja suurten kuntien välillä esiin tullut ero fyysisessä ja psyykkisessä ulottuvuudessa viittaa siihen, että pienemmissä hoitolaitoksissa näihin ulottuvuuksiin liittyvät asiat voidaan huomioida paremmin yksilöllisestä näkökulmasta. Johtopäätösten tekemistä vaikeuttaa kuitenkin eri kuntien väliset rakenne-erot vanhustenhuollon järjestämisessä. Kaikissa tutkimuskunnissa ei ole erilaisia ympärivuorokautisen hoivan muotoja.

Tarkasteltaessa yksittäisten kysymysten yhteyttä koetun elämänlaadun ulottuvuuksiin, todettiin että tyytyväisyyttä elämään ja ihmissuhteisiin sekä mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan pidettiin parempina palveluasumisen piirissä. Tämä voi liittyä siihen, että ympärivuorokautistakaan palveluasumista ei hoivamuotona pidetä välttämättä niin laitospäivähoitoa, kuin perinteistä pitkäaikaista laitoshoidoa. Tyytyväisyyttä ulkomuotoon pitivät yllättäen parempana laitoshoidossa asuvat. Tämän voisi ajatella liittyvän siihen, ettei pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuvat eivät välttämättä pidä enää ulkonäöllisiä asioita keskeisinä.

Koko aineiston tasolla koetun elämänlaadun fyysisen (ka 56,5 vs 56,8) ja ympäristöulottuvuuden (ka 64,7 vs 67,9) keskiarvot vastasivat WHOQOL-Brefin Suomen laitoshoidossa olevien iäkkäiden viitearvoja. Psyykinen (ka 53,7 vs 58,2) ja sosiaalinen (ka 68,7 vs 73,1) ulottuvuus jäivät hieman heikommiksi. Tutkimuksen tulokset vastasivat myös Care Keys-mittariston fyysisen ja ympäristöulottuvuuden viitearvoja, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden jäädessä hiukan heikommaksi. Huusko ym. (2006a) muistuttavat, että ikääntyneiden elämänlaatua mitattaessa on erityisen tärkeää sisällyttää tarkasteluun sosiaalinen ulottuvuus, koska heikkokuntoisten iäkkäiden mahdollisuudet osallistua sosiaalisiin toimintoihin voivat olla heikentyneet tavalla, jota terveet ja nuoremmat henkilöt eivät koskaan itse

kohtaa. Hyvin heikkokuntoisten ikääntyneiden elämänlaatua voidaankin edistää sosiaalisen tuen ja kullekin henkilökohtaisesti mielekkäiden aktiviteettien avulla.

Aikaisempien tutkimusten (kts. esim. Vaarama 2004, Vaarama ym. 2004b) mukaan koettuun elämänlaatuun vaikuttavat yksilötekijät, sosiaaliset ja sosioekonomiset tekijät, asuin- ja elinympäristö, sosiaali- ja terveystalvet, henkilökohtainen autonomia, valinnanmahdollisuus ja kontrolli, vapaa-ajan aktiviteetit, liikunta ja muut harrastukset, psyykinen hyvinvointi ja onnellisuus sekä tyytyväisyys elämään ja subjektiivinen elämänlaatu. Guse ja Masesar (1999) totesivat tutkimuksessaan, että erityisesti pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevan vanhuksen elämänlaatuun oleellisesti vaikuttavia asioita ovat vuorovaikutus perheen ja ystävien kanssa sekä liikkumiskyvystä, riippumattomuuden tunteesta ja terveeksi itsensä kokemisen tunteesta koostuva hyvinvointi.

Ruoppila (2002) on todennut, että suurissa elämänmuutoksissa tarvitaan paljon erilaisia voimavaroja, kuten sosiaalista tukea. Heliker ja Scholler-Jaquish (2006) korostavat artikkelissaan psykososiaalisen tuen tarvetta vanhuksen siirtyessä laitokseen, sillä sekavuus, levottomuus ja ahdistuneisuus lisääntyvät usein vieraaseen ympäristöön jouduttaessa. Kodittomuuden tunne voi seurata pitkään ennen kuin vanhus oppii tuntemaan hoitohenkilökunnan ja laitoksen päivärytmin ja toimintakulttuurin. Pidempään hoivan piirissä asuneiden tyytyväisyyttä elämänlaadun sosiaaliseen ulottuvuuteen voinee selittää sopeutumisella tilanteeseen. Alle kaksi vuotta hoivassa asuneiden sosiaaliset suhteet lienevät tiiviimpiä verrattuna kauemmin laitos- tai palveluasumisessa olleisiin ja he saattavat kokea olonsa helpottuneiksi päästyään ympärivuorokautisen hoivan piiriin. Tätä ajatusta tukee se, että palveluasumisen piirissä olevien haastateltujen keskinäisessä vertailussa todettiin aiemmin (2001-2004) palveluasumisen piiriin muuttaneiden olevan tyytymättömämpiä elämäänsä ja sosiaalisiin suhteisiinsa kuin vähemmän aikaa hoivan piirissä olleet. Lyyran (2006) tutkimuksessa todettiin riittävän sosiaalisen tuen jopa pidentävän elinikää ja lisäävän tyytyväisyyttä elämään.

Laitoshoitoon joutuminen tai pääseminen, tilanteesta ja näkökulmasta riippuen, on suuri muutos kotona aikaisemmin itsenäisesti tai avun turvin selvinneelle vanhukselle. Laitostuminen ja toimintakyvyn romahtaminen tapahtuu helposti, jos

vanhuksen aktiivisuutta ei tueta riittävästi tai kunto on laitokseen tultaessa huono eikä toipumisen jälkeen kuntouttava toiminta lähde ripeästi käyntiin. Pitkäaikaiseen laitoshoitoon jääminen muuttaa vanhuksen elämää lähes kaikilla elämän alueilla. Kokonaisvaltainen yksilön tarpeista lähtevä hoito ja hoiva, joka huomioi fyysisten tarpeiden lisäksi myös psykososiaalisen ulottuvuuden ja ympäristön vaikutuksen, tukee parhaiten elämänlaadun kokemista hyväksi huonokuntoisenakin.

7.2. Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

lääkkäiden ihmisten koetun elämänlaadun tutkiminen on ajankohtainen aihe. Se on tärkeää paitsi inhimillisestä, myös palveluiden kehittämisen ja resurssien turvaamisen näkökulmasta. Elämänlaatu on kuitenkin laaja ja monimuotoinen käsite, jonka käsitteellistäminen ja mitattavaksi tekeminen on vaikeaa. Elämänlaadun mittaamisessa on olennaisen tärkeää pystyä määrittelemään, miten elämänlaatu juuri kyseisessä tutkimuksessa on määritelty ja rajattu (Lawton 1997). Elämänlaatumittareita on paljon ja niissä painottuvat eri asiat. Mittareita yhdistelemällä on yritetty luoda työvälinettä, jonka avulla voitaisiin kartoittaa elämänlaatua mahdollisimman kattavasti. Mittareiden soveltaminen ikääntyneiden tutkimiseen vaatii gerontologisen näkökulman huomioimista. Keskeisenä haasteena on löytää mittareita, jotka kykenevät huomioimaan nimenomaan vanhuksille itselleen merkitykselliset elämänlaadun ulottuvuudet. Yksilön näkökulmasta laadukkaan hoidon kriteereitä merkittävimiksi nousevat henkilökohtaiset kokemukset subjektiivisesti määritellystä elämänlaadusta.

Ympäristö, sosiaaliset suhteet ja merkitykselliset roolit sekä emotionaaliset tekijät ovat jääneet liian vähälle huomiolle useissa aiemmin käytetyissä menetelmissä (Pitkälä ym. 2006, Savikko ym. 2006). Ikääntyneen kannalta ympäristön vaatimusten ja omien kykyjen yhteen sopivuus on tärkeää, joten ympäristöulottuvuuden tarkastelu on hyvä sisällyttää elämänlaadututkimukseen. Mittarit korostavat usein ikääntyneille epäedullisia puolia, kuten sairautta ja toiminnanvajeita. Positiivisia hyvinvoinnin ulottuvuuksia, kuten kokemusta elämän merkityksellisyydestä, elämään tyytyväisyyttä ja onnellisuutta ei ole juurikaan tarkasteltu. Hyvä itsetunto on tärkeä tekijä elämänlaadun kokemiselle ja sitä voidaan tukea tarjoamalla kokemuksia, jotka

antavat tunteen kyvykkyydestä suoriutua itselle tärkeistä asioista. Aktiivisuus ja osallisuus tuovat positiivista sisältöä elämään.

Pitkälä ym. (2006) huomauttavat, että hyvänä mittarina pidetty WHOQOL-BREFkään ei mittaa kaikkia ulottuvuuksia, jotka ovat tärkeitä ikääntyneiden elämänlaadulle ja etenkin toisten avusta riippuvaisille, hauraille ikääntyneille. Care Keys -projektissa on pyritty löytämään kysymyspatteristo, joka kattaisi myös laitoshoidossa olevien vanhusten elämänlaadun osatekijät mahdollisimman laajasti. Kysymyksissä on huomioitu myös sellaisia tekijöitä, jotka elämänlaatututkimuksessa yleensä jäävät vähälle huomiolle. Voutilainen ja Vaarama (2005) toteavat erityisesti ympäristötekijöiden sekä psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arviointi jäävän liian vähälle huomiolle. Arvioinnin ulkopuolelle jäävät useimmiten ympäristötekijät, ikääntyneen sosiaalinen verkosto, epävirallisen avun saatavuus, turvattomuus ja taloudellinen tilanne.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että haastatteluihin osallistuivat vain iäkkäät, joiden MMSE - arvo oli vähintään 15 tai kyky vastata haastattelukysymyksiin oli muuten arvioitu riittävän hyväksi. Haastattelut suoritti ulkopuolinen henkilö, joka ei ollut hoitosuhteessa haastateltaviin. Tämä nostaa tutkimuksen luotettavuutta, koska ulkopuoliselle ihmiselle laitoshoidossa oleva uskaltanee todennäköisimmin kertoa todelliset ajatuksensa. Mikäli haastattelija olisi hoitosuhteessa vanhukseen, voisi negatiivisen palautteen antamiseen vaikuttaa pelko siitä, että palaute vaikuttaisi jatkossa hoidon laatuun. Toisaalta, erityisesti ympäristösummamuuttujan ja sosiaalisen summamuuttujan tulosten kohdalla herää ajatus siitä, ovatko vanhuset pyrkineet vastaamaan kysymyksiin liioitellun positiivisesti. Näiden summamuuttujien jakaumat ovat vasemmalle vinoja, eli suurin osa vastauksista on keskiarvoa suurempia. Tarkasteltaessa näiden kahden muuttujan sisältämiä kysymyksiä tarkemmin, huomataan että ympäristösummamuuttujan kysymysten (mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan, turvallisuuden tunne, terveyspalvelujen saanti ja rahan riittävyys) hyvä keskiarvo voi selittyä luontevasti sillä, että vanhus asuu ympärivuorokautisen hoivan piirissä. Samoin sosiaalisen summamuuttujan kysymyksillä (yksinäisyyden tunne, ystäviltä saatu tuki ja tyytyväisyys ihmissuhteisiin) voi olla yhteydessä ympärivuorokautiseen hoivaan, jossa ihmiskontakteja tulee luontevalla tavalla paljon. Toisaalta sosiaalista ulottuvuutta kuvaava summamuuttuja

olisi noussut poistamalla kysymys ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?” Summamuuttujaan olisi kuitenkin jäänyt vain kaksi kysymystä, joten summamuuttuja päätettiin pitää ennallaan, koska alfan arvo oli kuitenkin kohtuullinen. Olisiko tämä kysymys sopinut paremmin kuvaamaan elämänlaadun psyykkistä ulottuvuutta?

Tutkimustulosten luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi se, että asiakkaiden hoitoisuuden aste laitoshoidon ja palveluasumisen välillä on käynyt kovin epäselväksi. Rakennemuutosten myötä palveluasumisen piiriin tulee aiempaa huonokuntoisempia vanhuksia. Nykyisen suuntauksen mukaisesti monia vanhainkoteja muutetaan palveluasumisyksiköiksi. Vanhainkodista palveluasumiseksi muutetuissa paikoissa voivat asua samat vanhukset samoine tarpeineen, joten muuttuuko mikään muu kuin rahoitusmalli? Kuntarahoituksen kannalta tämä on edullisempi tapa järjestää palveluja, koska palveluasumiseen on mahdollisuus saada sosiaalietuuksia KELAlta mm. asumistuen ja lääkkeitä sekä palveluista saatavien korvausten muodossa. Laitospainotteisuuden vähentämisen perusteluna voidaan pitää niukkojen resurssien parempaa kohdentamista. Tämän tutkimuksen aineiston osalta ei ole tarkempaa tietoa siitä, oliko mukana sellaisia palveluasumisen yksiköitä, jotka ovat aiemmin olleet vanhainkoteja. Tämän tutkimuksen otoskoko oli melko suuri ja tutkimukseen osallistui useita palveluasumisen ja laitoshoidon yksiköitä Keski-Suomen alueelta. Joissain paikoissa vastausten lukumäärä ei ollut kovin suuri, mutta kokonaiskuvan muodostamisen kannalta riittävä.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suuntaa-antavina suunniteltaessa vanhusten yksilöllistä elämänlaatua huomioivaa hoitoa ja hoivaa. Eri ulottuvuuksien yhtäaikaista tarkastelua auttaa pitämään mielessä kokonaisvaltaisen, vanhusten yksilöllisistä tarpeista lähtevän suunnittelun hoito- ja hoivatyössä sekä palveluiden järjestämisessä. Huonokuntoisenkin vanhuksen elämänlaatua voidaan parantaa tukemalla psykososiaalista hyvinvointia ja rakentamalla kokonaisvaltaista elämänlaatua edistäviä hoitoympäristöjä. Elinympäristö, palvelut ja niiden tarjoama tuki koettiin paremmiksi palveluasumisessa, joten palveluasumista olisi hyvä painottaa hoidon järjestämisessä vanhuksen toimintakyvyn sen salliessa.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Pitkäaikaishoidon laatua kartoittavia tutkimuksia on tehty paljon (esim. Bowers 2001, Grant ym. 1996, Mattiasson ja Andersson 1997), mutta jatkossa voisi olla hyödyllistä tarkastella myös sitä, millaista laadukkaan hoitotyön pitäisi olla elämänlaadun tukemisen näkökulmasta. Voiko hoitotyön avulla tukea iäkkäiden kokemusta elämänlaadustaan? Mitkä asiat ovat keskeisiä koetun elämänlaadun kannalta ja mihin tekijöihin erityisesti pitäisi kiinnittää huomiota?

Elämänlaadun yksilöllisestä kokemisesta on tutkimuksen myötä herännyt monia kysymyksiä. Mistä seikoista tuo kokemus voi muodostua pitkäaikaista laitoshoidoa tarvitsevan vanhuksen kohdalla? Kuinka ympäristöllä ja hoidolla voidaan tukea edellytyksiä hyvään elämänlaatuun? Millaisia rakenteita ja toimintatapoja tarvitaan, jotta elämänlaatu tulee huomioiduksi parhaalla mahdollisella tavalla osana arjen työtä? Näiden asioiden selvittäminen olisi äärimmäisen tärkeää ihmisarvoisen loppuelämän turvaamiseksi kaikkein huonokuntoisimpienkin vanhusten kohdalla, joilla ei ole sosiaalista verkostoa turvanaan ja valvomassa heidän etujaan tai oikeuksiaan. Asioita mutkistaa vielä elämänlaadun kokemuksen subjektiivisuus; kuka ja millaisin perustein määrittelee heidän hyvänsä? Henkilöhistoria määrittää yksilön käsityksiä ja kokemuksia omasta itsestään ja siitä millaiseksi nykyinen tilanne koetaan suhteessa aikaisempaan elämään.

Hauraille, laitoksissa asuville vanhuksille sekä dementiaa sairastaville tarvitaan hyvin suunniteltuja ja juuri heidän tarpeitaan mittaavia spesifejä mittareita, jotka pystyisivät erottelemaan heille olennaisia elämänlaadun ulottuvuuksia. Lisäksi dementoituvien ikäihmisten määrä kasvaa aiheuttaen samalla toimintakyvyn alenemista ja avun tarpeen lisääntymistä ensin koti- ja omaishoidossa sekä myöhemmin tehostetussa palveluasumisessa ja pitkäaikaishoidossa (Vaarama 2004).

Elämänlaadun käsite on niin subjektiivinen kokemus, että kvantitatiivisen tutkimuksen tuottamaa tietoa olisi kenties hyvä syventää kvalitatiivisella osiolla. Ei-strukturoitu haastattelu, joka käsiteltäisiin esim. sisällönanalyysin avulla, voisi avata iäkkäiden laitoshoidossa olevien vanhusten koetun elämänlaadun kokemusta syvällisemmin.

Haastatteluun olisi hyvä valita sekä vanhuksia, jotka kokevat elämänlaatunsa hyväksi laitoshoidossa, että vanhuksia, jotka eivät ole elämäänsä kovinkaan tyytyväisiä.

Haasteellisuudestaan huolimatta juuri ikääntyneiden kohdalla elämänlaadun tutkiminen on tärkeää, sillä siihen on hyvät mahdollisuudet päästä vaikuttamaan kuntoutuksen ja muiden interventioiden avulla (Pitkälä ym. 2006). Ikääntyneen ihmisen elämänlaadun tutkiminen voidaan nähdä myös eettisenä veloitteena, koska ympärivuorokautisen hoivan piirissä on yhä huonompikuntoisempia vanhuksia, jotka eivät välttämättä kykene puolustamaan omia oikeuksiaan ihmisarvoiseen elämään. Väestön ikääntyessä yhä useampi viettää ulkopuolisen hoivan piirissä viimeiset elinvuotensa ja olisi tärkeää pystyä huomioimaan hoidon kehittämisessä tutkimuksissa todettuja vanhusten koettuun elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.

LÄHTEET

Addington-Hall J, Kalra L. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001; 322 (9): 1417-20. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/322/7299/1417> [luettu 27.10.2006]

Berg A, Hassing L, McClearn, Johansson B. What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging Ment Health* 2006; 10 (3): 257-264.

Berglund A-L, Ericsson K. Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *Int J Nurs Pract* 2003; 9: 112-9.

Bergman-Evans B. Beyond the basics: Effects of Eden Alternative Model on quality of life issues. *J Gerontol Nurs* 2004; 30 (6): 27-34.

Blazer D. Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Ment Health* 2002; 6(4): 315-324.

Borg C, Hallberg I R, Blomqvist K. Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 2006; 15:607-18.

Bowers B.J, Fibich B, Jacobson N. Care-as-service, care-as-relating, care-as-comfort: understanding nursing home residents' definitions of quality. *Gerontologist* 2001; 41 (4); 539-545.

Boyle G. The role of autonomy in explaining mental ill-health and depression among older people in long-term care settings. *Ageing Soc* 2005; 25: 731-748.

Branch L, Hoenig H. Measures of physical functioning. *Generations* 1997; 21 (1): 37 - 40.

Brocklehurst J, Dickinson E. Autonomy for elderly people in long-term care. *Age Ageing* 1996; 25: 329-332.

Cocci C, Bianchi G, Nativio V, Nicolino F, Montuschi F, Magalotti D, Zoli M. Perception of health-related quality of life and psychological status in oldest hospitalized patients without cognitive impairment. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; suppl. 9: 75-84.

Coventry M.L. Care with Dignity: A Concept Analysis. *J Gerontol Nurs* 2006; 32 (5): 42-48.

Covinsky K.E, Wu A.W, Landefeld S, Connors A.F, Phillips R.S, Tsevat J, Dawson N.V, Lynn J, Fortinsky R.H. Health status versus quality of life in older patients: Does the distinction matter? *Am J Med* 1999; 106: 435-40.

Cummins RA. Assessing quality of life. Teoksessa Brown RI (edit.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Padstow: Stanley Thornes Ltd. 1997, 116-50.

Dale A.E. A research study exploring the patient's view of quality of life using the case study method. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1128-34.

Daltroy L, Larson M, Eaton H, Phillips C, Liang M. Discrepancies between self-reported and observed physical function in the elderly: the influence of response shift and other factors. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1549-1561.

Fassino S, Leombruni P, Daga G.A, Brustolin A, Rovera G.G, Fabris F. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Ger G* 2002; 35: 9-20.

Frisch M.B. Improving mental and physical health care through Quality of Life Therapy and assessment. Teoksessa Diener E, Rahtz D. (ed.) Advances in quality of life theory and research. Social Indicators Research Series 2000; 4: 207-242.

Glass T, Mendes de Leon C, Bassuk S, Berkman L. Social Engagement and Depressive Symptoms in late life. Longitudinal findings. *J Aging Health* 2006; 4(18): 604-628.

Grant N.K, Reimer M, Bannatyne J. Indicators of quality in long-term care facilities. *Int J Nurs Stud* 1996; 33 (5): 469-78.

Granzin K.L, Haggard L.M. An integrative explanation for quality of life: development and test of a structural model. Teoksessa Diener E, Rahtz D. (ed.) Advances in quality of life theory and research. Social Indicators Research Series 2000; 4: 31-63.

Guse L.W, Masesar M.A. Quality of Life and Successful Aging in Long-term care: Perceptions of residents. *Issues in Mental Health Nursing* 1999; 20: 527-539.

Heikkinen E. Sairauksista toimintakykyyn. Teoksessa Heikkinen E, Marin M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002: 13-33.

Heikkinen R-L, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Arch Ger G* 2004; 38: 239-250.

Heliker D, Scholler-Jaquish A. Transition of new residents to long-term care: basing practice on residents' perspective. *J of Gerontol Nurs* 2006; 32 (9): 34-42.

Holmen K, Furukawa H. Loneliness, health and social network among elderly people – a follow-up study. *Arch Ger G* 2002; 35: 261-274.

Huusko T, Pitkälä K. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. Esipuhe. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Janzen W. Long-Term Care for Older Adults: The Role of the Family. *J Gerontol Nurs* 2001; 27 (2): 36-43.

Jaracz K, Gustafsson G, Hamrin E. The life situation and functional capacity of the elderly with locomotor disability in Sweden and Poland according to a model by Lawton. *Int J Nurs Pract* 2004; 10: 45-53.

Jylhä M. Elämän laatu vanhenemisen tutkimuksessa: jotain uutta, jotain vanhaa, jotain lainattua. *Gerontologia* 2006; 3: 138-146.

Jyrkämä J. Vanheneva yksilö, toimijuus ja toimintatilanteet. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 2003: 267-271.

Kane R.A. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *Gerontologist* 2001; 41 (3): 293-304.

Kane R.A. Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research and Policy Agenda. *Gerontologist* 2003; 43: 28-36.

Kasser T. Two versions of the American Dream: which goals and values make for a high quality of life? Teoksessa Diener E, Rahtz D. (ed.) *Advances in quality of life theory and research*. *Soc Indic Res* 2000; 4: 3-12.

Kazma A, Stone S, Stones M.J. Stability in components and predictors of subjective well-being (SWB): implications for SWB structure. Teoksessa Diener E, Rahtz D. (ed.) *Advances in quality of life theory and research*. *Soc Indic Res* 2000; 4: 13-30.

Kukkonen, J, Aittolahti, M, Arola, I, Flemming, R, Hirsiaho, A, Paasikoski K, Kärkkäinen, J. & Lintula, H. Länsi-Suomen lääninhallituksen hoivasairaalakriteerien laadintamuistio. 2002. (epävirallinen).

Laukkanen P, Karppi P, Heikkinen E, Kauppinen M. Coping with activities of daily living in different care settings. *Age Ageing* 2001; 30:489-494.

Laukkanen P. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 2003: 255-266.

Lawton M.P. A multidimensional view of quality of life in frail elders. Teosessa J. Birren, J. Lubben, J. Rowe & D. Deutchman (eds.) *The concept of measurement of quality of life in frail elders*. San Diego: CA Academic Press, 1991a: 3-27.

Lawton M.P. Functional status and aging well. *Generations* 1991b; 15 (1): 31-37.

Lawton M.P. Measures of quality of life and subjective well-being. *Generations* 1997; 21 (1): 45-48.

Lyyra T-M, Heikkinen E. Kuolleisuuden ennustetekijät Ikivihreät – projektin osatutkimuksissa. *Gerontologia* 2006; 3: 118-129.

Lyyra T-M, Heikkinen R-L. Perceived social support and mortality in older people. *J Gerontol: Soc Sci* 2006; 3 (61B): 147-152.

Lyyra T-M. Sosiaalinen tuki ja elämään tyytyväisyys pidentävät iäkkäiden ihmisten elinikää. *Lectio praecursoria. Gerontologia* 2006; 4: 206-207.

Mattiasson A-C, Andersson L. Quality of nursing home care assessed by competent nursing home patients. *J Adv Nurs* 1997; 26: 1117-1124.

Martelin T, Sainio P, Koskinen S. Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. VNK:n julkaisusarja 33/2004: 117-131.*

Menzel P, Dolan P, Richardson J, Olsen J. A. The role of adaptation to disability and disease in health state valuation: a preliminary normative analysis. *Soc Sci Med* 2002; 55: 2149-2158.

Metsämuuronen J. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. *Metodologia-sarja 5. Viro: Jaabes. 2000a.*

Metsämuuronen J. Tilastollisen päättelyn perusteet. *Metodologia-sarja 3. Viro: Jaabes. 2000b.*

Muurinen, S., Valvanne, J. & Mukkila, S. Performance indicators for the long term care in older people - Indicators for professional quality Deliverable 9.5. 2004. <http://www.Care Keys.net>

Muurinen S, Vaarama M, Haapaniemi H, Mukkila S, Hertto P, Luoma M-L. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus. *Care Keys –projekti / Helsinki-tiimi. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Tutkimuksia 2006:2.*

Noppiari E, Leinonen S. Vanhuksen kokonaisvaltaista terveyttä edistävä mielenterveys. Teoksessa Noppiari E, Koistinen P. (toim.) *Laatua vanhustyöhön. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2005: 36-91.*

Penninx B. W. J. H, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk J, Guralnik J. M. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999; 89 (9): 1346-1352.

Pieper R, Vaarama M, Ljunggren G, Emilsson T. The Care Keys toolkit. Teoksessa Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. (eds.) *Care-related quality of life in old age. Concepts, models, and empirical findings. New York: Springer, 2008: 281-298.*

Pitkälä K, Huusko T, Savikko N, Strandberg T. Johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Richardson J, Bedard M, Weaver B. Changes in physical functioning in institutionalized older adults. *Disabil Rehabil* 2001; 23 (15):683-689.

Ruoppila I. Psykkisen toimintakyvyn tukeminen. Teoksessa Heikkinen E, Marin M. (toim.) Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 2002: 119-150.

Resnick B. Functional Performance and Exercise of Older Adults in Long-Term Care Settings. *J Gerontol Nurs* 2000; 26 (3): 7-16.

Räsänen R. Seutuhoiva-hanke. Pitkäaikaishoivan selvitys yhdentoista kunnan alueella Jyväskylän verkostokaupungin ja Keurusseudun kunnissa. 2006.

Savikko N, Huusko T, Pitkälä K. Ikääntyneiden elämänlaadun mittaamisen ongelmia. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Sloan JA, Loprinzi CL, Kross SA, Miser AW, O'Fallon JR, Mahoney MR, et al. Randomised comparison of four tools measuring overall quality of life in patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16:3662-3673.

Sloane P.D, Zimmermann S, Williams C.S., Reed P.S, Gill K.S, Preisser J.S. Evaluating the Quality of Life of Long-Term Care Residents With Dementia. *Gerontologist* 2005; 45 (1): 37-49.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Ikäihmisten laitoshoido. 2007a. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/laitoshoido.htx>

Sosiaali- ja terveysministeriö Asumispalvelut. 2007b. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/vanhasuminen.htx>

Sparks M, Zehr D, Painter B. Predictors of Life Satisfaction: Perceptions of Older Community-Dwelling Adults. *J Gerontol Nurs* 2004; 30 (8): 47-53.

Sprangers M, Schwartz C. Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Soc Sci Med* 1999; 48: 1507-1515.

Strandberg T, Pitkälä K, Sintonen H, Huusko T, Kautiainen H, Tilvis R. Terveysteen liittyvän elämänlaadun mittarin 15D:n käyttökelpoisuus, erottelukyky ja ennustevaliditeetti ikääntyneessä väestössä. Teoksessa Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K. (toim.) Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen

kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Suomen Kuntaliitto. RAVA-toimintakykymittari. Opas sisältöön ja käyttöön. 2002.

Tiikkanen P, Heikkinen R-L. Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging Ment Health* 2005; 9(6): 526-534

Tilden V.P, Tolle S, Drach L, Hickman S. Measurement of Quality of Care and Quality of Life at the End of Life. *The Gerontologist* 2002; 42: 71-80.

Tilvis R. Kliiniset tutkimukset. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T. (toim.) *Gerontologia*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 2003:273-279.

Turrell A. Nursing homes: a suitable alternative to hospital care for older people in the UK? *Age ageing* 2001; 30: 24-32.

Vaarama M, Ljunggren G, Muurinen S, Saks K, Sixsmith A. Evaluating the quality and target efficiency of the LTC of older people – The European Care Keys project. 2002. <http://www.Care Keys.net/presentations/VaaramaCK.pdf>

Vaarama M. Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut –nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. VNK:n julkaisusarja 33/2004: 132-198.

Vaarama M, Meretniemi M, Hertto P. Palvelut ja ikääntyneiden elämänlaatu. Eurooppalainen Care Keys-projekti. 2004a. <http://www.Care Keys.net/presentations/Rovaniemi.pdf>

Vaarama M, Pieper R, Hertto P, Sixsmith A. Care- related quality of life – exploring a model. Keys for quality performance management of the care of older persons in Europe. *Care Keys. Quality of life*. 2004b. <http://www.Care Keys.net>

Vaarama M. Care-related quality of life. World Ageing and Generations Congress, St.Gallen, Switzerland 2006a. [presentations/VaaramaCrQoL~St Gallen 2006.pdf](http://www.Care Keys.net/presentations/VaaramaCrQoL~St Gallen 2006.pdf)

Vaarama M. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus-projekti. Loppuraportti ja suositukset. Espoon kaupunki ja Stakes: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 7/2006. 2006b. www.espoo.fi/binary.asp?path=1;28;11884;8532;40198;40902;57308&field=FileAttachment [viitattu 15.8.2007]

Vaarama M, Ylönen L. Kotihoidon laatu ja tuloksellisuus Espoossa. Asiakkaiden näkökulma. Espoon vanhuspalvelujen tuloksellisuus –projekti. Osaraportti I. Espoon kaupunki ja Stakes: Sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 3/2006.

Vaarama M, Pieper R, Frommelt M, Muurinen S, Sixsmith A, Hammond M, Ljunggren G. The concept of quality of long-term care. Teoksessa Vaarama M, Pieper R, Sixsmith A. *Care- related quality of life in old age. Concepts, models and empirical findings*. New York: Springer. 2007.

van den Brink C, van den Bos G, Tijhuis M, Äijänseppä S, Nissinen A, Giampaoli S, Kromhout D. Hierarchy levels, sum score and worsening of disability are related to depressive symptoms in elderly men from three European countries. *J Aging Health*, 2006; 1(18): 125-141.

van Hooren S, Valentijn S, Bosma H, Pods R, van Boxtel M, Jolles J. Relation between health status and cognitive functioning: A 6-year follow-up of the Maastricht Aging Study. *J Gerontol: Psyc Sci* 2005; 1(60B): 57-60.

Verbrugge L, Jette A. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994; 38:1-14.

Voutilainen P, Vaarama M. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. *Stakes: Raportteja* 7/2005.

Westburg N. Hope, laughter, and humor in residents and staff at an assisted living facility. *J Ment Health Couns* 2003;1(25): 16-32.

WHO. WHOQOL Measuring Quality of Life. Programme on mental health. 1997.

WHO. Towards a common language for functioning. Disability and health (ICF) Worlds Health Organisation, Geneva. 2002. <http://www3.who.int/icf/beginners/bg.pdf>

Övretveit J. Action evaluation of health programmes and changes. A handbook for a user-focused approach. Radcliffe Medical Press. 2002; 179-198.