

**RYHMÄINTERVENTIOIDEN YHTEYS YKSINÄISYYTTÄ JA ALA-
KULOISUUTTA KOKEVIEN 75 - 79-VUOTIAIDEN HENKILÖIDEN
ASIOIDEN HOITAMISKYKYYN**

Päivi Liiri-Ranta

Pro gradu – tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Ryhmäinterventioiden yhteys yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevien 75 – 79-vuotiaiden henkilöiden asioiden hoitamiskykyyn

Päivi Liiri-Ranta

Pro gradu - tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Kevät 2010

36 sivua

Ikääntyvien ihmisten yksinäisyys on yksi gerontologian haasteista. Se voi pitkittyessään aiheuttaa suuriakin muutoksia toimintakyvyssä ja johtaa avun tarpeeseen. Yksinäisyys ja alakuloisuus eivät aina tule esille normaalissa terveystarkastuksessa, mutta ne saattavat heikentää kotona selviytymistä mikäli niihin ei puututa ajoissa. Tämän pro gradu - tutkielman tarkoitus on selvittää, voidaanko ryhmäinterventioiden avulla vaikuttaa yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevien ikääntyvien asioiden hoitamiskykyyn eli IADL- toimintoihin. IADL - toimintoja ovat mm. kaupassa käynti, taloustöiden tekeminen, julkisilla kulkuneuvoilla liikkuminen ja raha-asioiden hoitaminen. Tutkimuksessa selvitettiin myös onko sukupuolella vaikutusta asioiden hoitamiskykyyn.

Tämän kokeellisen, satunnaistetun interventiotutkimuksen tutkimusjoukko (n=210) koostui Jyväskylän kantakaupungin alueella itsenäisesti asuvista 75 - 79 -vuotiaista miehistä (n= 48) ja naisista (n= 162), jotka kokivat yksinäisyyttä tai alakuloisuutta. Satunnaistamisen jälkeen interventioryhmä osallistui syksyllä 2008 ja keväällä 2009 Hyvä Mieli- hankkeen järjestämiin liikunta- tai virikeryhmiin. Ryhmät kokoontuivat kerran viikossa yhteensä kuuden kuukauden ajan. Tutkimustulokseksi saatiin, että interventioryhmäläiset ja erityisesti liikuntaryhmiin osallistuneet selviytyivät hieman paremmin kevyiden taloustöiden tekemisestä kuin kontrolliryhmäläiset (p=.033). Interventioryhmiin osallistuneilla myös ruoanlaitto ja pyykin peseminen sujuivat paremmin ryhmän jälkeen, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Sukupuolten välisiä eroja tarkasteltaessa naiset olivat miehiä itsenäisempiä ruoanlaitossa, pyykin pesemisessä ja puhelimen käytössä, mikä kertoo myös ikäluokan sukupuolirooleista.

Yksilöllisesti suunniteltuja ryhmätoimintoja tulisi kohdistaa ajoissa yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokeviin ikäihmisiin. Osallistujien poimintaan, interventioiden sisällön suunnitteluun sekä IADL - toimintojen tarkempaan mittaamiseen tulisi myös rakentaa tutkitun tiedon pohjalta malleja, jotka vastaisivat tietoyhteiskunnan mukanaan tuomiin haasteisiin ikäihmisillä. IADL- toimintojen arvioiminen auttaisi löytämään ohjauksen tarpeessa olevat ikäihmiset ajoissa, koska kotona selviytymisen heikkenemisen on osoitettu alkavan juuri näistä toiminnoista.

Asiasanat: yksinäisyys, alakuloisuus, ryhmäinterventiot, IADL- toiminnot

ABSTRACT

The association between group interventions and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) among 75 - 79 -year- old people feeling mildly depressed and lonely

Päivi Liiri-Ranta

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences,

Department of Health Sciences, 2010

Pages 36

Loneliness among older people is one of the most important challenges in gerontology. Prolonged loneliness and depressed mood may lead to a decline in coping with everyday life. However, the loneliness and depressed mood are not often taken into account during normal visits at health care. The aim of this study was to examine the association between group-interventions and IADL- functions among those people who feel lonely or depressed. The other aim was to find out possible differences between men and women in IADL - functions.

This RCT - study was a part of Hyvä Mieli project in 2008 - 2010. The subjects (n= 210) originated from random sample of community living urban men and women aged 75 – 79 in the city of Jyväskylä. The intervention groups took part in physical or social activity once a week during six months. The results show that compared to controls those who took part in group interventions managed better in IADL - functions, especially in light house-works ($p=.033$). They managed also slightly better in preparing food and doing laundry but the association was not statistically significant. The differences between men and women indicated that women manage significantly better in such functions as meal preparing, laundry and using telephone.

Group interventions could be an important means to prevent the increase of disability in older independently living people with feelings of loneliness and mildly depressed mood. This study emphasizes the meaning of thorough estimation of IADL functions when group interventions for elderly are planned or studied.

Keywords: loneliness, mood, group interventions, Instrumental Activities of Daily Living

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO	1
2 IKÄÄNTYVIEN YKSINÄISYYS, ALAKULOISUUS JA ASIOIDEN HOITAMISKYKY (IADL)	3
2.1 Yksinäisyys ja alakuloisuus	
2.2 Asioiden hoitamiskyky (IADL)	3
2.3 Yksinäisyyden ja alakuloisuuden yhteys IADL- toimintoihin	5
3 RYHMÄINTERVENTIOT JA ASIOIDEN HOITAMISKYKY	8
3.1 Ryhmäinterventiot	8
3.2 Ryhmäinterventioiden vaikutukset asioiden hoitamiskykyyn	10
3.2.1 Liikuntaryhmät	10
3.2.2 Toiminnalliset ryhmät	11
3.2.3 Psyko-sosiaaliset ryhmät	12
4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
5 TUTKIMUSMENETELMÄT	16
5.1 Tutkimusasetelma ja aineisto	16
5.2 Mittausmenetelmät	17
5.3 Tutkimuksen interventiot	19
5.4 Tulosten analysointi	20
6 TUTKIMUSTULOKSET	21
6.1 Aineiston kuvaus	21
6.2 Sukupuolen yhteys IADL- toimintoihin	21
6.3 Ryhmäinterventioiden yhteys IADL- toimintoihin	23
7 POHDINTA	26
7.1 Tulosten arviointia	26
7.2 Luotettavuuden arviointia	29
LÄHTEET	31

1 JOHDANTO

Ikääntyvien toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä riittävän varhainen puuttuminen toimintakyvyn mahdolliseen heikkenemiseen ovat tavoiteltavia asioita, joihin tulisi pyrkiä kaikin mahdollisin keinoin myös Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan. Ikääntyvien henkilöiden määrän lisääntyessä ja tarpeiden muuttuessa myös interventioiden on muututtava kysyntää vastaaviksi. Ikääntyvien kuntoutus on suunnattu pääosin sairauksien seurauksia ja toiminnanvajeita korjaavaan fyysiseen kuntoutukseen (Pitkälä ym. 2007), jossa tähdätään lähinnä lihasvoiman parantumiseen - mutta minkälaista ryhmäkuntoutuksen tulisi olla, jotta siitä saataisiin paras hyöty arkielämässä selviytymiseen? Ovatko ryhmäinterventiot yhtä tehokkaita kuin yksilöohjaus ja miten saadaan interventioiden piiriin riittävän aikaisessa vaiheessa oikeat kohderyhmät?

Kaikilla ikääntyvillä henkilöillä hakeutuminen ryhmätoimintojen - esimerkiksi liikunnan, toiminnallisten ryhmien tai psyko-sosiaalisten ryhmien - pariin ei ole itsestään selvää. Ikääntyvien henkilöiden yksinäisyys ja lievä alakuloisuus ovat tekijöitä, joita ei aina huomata terveydenhoitohenkilökunnan vastaanotolla mutta ne saattavat hiljalleen alentaa henkilön toimintakykyä ja kotona selviytymistä (Russell ym. 1997, Tilvis ym. 2000) sekä osallistumista kodin ulkopuolisiin toimintoihin. Ei-toivottu yksinäisyys lisää alakuloisuutta ja voi johtaa masentuneisuuteen ja sosiaaliseen erakoitumiseen. Yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokeva henkilö vähentää liikkumistaan, mikä taas voi johtaa avun tarpeen lisääntymiseen tai jopa laitoshoitoon joutumiseen. Ryhmäinterventioiden vaikutukset toimintakykyyn on joissakin tutkimuksissa todettu jopa yksilöohjausta tehokkaammiksi mm. niissä saatavan vertaistuen myötä. Kustannustehokkuus on myös tänä päivänä tärkeä näkökulma perusteltaessa kuntoutusmuotojen ja ennaltaehkäisyn keinojen valintaa.

Yksinäisyys on yksi gerontologian haasteista, koska se voi aiheuttaa suuriakin muutoksia toimintakyvyssä ja alentaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (Jylhä 2004, Pitkälä ym. 2005). Terveydenhuollossa seulontamenetelmiä tulisi kehittää, jotta saataisiin preventiiviset toimenpiteet ajoissa kohdennettua oikeille

kohderyhmille (Heikkinen 2003). Terveysthuollon lisäksi erilaisia ryhmätöitä järjestävät kuntien liikuntatoimet, seurakunnat, eläkeläisjärjestöt sekä monet urheilu- ja liikuntajärjestöt, joiden toiminnan piirissä on vuosittain 120 000 - 150 000 osallistujaa (Miettinen 2008). Ryhmätöillä tiedetäänkin olevan tärkeä merkitys myös ikääntyvien yksinäisyyden ennaltaehkäisyssä ja hoidossa.

Ikääntyvien toimintakyky-tutkimusten vaikutukset ovat kohdistuneet pääosin yksilöllisten ominaisuuksien kuten lihasvoiman ja kävelynopeuden mittaamiseen, mutta monimutkaisempia päivittäisten toimintojen kuten IADL - toimintojen analysoimiseen mittarit eivät aina ole olleet riittävän laaja-alaisia (Latham 2004, Vreede ym. 2005, Beswick ym. 2008). Monet tekijät, kuten pitkäaikaissairaudet, mielialamuutokset ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen vaikuttavat IADL - toimintoista selviytymiseen (Laukkanen 1998, 93), mutta minkälaisen interventioiden avulla voidaan tukea ikääntyvien IADL- toimintoissa selviytymistä? Interventioiden vaikutuksesta nimenomaan IADL- toimintoihin on tehty vähän tutkimuksia ja siksi aihe kiinnosti minua. Ikääntyvien toimintakyvyn tukemiseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota ja vaikuttavuuden osoittaminen tänä päivänä myös ehdottoman tärkeää.

Tässä pro gradu – tutkielmassa selvitetään onko sukupuoli yhteysttä itsenäiseen asioiden hoitamiskykyyn sekä sitä, parantaako liikuntaryhmiin tai sosiaaliin virikeryhmiin osallistuminen yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevien ikääntyvien ihmisten asioiden hoitamiskykyä. Päivittäiset toiminnot on yläkäsite asioiden hoitamiskyvylle eli välineellisille päivittäisille toiminnoille (Instrumental Activities of Daily Living), joita ovat ruoan valmistus, kaupassa käynti, pyykinpesu, kevyet ja raskaat taloustyöt, puhelimen käyttö, lääkityksestä huolehtiminen, raha-asioiden hoito ja julkisten kulkuneuvojen käyttö. Satunnaistetun, kokeellisessa interventiotutkimuksen kohderymänä on 75- 79-vuotiaat jyvaskyläläiset yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevat henkilöt, jotka osallistuivat interventioihin syksyn 2008 ja kevään 2009 aikana Hyvä Mieli- hankkeen mukana. Tutkimus on osa Hyvä Mieli- hanketta, jonka tavoitteena on edistää iäkkäiden henkilöiden hyvinvointia, elämänlaatua ja toimintakykyä painottaen riskien varhaista tunnistamista.

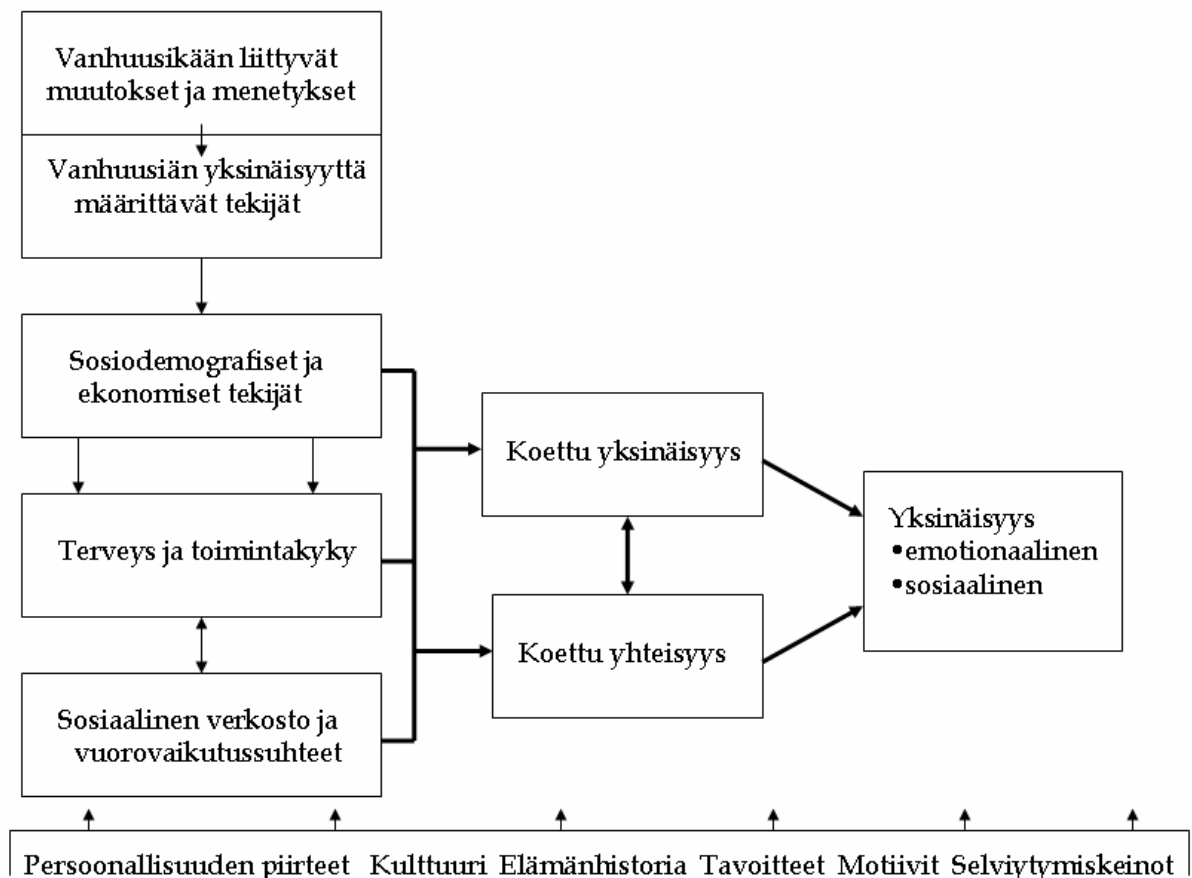
2 IKÄÄNTYVIEN YKSINÄISYYS, ALAKULOISUUS JA ASIOIDEN HOITAMISKYKY (IADL)

2.1 Ikääntyvien yksinäisyys ja alakuloisuus

Yksinäisyys on keskeinen ikääntyvien ihmisten hyvinvointiin ja kotona selviytymiseen vaikuttava tekijä (Heikkinen 2003, Perlman 2004). Mielialaongelmat, kuten alakuloisuus ja lievä depressiivisyys ovatkin eräs ikääntyvien terveyteen eniten vaikuttavista tekijöistä. Lievät masennusoireet saattavat joskus peittyä somaattisten sairauksien alle tai ne tulkitaan esimerkiksi muistihäiriöiksi (Tilvis ym. 2000, Heikkinen 2003). Savikon ym. (2005) tutkimuksen mukaan 39 % kotona asuvista yli 75-vuotiaista henkilöistä kärsii yksinäisyydestä ainakin toisinaan ja 5 % kärsii yksinäisyydestä usein tai aina. Ikivihreät – tutkimuksen mukaan 80 – 85 -vuotiaiden ikäluokassa yksinäisyyden esiintyvyys oli samansuuntaista (Tiikkainen 2006,65). Verrattaessa kolmen pohjoismaisen paikkakunnan depressiivisyyden esiintymistä 75-vuotiailla henkilöillä, Suomessa masentuneisuuden esiintyvyys todettiin korkeimmaksi (Savikko ym., 2005, Routasalo 2009). Iäkkäiden ihmisten masentuneisuutta on alettu tutkia enemmän vasta kahden viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana eivätkä mittausmenetelmät ja määritelmät ole vielä täysin yhteneviä (Heikkinen 2003).

Vanhenemisprosessiin liittyvät sairaudet heikentävät toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä erityisesti 80 ikävuoden jälkeen (Helin 2000, 18), jolloin myös menetykset sosiaalisissa verkostoissa ovat suurimmat (Tiikkainen 2006, 62). Yksinäisyyden tunne ei kuitenkaan ole aina seurausta sosiaalisesta ympäristöstä vaan enemmänkin yksilön vastaus ulkoisiin olosuhteisiin. Yksinäisyys, sosiaalinen eristäytyneisyys ja masennusoireet esiintyvät usein samanaikaisesti, mutta ne ovat eri asioita. Myöskään yksinäisyyden tunnistaminen ja mittaaminen ei ole helppoa, koska asia voidaan kokea hävettäväksi (Routasalo 2009). Yksinäisiksi itsensä kokevien määrä todettiin suomalaisen tutkimuksen mukaan lähes samansuuruiseksi eri ikä-kohorteissa ja molemmilla sukupuolilla (Tilvis ym. 2000), mutta sukupuolten väliset erot olivat vaihtelevia eri tutkimuksissa (Mullins ym. 1991, Jylhä 2004).

Pitkittyessään yksinäisyys ja alakuloisuus lisäävät sosiaalista eristäytymistä, heikentävät terveyttä ja lisäävät terveystalvelujen käyttöä aiheuttaen samalla vakavaa uhkaa terveydelle ja toimintakyvylle (Russell ym.1997, Tilvis ym. 2000, Tiikkainen 2006, 21). Kuvassa 1 on esitetty malli, jossa on kolme keskeistä iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä määrittävää asiaa; sosiodemografiset ja ekonomiset tekijät, sosiaaliset suhteet sekä terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät. Yksin asuminen ja leskeys saattavat vähentää kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa, mutta yksinäisyyden kokemiseen vaikuttavat lisäksi persoonallisuuden piirteet, kulttuuri ja elämänhistoria sekä yksilölliset odotukset ja sopeutumismenetelmät (Baltes ja Carstensen 1996).



Kuva 1. Teoreettinen malli vanhuusiän yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä (Tiikkainen 2006, 24)

2.2 Asioiden hoitamiskyky

Tutkimusten mukaan (esim. Laukkanen 2008b) joka kolmas yli 75-vuotiaista tarvitsee jotain apua joissakin päivittäisissä toiminnoissa ja yli 85-vuotiaista jo noin puolet. Näillä henkilöillä on usein yksi tai useampi krooninen sairaus (sydän- ja verisuonisairaus, nivelrikko, neurologinen sairaus) tai niiden oireita kuten alentunut tasapaino, lihasvoima, näkö, kuulo, muisti tai jokin muu fyysisen tai kognitiivisen toiminnan osa-alue (Stuck ym. 1999, Pitkälä 2004). Myös depressiivisten oireiden esiintymisen on osoitettu heikentävän asioiden hoitamiskyvystä selviytymistä (Laukkanen 1998, 92).

ADL - toiminnot (Activities of Daily Living) on yhteisnimitys päivittäisille toimintoille, joilla yleensä kartoitetaan toimintakyvyn eri osa-alueita. ADL – toiminnot jaetaan **BADL- toimintoihin ja IADL- toimintoihin** Katzin ja kollegoiden (1963) mukaan. BADL - toimintoja ovat lähinnä fyysistä suorituskykyä ja itsestä huolehtimista vaativia tehtäviä kuten perusliikkuminen, peseytyminen, pukeutuminen ja WC:ssä käynti. **IADL – toiminnoiksi** (Instrumental Activities of Daily Living) lasketaan **asioiden hoitamiseen liittyvät toiminnot** kuten taloustyöt, pyykin peseminen, kaupassa käynti, puhelimen käyttö, raha-asioiden ja lääkityksen hoito sekä julkisilla kulkuneuvoilla liikkuminen. Tässä tutkimuksessa kotona selviytymistä mitataan nimenomaan arvioimalla IADL – toiminnoissa eli asioiden hoitamisessa selviytymistä.

Ikääntyvällä henkilöllä asioiden hoitamiskyky on keskeisessä asemassa mitattaessa yleensä päivittäisistä toiminnoista selviytymistä (Laukkanen 1998, 16, Heikkinen 2003). Asioiden hoitamiskykyä (IADL) voidaan mitata havainnoimalla, haastattelemalla eli itsearviointilla (Laukkanen 1998, 30, Pitkälä ym. 2005, Willis ym. 2006) sekä kliinisillä mittausmenetelmillä (Laukkanen 1998, 28). Toimintakyvyn heiketessä alkavat yleensä ensimmäisenä vaikeutua juuri IADL - toiminnot eli asioiden hoitamiskykyyn liittyvät toiminnot, koska niissä tarvitaan fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös muita toimintakyvyn osa-alueita kuten kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä (Laukkanen 1998, 23, Helin 2000,17). IADL- toiminnot ovat myös enemmän kulttuuri- ja sukupuolisidonnaisia kuin perusliikkumisessa ja hygienian hoitamisessa tarvittavat toiminnot (Laukkanen 1998, 23).

Testien tarkoitus on mitata päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, mutta yhdellä testillä voidaan mitata usein vain jotakin rajattua toimintakyvyn osa-aluetta. ICF-luokitus (International Classification of Functioning, Health and Disability) on uusin ja tämänhetkisen tiedon mukaan myös laajin käytössä oleva toimintakyvyn viitekehys. ICF:n eli toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (WHO 2001) avulla toimintakykyä on mahdollista arvioida monelta eri osa-alueelta; fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen sekä verkostojen kautta huomioiden myös elinympäristö ja sen asettamat vaatimukset ja tuki. Tässä työssä referoiduissa tutkimuksissa ei yhdessäkään ollut kuitenkaan käytetty ICF -luokitusta toimintakyvyn ja IADL -toimintojen arvioimiseen.

2.3 Yksinäisyyden ja alakuloisuuden yhteys IADL- toimintoihin

Ikääntyvien ihmisten yksinäisyys on yksi gerontologian haasteista, koska se voi aiheuttaa suuriakin muutoksia toimintakyvyssä (Russell ym. 1997, Tilvis ym. 2000) ja alentaa päivittäisistä toiminnoista suoriutumista (Jylhä 2004, Pitkälä ym. 2005). Yksinäisyyden mukanaan tuomat ongelmat voivat myös lisätä terveyspalvelujen käyttöä, laitoshoidon tarvetta (Russell ym. 1997) ja aiheuttaa vakavaa uhkaa terveydelle (Penninx ym. 1997). Laukkasen (1998) tutkiessa ikäihmisiä – aineistoa 65 - 84 -vuotiaiden IADL – toimintojen heikkenemiseen olivat eniten yhteydessä kroonisten sairauksien ja depressiivisten oireiden määrä sekä kognitiivinen kyvykkyys. Yhteispohjoismaisen NORA- projektin viiden vuoden seurannassa todettiin 75 – vuotiailla depressiivisten oireiden olevan yhteydessä laitoshoidon tarpeeseen (Laukkanen 1998, 84). Tutkimuksissa (esim. Sjösten 2007) on myös todettu, että runsaat masennusoireet voivat lisätä esimerkiksi kaatumisen riskin jopa kolminkertaiseksi.

Ikääntyneen henkilön itse arvioitu terveys ja toimintakyky ovat useimmin yhteydessä yksinäisyyteen kuin objektiivisesti todettu terveys ja toimintakyky. Erityisesti huonoksi koettu terveys liittyy usein yksinäisyyden tunteisiin (Mullins ym. 1991, Tilvis ym.2000, Savikko ym. 2005). Heikentynyt toimintakyky haittaa usein osallistumista ja asioiden hoitamiskykyä, mutta tyydyttävät sosiaaliset suhteet vähentävät vajavuuksien aiheuttamia haittoja (Tiikkainen 2007). Hyvä toi-

mintakyky ja selviytyminen asioiden hoitamisesta omatoimisesti edistävät sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden ylläpitoa, mutta toisaalta ne voivat johtaa myös sosiaaliseen eristyneisyyteen, koska silloin muiden ihmisten apua ei tarvita (Bondevik & Skogstad 2007, Lyyra ym. 2008).

Terveysten ja toimintakyvyn heikentyessä ihminen luopuu usein ensimmäiseksi harrastus- ja vapaa-ajan toiminnoista, kodin ulkopuolelle suuntautuvasta asioimisesta (Laukkanen 1998; 31, Pikkarainen 2007), kodinhoidosta ja se jälkeen itsensä huolehtimisesta (Pikkarainen 2007). Tärkeän harrastuksen poisjättäminen voi siis olla ensimmäinen merkki jostakin uhkaavasta toimintakyvyn muutoksesta, joka aiheutuu esimerkiksi huimauksesta, väsymyksestä, heikosta lihasvoimasta, alentuneesta mielialasta tai läheisten hoidon aiheuttamasta raskuudesta (Pikkarainen 2007).

3 RYHMÄ-INTERVENTIOT JA ASIOIDEN HOITAMISKYKY

3.1 Ryhmä-interventiot

Erilaisia ryhmiä on käytetty paljon ikääntyvien hoitotyössä ja kuntoutuksessa ja niistä on enimmäkseen positiivisia kokemuksia. Liikunta ja erilainen virkistystoiminta ovat pitkään olleet työkaluina mm. päiväsairaaloissa ja päiväkeskuksissa (Pitkälä 2004). Myös kuntien liikuntatoimi, sosiaali- ja terveystoimi sekä vapaaehtoisjärjestöt tarjoavat ikääntyville monipuolista ryhmätoimintaa toimintakyvyn porrastuksen mukaisesti (Hirvensalo ym. 2008). Yksilöllisen neuvonnan kautta (seniorineuvola, kuntoneuvola) saadaan ikääntyvä henkilö usein parhaiten motivoitumaan ryhmätoimintoihin, joka voi olla heille aluksi vierasta. Iäkkään henkilön tulee itse saada määritellä tavoitteensa (Leinonen ym. 2007) ja neuvonnan tulee korostaa positiivisten kokemusten esille tuomista ja pystyvyyden tunteen lisääntymistä, jotka sosiaalisen oppimisen teorian mukaan saavutetaan liikunnan harrastamisen myötä. Tärkeitä ryhmätoimintoihin osallistumisen kriteerejä ovat myös hyvä olo, terveys, seurassa oleminen, elämän tarkoitukselliseksi kokeminen sekä muut psyykkiset syyt (Nupponen 2005a).

Erilaisilla ryhmäinterventioilla on todettu olevan yksinäisyyttä ja alakuloisuutta lievittävää vaikutusta (Pitkälä 2005, Tiikkainen 2006,62) ja ohjattuja taide- ja liikuntaryhmiä on käytetty paljon ahdistuneisuus- ja masennusoireyhtymien hoitokeinona (Nupponen 2005b). Ryhmäkuntoutuksen vaikutuksista yksilöllisiin ominaisuuksiin on jo olemassa hyvin vahvaa näyttöä. Kuntoutuksessa yksilö- ja ryhmäinterventiot ovat kohdistuneet usein ”romahdusmaisesti” alkaneen toiminnanvajauksen kuten aivohalvauksen ja lonkkamurtuman jälkeiseen tilanteeseen, jolloin on tavoitteena saada toimintakyky palautumaan sairastumisesta edeltäneelle tasolle (Laukkanen 2008b). Yksilötason interventiot eivät ole olleet tutkimusten mukaan yhtä tehokkaita kuin ryhmäinterventiot (Cattan ym.2005) osin niissä puuttuvan vertaistuen takia.

Hitaasti alentuvan toimintakyvyn kuntoutuksesta ja ryhmäinterventioiden vaikutuksista niihin tiedetään vähemmän (Pitkälä ym. 2007). Ryhmäinterventioiden kohderyhminä ovat harvemmin ns. tavalliset ikäihmiset, jotka tarvitsevat ohjaus-

ta erilaisissa kotona selviytymiseen liittyvissä asioissa kuten apuvälineiden käytössä, asunnon muutostöissä, kodinhoitopalveluissa tai yksinäisyyteen liittyvissä asioissa (Helin 2008). Ikääntyville suunnatun ohjauksen ja neuvonnan tulisi olla riittävän yksilökohtaista (Leinonen 2007), jotta ikääntyvä henkilö pystyy noudattamaan sitä omassa elämäntilanteessaan ja elinympäristössään (Hershkovitz ym. 2006, Pyöriä 2007, Hirvensalo ym. 2008).

Laajassa Britanniassa tehdyssä katsauksessa analysoitiin 89 kokeellista tutkimusta, joissa selviteltiin monimuotoisten interventioiden ja geriatrisen ryhmäneuvonnan vaikutuksia fyysiseen toimintakykyyn ja itsenäiseen kotona selviytymiseen (Beswick ym. 2008). Katsauksessa todetaan, että muutokset asioiden hoitamiseen liittyvissä päivittäisissä toiminnoissa (IADL) olivat heikosti raportoituja ja hankalammin mitattavia kuin esimerkiksi laitoshoitoon joutuminen tai kaatumisten väheneminen. Katsauksessa todettiin, että toimintakykyä ja kotona selviytymistä parantavien interventioiden ei tarvinnut olla kovin laajoja ja pitkäkestoisia mikäli asiakkaan yksilölliset tarpeet oli kartoitettu hyvin ennen interventiota. Ikääntyvien päivittäisistä toiminnoista selviytymistä voidaan parantaa monenlaisilla interventioilla jos ne ovat oikein ajoitettuja ja kohdennettuja (Rantanen 2008, Pitkälä ym. 2005) ja niiden tutkimiseen on käytetty riittävän laaja-alaisia mittareita (Beswick ym. 2008, Laukkanen 2008a).

Muistiongelmiaisille kohdennetusta kognition kuntoutuksesta on saatu viime vuosina näyttöä, jonka mukaan muistitoimintojen harjoittelu on hyödyllistä ja pitkävaikutteisista (Pirttilä ym. 2007). Lievästi dementoituneet vanhukset hyötyvät moniammatillisen työryhmän tuottamasta geriatrisesta kuntoutuksesta (Pitkälä ym. 2007, Pirttilä ym. 2007). Lievästä masennuksesta ja yksinäisyydestä kärsiville ikääntyville kohdennetuista liikuntainterventioista on myös saatu näyttöä, mutta tulokset eivät aina tarkennu päivittäisistä toiminnoista selviytymisen alueelle (Pitkälä ym. 2007).

3.2 Ryhmätoimintojen vaikutukset asioiden hoitamiskykyyn

Ryhmätoiminnot voivat vähentää yksinäisyyden ja masennuksen tuomia oireita mm. sosiaalisen tuen ja vuorovaikutuksen avulla (Pitkälä ym. 2005, Willis ym. 2006, Sjösten 2007), mutta ryhmäkuntoutuksen tarkempia sisällön analyysyjä ja vaikutusta IADL- toimintoihin ei ole osoitettu monissakaan tutkimuksissa. Osassa ryhmätoimintoja on mahdotonta erottaa ryhmän sisällön vaikutusta sosiaalisen tuen tuomasta vaikutuksesta (Nupponen 2005a). Useimmiten ryhmäinterventioilla onkin monen tasoista hyvinvointiä ja vaikutusta yksilön toimintakykyyn ja mielialaan. Seuraavaksi vertaillaan erilaisten ryhmäinterventioiden vaikutuksia asioiden hoitamiskykyyn.

3.2.1 Liikuntaryhmät

Ryhmäliikunta, jossa kannustetaan iäkkäitä sosiaaliseen vuorovaikutukseen, vertaistuen hyödyntämiseen ja motoriseen oppimiseen mahdollistaa sekä fyysisen että psyykkisen kuntoutumisen toimintakyvyltään heikentyneille ikäihmisille (Karvinen 2008). Ohjatun liikuntaharjoittelun vaikutuksia ahdistuneisuus- ja masennusoireyhtymien hoidossa on tutkittu 1980 – luvulta lähtien ja varsinkin kestävyysliikuntaa sisältävissä harjoituksissa masennusoireita on saatu väheneään jo lyhyessä ajassa (Nupponen 2005b). Liikuntaharjoittelun vaikutukset eivät perustu pelkästään fyysisen kuormituksen annosteluun ja ohjelman rakenteeseen vaan suuri merkitys on myös ohjaustavalla, työmenetelmillä ja säännöllisillä tapaamisilla (Nupponen 2005a,). Psykologisten selitysmallien mukaan liikunnan piristävä vaikutus johtuu onnistumisen ja oppimisen kokemuksista, hallinnan tunteen lisääntymisestä ja itseluottamuksen kautta myös päivittäisistä toiminnoista selviytymisen helpottumisesta (Pitkälä ym. 2005, Hirvensalo ym. 2008).

Lihaskuntoutusta on kohdistettu yhä enemmän yli 80-vuotiaisiin ja harjoittelun avulla voidaankin luoda pohja päivittäisistä toiminnoista selviytymiselle (Sipilä ym. 2008). Nousujohteisella, kuntosalilaitteistolla tai vastaavalla välineistöllä suoritettulla harjoittelulla on lihasvoiman, tasapainon ja kävelynopeuden paran-

tumisen lisäksi vaikutusta varsinkin ryhmässä suoritettuna myös mielialaan (Timonen & Rantanen 2003, Latham ym. 2004, Katula ym. 2008). Monimutkaisempien päivittäisten toimintojen kuten IADL -toimintojen analysoimiseen mittarit eivät aina ole olleet riittävän laaja-alaisia (Latham 2004, Vreede ym. 2005, Beswick ym. 2008). On osoitettu, että terveillä iäkkäillä miehillä sekä naisilla lihasvoima kasvaa jo 3-4 kuukauden aikana merkittävästi (Sipilä ym. 2008). Lihasvoiman paraneminen vaikuttaa ulkona liikkumisen varmentumiseen, portaissa liikkumisen helpottumiseen ja apuvälineiden käytön vähenemiseen (Laukkanen 2008b). Lihasvoimaharjoittelun on todettu myös vähentävän depressiota ja lisäävän elämän hallintataitoja (Foldvari ym. 2000) sekä parantavan mielialaa (Pitkälä ym. 2005, Katula ym. 2008).

3.2.2 Toiminnalliset ryhmät

Tehtäväkeskeinen, toiminnallinen harjoittelu sisältää päivittäisissä toiminnoissa tarvittavia liikkeitä kuten tavaroiden siirtämistä ja kantamista, perusliikkumista asennon vaihtoiheen sekä vartalon panopisteen siirtämistä eri suunnissa (Vreede ym. 2005). Ryhmä-interventioissa on todettu, että iäkkäillä henkilöillä on usein vaikeuksia säilyttää tasapaino samanaikaisesti tapahtuvan muun toiminnan kanssa. Kognitiivinen, keskittymistä vaativa tehtävä kuten puhuminen tai laskeminen vievät huomiota ja ikääntyvän henkilön tasapaino horjuu eniten juuri tällaisissa tilanteissa (Melzer ym. 2007, Priest ym. 2008). **Dual task- harjoittelussa** fyysiseen harjoitteluun lisätään tarkoituksella kognitiivinen osio, jolloin tarvitaan kykyä keskittyä kahteen asiaan yhtä aikaa. IADL- toiminnoissa tämä on keskeinen edellytys toiminnasta suoriutumiseksi ja ikääntyvien ryhmä-interventiotutkimuksissa (Tideiksaar 1996, Toulotte 2006) tämän tyyppisillä harjoituksilla on todettu olevan eniten siirtovaikutusta päivittäisiin toimintoihin ja vähentävän sekä kaatumisia (Mansfield ym. 2007, Gates ym. 2008) että pelkoa kaatumisesta (Haagstregt ym. 2007, Sjösten 2007). Myös Lord (2003) kollegoineen osoitti laajassa Australiassa tehdyssä tutkimuksessa, että lihasvoimaharjoittelu yhdistettynä pystyasennossa tehtäviin taitoharjoituksiin vähensi kaatumisia, paransi reaktioaikaa sekä taitoja, joita tarvitaan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen.

Toiminnallisen ryhmäharjoittelun vaikutuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen on tutkittu mm. Alankomaissa 98 terveille, 70 - 82-vuotiaille kotona asuville naisille. Tutkimus toteutettiin 12 viikon aikana kolmesti viikossa tapahtuvien ryhmä-interventioiden avulla. Harjoituksissa oli mukana myös kognitiivisia toimintoja kehitettäviä osioita, jotka oli yhdistetty toimintaharjoitteluksi. Vreeden ym. (2005) sekä Toramanin & Aycemanin (2005) mukaan toimintaharjoittelu paransi päivittäistä toimintakykyä, kotona selviytymistä sekä ryhmäläisten itseluottamusta myös pitemmällä aikavälillä - jopa puoli vuotta ryhmäkokoontumisten lopettamisen jälkeen. Yksilöllisten erojen takia ohjelma on tehokkainta räätälöidä kunkin ryhmään osallistujien lähtötasoon, joka arvioidaan ennen ryhmän alkua tehtävällä toimintakyky-mittauksella (Hershkovitz ym. 2006). Arkipäivän toimintoja muistuttavista tehtäväkeskeisistä harjoituksista, jotka voi siirtää kuntoutujan omaan toimintaympäristöön, on saatu viime vuosina hyviä tuloksia myös mm. aivohalvauskuntoutujilla (Hershkovitz ym. 2006, Pyöriä 2007, Nadar & Mc Dowd 2008). Niin yksilö- kuin ryhmäinterventiossa psyykkiset ja fyysiset tekijät, ympäristötekijät, suoritettavan tehtävän mielekkyys sekä riittävä vaatimustaso tehostavat parhaiten uusien toimintojen oppimista ja siirtämistä arkielämään (Tunney ym. 2006, Pyöriä 2007, Nadar & Mc Dowd 2008).

3.2.3 Psykososiaaliset ryhmät

Kognitiivinen harjoittelu eri muodoissaan on tullut mukaan fyysisen harjoittelun rinnalle monissa, erilaisille kohderyhmille tehdyissä ryhmäkuntoutustutkimuksissa (Vreede ym. 2005, Pitkälä ym. 2005, Pyöriä 2007). Monipuolinen aktivaatio-ohjelma, jossa on sekä liikunnallista että kognitiivista kuntoutusta yhdistettynä psyko-sosiaaliseen tukeen ylläpitää Pirttilän ja kollegoiden (2007) mukaan parhaiten suorituskykyä esimerkiksi lievistä muistihäiriöistä kärsivillä kuntoutujilla. Psykososiaalisilla ryhmillä on todettu olevan myös terveystalvelujen käyttöä vähentävä vaikutus (Pitkälä ym. 2007).

Vanhustyön keskusliitto toteutti Suomessa v. 2002- 2004 tutkimuksen (Pitkälä ym. 2005), jonka avulla selvitettiin voidaanko psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen avulla parantaa yksinäisyydestä ja lievästä depressiivisyydestä kärsivien psyykkistä hyvinvointia, elämänlaatua, terveyttä ja kotona selviytymistä. Ryh-

mäinterventiot toteutettiin 235:lle 75 -92-vuotiaalle vapaaehtoiselle henkilölle, jotka saivat valita oman kiinnostuksensa mukaan joko taide- ja viriketoiminta-, liikunta- ja keskustelu- tai terapeuttisen kirjoittamisen ryhmän. Ryhmät kokoon-
tuivat kerran viikossa yhteensä 12 kertaa kolmen kuukauden ajan siten, että osallistujamäärä oli 8 henkilöä kussakin ryhmässä. Ryhmien sisällöt muotoutuivat teemojen mukaisesti, mutta kaikissa ryhmissä oli yhteistä tavoitteellinen toiminta, jossa pyrittiin edistämään ryhmäläisten keskeistä kanssakäymistä. Kaikissa ryhmissä otettiin yksinäisyys ja sen henkilökohtaiset merkitykset keskusteltavaksi jo ryhmän alkuvaiheessa. Interventioryhmistä 40 % jatkoi kokoontumisia itsenäisesti vielä 9 kk järjestetyn ryhmätoiminnan loputtua. Ryhmätoiminnan loputtua jopa 95 % tutkituista arveli yksinäisyytensä lievittyneen ja psyykkisen hyvinvointinsa parantuneen verrattuna kontrolliryhmään (Pitkälä ym. 2005).

Kognitiivisten harjoitusten on todettu lisäävän IADL- toiminnoista selviytymistä mm. Yhdysvalloissa Willisin ym. (2006) tekemän tutkimuksen mukaan. Tutkimukseen osallistui 2832 itsenäisesti kotonaan asuvaa henkilöä, joiden keski-ikä oli 73,6 vuotta. Kognitiivisen harjoittelun interventiot toteutettiin kymmenellä tapaamiskerralla, joilla harjoiteltiin kolmessa eri ryhmässä muistin eri osa-alueita: päättelyä, prosessoinnin nopeutta ja episodista muistia. Viiden vuoden pitkittäistutkimuksessa mittaukset toistettiin vielä 11 ja 35 kuukautta harjoittelun lopettamisen jälkeen. Tulokseksi saatiin, että kaikki kolme koeryhmää raportoivat selviytyvänsä paremmin IADL- toiminnoissa kuin kontrolliryhmäläiset, mutta ero oli tilastollisesti merkitsevä ainoastaan itsenäisiä päättely-harjoituksia tehneillä ryhmäläisillä. Kaikkien koeryhmäläisten selviytyminen IADL -toiminnoista parani eniten kahtena ensimmäisenä tutkimusvuotena asettuen sen jälkeen samalle tasolle kuin kontrolliryhmäläisillä (Willis ym. 2006). Myös Pyöriän (2007) sekä Nardin & Mc Dowdin (2008) tutkimuksissa todetaan käytännön ongelmista selviytymiseen tähtäävien harjoitusten parantavan eniten harjoittelumotivaatiota sekä päivittäisistä toimista selviytymistä.

Uusien taitojen oppimisessa myös mentaalista harjoittelusta on hyötyä, koska se nopeuttaa tehtävän omaksumista. Joskus mentaalinen harjoittelu voi osin jopa korvata fyysisen harjoittelun, mikäli harjoittelu ei vammaan tai sairauden takia ole mahdollista (Reid & Hirji 2003, Tunney ym. 2006). Uusin aluevaltaus kun-

toutuspalvelujen alueella onkin osin mentaaliharjoitteluun perustuva *virtuaaliharjoittelu*, josta on tehty tutkimuksia ainakin Kanadassa ja Yhdysvalloissa. Reid ja Hirji (2003) viittaavat Pimentel & Teixeran (1995) tutkimuksiin, joissa televisiovastaanottimeen kytketty tietokonepeli tarjoaa kolmiulotteisen maailman, jossa pelaaja voi vajaakuntoisuuksistaan huolimatta osallistua erilaisiin vapaa-ajan ja arkitöimintöjen aktiviteetteihin, esimerkiksi ruoanlaittoon nykyhetkessä. Monet virtuaaliohjelmat tarjoavat päämäärätietoisen, motivoivan tavan saada uusia kokemuksia osallistumisesta sellaisiin arkipäivän toimintoihin, joihin osallistuminen todellisessa elämässä olisi mahdotonta. Ryhmässä harjoiteltuna myös vertaistuen merkitys ja kilpailuhenkisyys tuovat harjoitteluun omaa ulottuvuutta sekä iloa ja virkistystä hyödyn lisäksi.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu - tutkielman tavoitteena on selvittää, parantaako liikuntaryhmiin tai sosiaalsiin virikeryhmiin osallistuminen 75- 79-vuotiaiden yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevien kotona asuvien henkilöiden asioiden hoitamiskykyä. Lisäksi haluttiin selvittää, onko yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevilla miehillä ja naisilla eroja kotona selviytymisessä ja asioiden hoitamiskyvyssä.

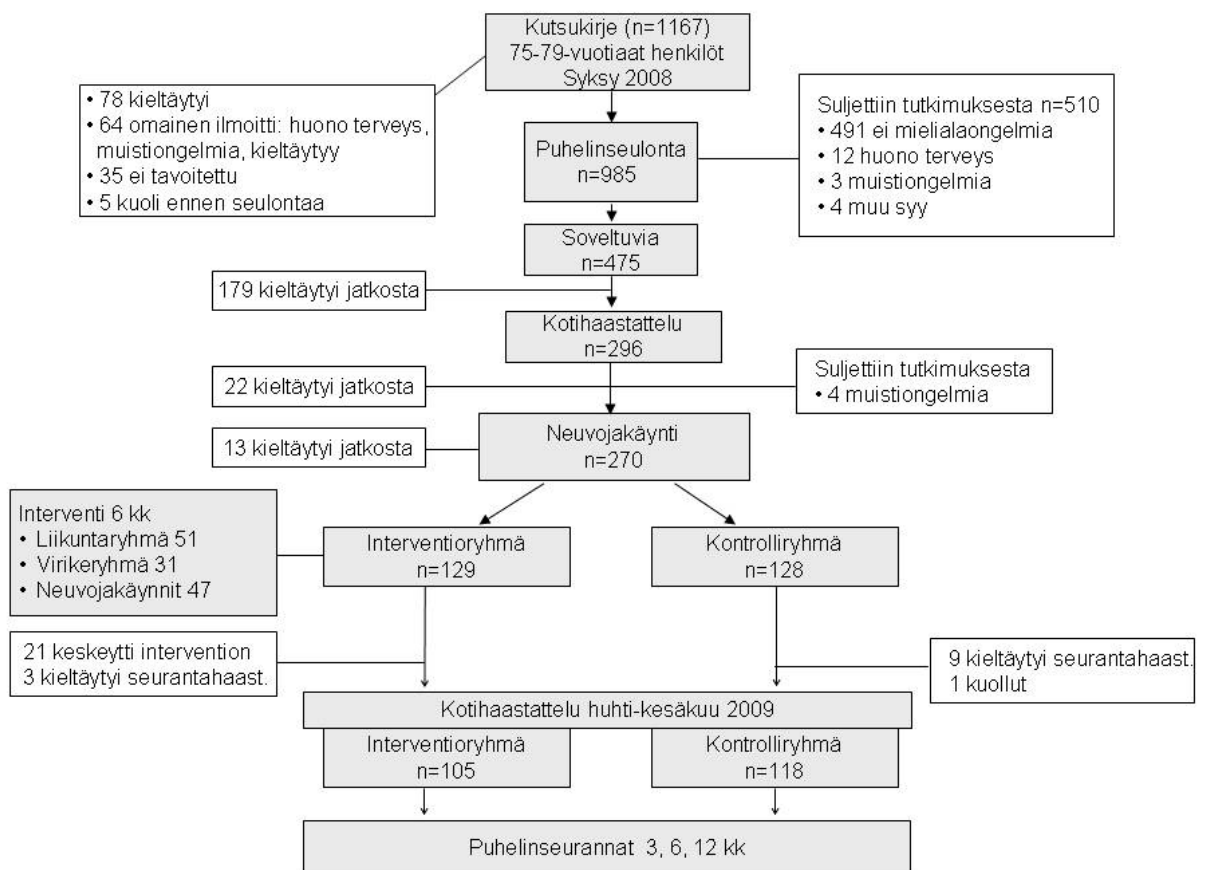
Tutkimuskysymykset:

- 1.) Onko yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevilla miehillä ja naisilla eroja IADL-toiminnoista selviytymisessä?
- 2.) Parantavatko kuusi kuukautta kestävät ryhmäinterventiot (liikuntaryhmät, sosiaaliset virikeryhmät) iäkkäiden yksinäisyyttä ja alakuloisuutta kokevien henkilöiden asioiden hoitamiskykyä?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

5.1 Tutkimusasetelma ja -aineisto

Tutkimus on satunnaistettu ja kontrolloitu ryhmäinterventiotutkimus, joka on osa Tutkimus- ja kehittämiskeskus GeroCenterin yhdessä Jyväskylän kaupungin, yliopiston ja ammattikorkeakoulun kanssa toteuttamaa Hyvä Mieli – hanketta. Kolmivuotisen (2008 -2010) Hyvä Mieli – hankkeen rahoittajina toimivat Sosiaali- ja terveysministeriö ja Raha-automaattiyhdistys. Hankkeen kokonaistavoitteena on edistää iäkkäiden henkilöiden hyvinvointia, elämänlaatua ja toimintakykyä painottaen riskien ja ongelmien varhaista tunnistamista.



Kuva 2. Hyvä Mieli-tutkimuksen tutkimusasetelma ja seurannat 2008-2010

Hankkeen tavoitteena on myös käynnistää neuvoja- ja ryhmätoimintoja ja arvioida niiden vaikutusta iäkkäiden henkilöiden kokemaan yksinäisyyteen ja alakuloisuuteen. Tutkimusjoukko koostui 75- 79-vuotiaista jyvaskyläläisistä, jotka raportoivat kokevansa yksinäisyyttä ja/ tai alakuloista mielialaa silloin tällöin tai useammin.

Tutkimusaineiston kerääminen aloitettiin postittamalla kirje 1167:lle jyvaskyläläiselle, kantakaupungin alueella asuvalle 75 - 79-vuotiaalle henkilölle syksyllä 2008 (Kuva 2). Sisäänottokriteereinä olivat: 1.) yksinäisyyden tai alakuloisuuden kokeminen vähintään silloin tällöin 2.) kognitiivista kykyä mittaavaan MMSE- testin (Mini-Mental State Examination) pistemäärän tuli olla vähintään 22 pistettä ja 3.) henkilöt suostuivat ja olivat kykeneviä osallistumaan satunnaistettuun, kontrolloituun tutkimukseen. Puhelinseulonnan jälkeen tutkimukseen soveltuviksi todettiin 475 henkilöä, joista 296 osallistui kotihaastatteluun. Kotihaastattelujen yhteydessä tutkimuksesta kieltäytyi 22 henkilöä ja ensimmäisen neuvopakäynnin jälkeen 13 henkilöä, joten lopulliseksi tutkimusjoukoksi saatiin 257 henkilöä. Neuvopakäynnin jälkeen tutkimusjoukko satunnaistettiin interventioryhmään (n= 129) ja kontrolliryhmään (n= 128). Interventioryhmäläiset jaettiin kolmeen eri ryhmään: yksilöneuvontaan, liikuntaryhmään ja sosiaaliseen virikeryhmään kaikille yksilöllisesti tehdyllä neuvopakäynnillä esille tulleiden toiveiden mukaan.

Koska tämän pro gradu-tutkielman tavoitteena on selvittää nimenomaan *ryhmäinterventioiden* vaikutuksia, henkilökohtaiseen neuvontaan osallistuneet henkilöt (n= 47) jätettiin pois aineistosta. Tässä pro gradu-tutkielmassa on mukana 210 henkilön tutkimusjoukko, josta naisia on 162 (77 %) ja miehiä 48 (23 %).

5.2 Mittausmenetelmät

Mittareina käytettiin monipuolisia haastattelu- ja kyselylomakkeita, joiden avulla selvitettiin tutkittavien terveyttä, toimintakykyä, sosiaalisia suhteita, mielialaa ja elämän laatua. Mittauksen suorittivat tehtävään koulutetut Jyvaskylän yliopiston terveystieteiden, psykologian ja sosiaaligerontologian opiskelijat. Haastateltavilta kysyttiin asumismuodon, siviilisäädyn ja itse arvioidun terveyden lisäksi mm. sairauksiin, lääkkeisiin, mielialaan ja liikkumiskykyyn liittyviä asioita.

Ihmissuhteita ja sosiaalista tukea mitattiin Hyvä Mieli-tutkimuksen 24-kohtaisella kyselylomakkeella, jolla kartoitettiin tutkittavien senhetkisiä ihmissuhteita. Elämän laatua mitattiin Maailman terveysjärjestön WHOQOL Bref- mittarilla, jossa pyydettiin muistelevaan tärkeitä asioita, toiveita ja mielihyvän - sekä huolenaiheita viimeisen kahden viikon ajalta.

IADL- toimintoja mitattiin Jyväskylän Ikivihreät- projektin yhteydessä kehitetyllä mittarilla, joka sisältää yhdeksän IADL- toimintaa kartoittavan kyselylomakkeen. Ikivihreät ADL- mittari on kehitetty Lawtonin & Brodyn (1969) Philadelphian Geriatriassa keskuksessa tekemästä mittarista, joka soveltuu hyvin kotona asuvien henkilöiden arviointiin. Mittarin avulla arvioitiin tutkittavien kykyä selviytyä yhdeksästä IADL – toiminnasta eli ruoan laitosta, pyykin pesusta, kaupassa käymisestä, kevyiden ja raskaiden taloustöiden hoitamisesta, lääkityksestä huolehtimisesta, raha-asioiden hoidosta, puhelimen käytöstä ja julkisilla kulkuneuvoilla liikkumisesta. Asioiden hoitamiskykyä arvioitiin asteikolla 0-3: 0= en pysty autettunakaan, 1= en pysty ilman toisen henkilön apua, 2= pystyn, mutta on vaikeuksia ja 3= selviän vaikeuksista.

Sukupuolten välisiä eroja vertailtaessa neliluokkainen IADL - toiminnoista selviytymislukitus tiivistettiin digotomisiksi siten, että luokat 2 ja 3 määriteltiin arvoksi 0 (=selviää itsenäisesti) ja luokat 0 ja 1 arvoksi 1 (= ei selviä ilman apua). Ryhmäintervention vaikutusta asioiden hoitamiskykyyn tutkittaessa IADL- muuttujien sisällä tapahtuvia muutoksia koodattiin uudelleen siten, että heikkenemistä kuvaavat arvot -3-> -1 muutettiin arvoksi -1 ja arvot 1->3 arvoksi 1. Arvo 0 säilyi ennallaan. Näin saatiin selville, tapahtuuko eri IADL -toiminnoissa intervention jälkeen heikkenemistä, paranemista vai säilyvätkö ne ennallaan.

5.3 Tutkimuksen interventiot

Hyvä Mieli – hankkeen toimesta syksyn 2008 ja kevään 2009 aikana käynnistettiin kolme liikuntaryhmää ja kaksi virikeryhmää, joista jokaisessa kävi viikoittain 10 -18 henkilöä. Ryhmien yhtenä tavoitteena oli osallistujien sosiaalinen aktivoituminen ja ystäväystyminen muiden ryhmäläisten kanssa. Kaikki ryhmät kokoon tuivat kerran viikossa noin kuuden kuukauden ajan. Ryhmien lopullinen sisältö suunniteltiin yhdessä osallistujien kanssa ja yhden ryhmäkerran kesto oli liikuntaryhmissä tunti ja virikeryhmissä kaksi tuntia. Ohjaajat käyttivät interventioiden aikana toimintamuotoja, joissa oltiin kontaktissa muihin ryhmäläisiin, esimerkiksi pari- ja pienryhmätyöskentelyä. Myös matkareittejä muiden ryhmäläisten kanssa suunniteltiin siten, että samalla suunnalla asuvat kulkisivat yhtä matkaa ryhmään.

Liikuntaryhmä

Liikuntaryhmän tavoitteena oli yhdessä liikkumisen ja tutustumisen lisäksi nivelten liikkuvuuden, lihasvoiman ja tasapainon parantuminen sekä erilaisiin kuntoliikuntavälineisiin tutustuminen sekä rohkaistuminen hakeutumaan jatkossakin iäkkäiden liikuntaryhmiin. Liikuntaryhmät toteutettiin Jyväskylän kaupungin liikuntatoimiston koulutettujen ja kokeneiden ohjaajien (fysioterapeutti, liikunnanohjaaja) toimesta. Ryhmäkerrat sisälsivät mm. kuntopiiri- ja tasapainoharjoittelua, keppi- ja pallojumppaa, vastuskuminauha- sekä venyttelyharjoituksia. Kolmessa eri liikuntaryhmässä oli kokoontumisia kussakin keskimäärin 20,3 kertaa ja osallistujia keskimäärin 12,5 henkilöä / ryhmä.

Virikeryhmä

Virikeryhmän sisältö rakentui osallistujien toiveiden mukaan; kirjallisuutta, maalausta, valokuvamuistelua, musiikkia, tietokilpailuja, teatteria, planetaarioretki ja lounastapaamisia. Luento-alustuksia oli erilaisista toimintakykyyn ja arkielämään liittyvistä aihepiireistä kuten unettomuus, muistisairaudet ja ikääntyvien palvelut. Ryhmien ohjaajina toimivat ammattikorkeakoulun psykiatriseen sairaanhoitoon erikoistuvat aikuisopiskelijat, jotka aloittivat ryhmätapaamiset yleensä viikkokokouksilla. Virikeryhmässä kokoontumisia oli keskimäärin 20,5/ ryhmä ja osallistujia keskimäärin 11 henkilöä /ryhmä.

Kontrolliryhmä

Koko tutkimusjoukolle toteutetulla yhdellä yksilöllisellä neuvojakäynnillä annettiin yleistä ohjausta liikuntaneuvonnasta ja paikkakunnan liikunta-, vapaa-ajan-kulttuuri- ym. tarjonnasta. Kontrolliryhmäläiset jatkoivat tutkimusajankohtana normaalia arkielämää ja harrastuksiaan.

5.4 Tulosten analysointi

Tulokset analysoitiin SPSS 17-ohjelmaa apuna käyttäen. Sosiodemografisista tekijöistä sukupuolen, siviilisäädyn, asunnon ja itsearvioidun terveyden kuvaamisessa käytettiin prosenttijakautumia. Iän ja sairauksien sekä lääkkeiden lukumäärän kohdalla käytettiin keskiarvoa ja -hajontoja. Eroja taustamuuttujien suhteen arvioitiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) ja χ^2 -riippumattomuustestillä. Sukupuolten välisten erojen merkitsevyyttä eri IADL-toiminnoista selviytymisessä arvioitiin ristiintaulukoinnin ja χ^2 -testin avulla. Ryhmäinterventioiden vaikutuksia IADL-toiminnoissa selviytymiseen kuvattiin prosenttijakaumilla ja eri ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä arvioitiin ristiintaulukoinnin ja χ^2 -testin avulla. Tilastollisen merkitsevyyden rajana kaikissa testeissä käytettiin p- arvoa < 0.05 .

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Aineiston kuvaus

Tutkimusaineistossa oli 210 jyvaskyläläistä 75- 79-vuotiasta yksinäisyyttä ja/tai alakuloisuutta kokevaa henkilöä, joista naisia oli 77 %. Tutkittavien keski-ikä oli 76.8 vuotta ja siviilisäädyltään he olivat pääosin leskiä (39 %) tai naimisissa olevia (37 %). Yksin asuvia tutkituista oli 62 % ja aviopuolison kanssa asuvia 37 %. Suurin osa tutkituista asui kerrostalo-asunnossa. Tutkituilla oli keskimäärin 2,8 pitkäaikaissairautta ja heillä oli käytössä keskimäärin viisi eri reseptilääkettä. Terveytensä vajaa kolme neljäsosaa arvioi keskinkertaiseksi, noin neljännes hyväksi ja 7 % arvioi sen huonoksi. Tutkimusjoukosta liikuntaryhmiin osallistui 51 henkilöä (24,3 %), virikeryhmiin 31 (14,8 %) ja kontrolliryhmässä oli 128 henkilöä (61 %). Taustamuuttujien suhteen ryhmiin osallistujien välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja (Taulukko 1).

6.2. Sukupuolen yhteys IADL- toiminnoista selviytymiseen

Sukupuolten välisiä eroja vertailtaessa tilastollisesti merkitseviksi osoittautuivat erot seuraavissa toiminnoissa: ruoan laittaminen ($p=.013$), pyykin peseminen ($p=.015$) ja puhelimen käyttö ($p=.010$). Näistä toiminnoista naiset selvisivät miehiä paremmin. Myös kevyistä taloustöistä naiset selvisivät tässä tutkimuksessa hieman miehiä paremmin, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=.096$). Miehet selvisivät vastaavasti naisia itsenäisemmin mm. raskaiden taloustöiden tekemisestä, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä – raskaiden taloustöiden tekemisestä 71 % miehistä ja 64 % naisista selviytyi itsenäisesti. Muiden IADL- toimintojen suhteen sukupuolten väliset erot olivat pieniä ja itsenäisen suoriutumisen prosentti-osuudet olivat hyviä, peräti 83,3 – 98,8 % (Taulukko 2).

Taulukko 1. Tutkittavien sukupuolijakauma, siviilisääty, asunto, itsearvioitu terveys (n ja %) sekä ikä, sairauksien ja lääkkeiden lukumäärä (ka. ja SD) baseline- tilanteessa

n=210	Liikunta-ryhmä n=51 (%)	Virike-ryhmä n=31 (%)	Kontrolli-ryhmä n=128(%)	p-arvo χ^2
Sukupuoli				.751
Naiset n=162	38 (74)	23 (74)	101 (79)	
Miehet n=48	13 (25)	8 (26)	27 (21)	
Siviilisääty				.858
- naimisissa	23 (45)	10 (32)	46 (36)	
- naimaton	5 (9)	4 (13)	16 (12)	
- leski	20 (39)	12 (39)	51 (40)	
- eronnut	3 (6)	5 (16)	14 (11)	
Asunto				.572
- kerrostalo	41 (80)	28 (90)	106 (83)	
- rivitalo	4 (8)	2 (7)	9 (7)	
- omakotitalo	5 (10)	1 (3)	13 (10)	
- palvelutalo	1 (2)	0	0	
Itsearvioitu terveys				.343
- huono	4 (8)	0	11 (9)	
- keskinkertainen	32 (62)	23 (74)	91 (71)	
- hyvä	15 (29)	8 (26)	26 (20)	
	Muuttujien ka. (SD)			p-arvo ANOVA
Ikä v.	77 (1,4)	76,7(1,3)	76,9(1,4)	.574
Sairaudet lkm	2,8 (1,8)	2,8 (1,3)	2,7 (1,5)	.974
Lääkkeet lkm	5,3 (5,2)	4,6 (3,1)	4,7 (3,2)	.611

Taulukko 2. Itsenäisesti IADL- toiminnoista selviytyvien miesten ja naisten osuudet

IADL- toiminta	Miehet	Naiset	p-arvo
	n= 48	n= 162	
	%	%	
Ruoan laittaminen	83,3	95,1	.013*
Pyykin peseminen	79,2	94,4	.015*
Kaupassa käyminen	89,6	88,3	.118
Kevyet taloustyöt	83,3	91,4	.096
Raskaat taloustyöt	70,8	64,4	.275
Lääkityksen hoito	97,9	95,7	.507
Puhelimen käyttö	91,7	98,8	.010*
Kulkuvälineiden käyttö	89,6	86,4	.818
Raha-asioiden hoito	93,8	96,9	.315

* p-arvo tilastollisesti merkitsevä

6.3. Ryhmäinterventioiden yhteys IADL –toimintoihin

Kaikkien tutkittujen selviytyminen IADL – toiminnoista oli melko itsenäistä jo ennen interventioiden toteutumista, joka vähensi ryhmien välisiä eroja interventioiden suhteen. Tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välistä muutosta vertailtaessa oli **kevyiden taloustöiden** tekemisessä ($p=.033$). Eniten paranemista tapahtui **liikuntaryhmään** osallistuneilla, joista 11,1 % selviytyi kevyistä taloustöistä paremmin ryhmäintervention jälkeen kuin ennen ryhmää.

Myös ruoanlaitosta ($p= .190$) ja pyykin pesemisestä ($p= .111$) suoriutumisessa oli eroa interventioryhmien ja kontrolliryhmän välillä, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. **Virikeryhmäläisistä** 7,4 % paransi suoriutumistaan pyykin pesemisestä ja liikuntaryhmäläisistä 6,6 %:lla paranivat itsenäiset ruoanlaittotaidot . Eniten ennallaan säilyviä toimintoja sekä interventioryhmissä että kontrolliryhmässä oli puhelimen käyttö. **Kontrolliryhmäläisillä** kaikissa IADL – toiminnoissa paitsi puhelimen käytössä tapahtui enemmän heikkenemistä kuin paranemista. Eniten heikkenemistä (32,2 %) heille tuli raskaiden taloustöiden te-

kemisestä ja pyykin pesemisestä (11,9 %) suoriutumisessa (Taulukko 3). Ras-
kaiden taloustöiden tekeminen heikkeni myös molemmissa interventioryhmissä
noin neljänneksellä osallistujista. Julkisten kulkuneuvojen käytössä ryhmien vä-
liset erot olivat kaikkein vähäisimmät ($p = .951$). Myös raha-asioiden hoidossa ja
kaupassa käymisestä suoriutumisessa erot olivat hyvin pieniä ryhmien välillä ei-
kä interventioilla ollut niihin merkitystä.

Taulukko 3. Ryhmäinterventioiden vaikutus IADL- toiminnoista selviytymiseen

IADL- toiminta	Liikuntaryhmä			Virikeryhmä			Kontrolliryhmä			p-arvo
	parantui %	heikkeni %	ennallaan %	parantui %	heikkeni %	ennallaan %	parantui %	heikkeni %	ennallaan %	
Ruoanlaitto	6,7	11,1	82,2	0	0	100	2,5	8,5	89	.190
Pyykin pesu	4,4	2,2	93,3	7,4	0	92,6	3,4	11,9	84,7	.111
Kaupassa käynti	2,2	8,9	88,9	7,4	3,7	88,9	4,2	9,3	86,4	.745
Kevyet taloustyöt	11,1	2,2	86,7	3,7	3,7	92,6	0,8	5,9	93,3	.033*
Raskaat taloustyöt	2,2	26,7	71,1	3,7	29,6	66,7	10,2	32,2	57,6	.313
Lääkitysasiat	0	0	100	3,7	7,4	88,9	0,9	5,1	94	.257
Puhelimen käyttö	2,2	0	97,8	0	0	100	2,5	2,5	95	.630
Raha-asiat	2,2	2,2	95,6	3,7	7,4	88,9	2,5	5,1	92,4	.866
Julkinen liikenne	11,1	13,3	75,6	11,1	7,4	81,5	10,3	12,8	76,9	.951

*p- arvo .033 on tilastollisesti merkitsevä

7 POHDINTA

7.1. Tulosten arviointia

Tässä pro gradu – tutkielmassa tutkittiin liikunta- ja virikeryhmän vaikutuksia yksinäisyyttä tai alakuloisuutta kokevien ikääntyvien henkilöiden IADL- toimintoihin sekä vertailtiin sukupuolten välisiä eroja samoissa . Sukupuolten väliset erot olivat pieniä, mutta naiset pärjäsivät jonkin verran miehiä paremmin ruoan laittamisessa, pyykin pesemisessä ja puhelimen käytössä. Raskaissa taloustöissä miehet vastaavasti pärjäsivät hieman naisia paremmin. IADL – toiminnoille onkin tyypillistä sukupuoliroolien mukainen käyttäytyminen, joka tässä ikäluokassa (75 – 79-vuotiaat) tulee selvästi esille. Aiemmissa esimerkiksi Laukkasen (1998) tutkimuksessa miehet selviytyivät useimmista IADL – toiminnoista paremmin kuin naiset, mutta naiset raportoivat niissäkin vähemmän vaikeuksia ruoanlaitossa. Iki vihreät -aineistossa itsenäisesti IADL - toiminnoista selviytyi 75- vuotiaista miehistä noin puolet ja naisista vain 33 %, joten tässä pro gradu-tutkielmassa itsenäisesti selviytyneiden osuudet olivat selvästi suuremmat (Taulukko 2). Toimintakykyisten vuosien määrä onkin molemmilla sukupuolilla kasvanut erityisesti nuorempien eläkeikäisten ikäkohorteissa viime vuosikymmenien aikana (Heikkinen ym. 2003). Pitkittäistutkimuksissa erot sukupuolten välillä ovat olleet pieniä niin kuin tässäkin tutkielmassa.

Interventioiden vaikutuksia IADL – toimintoihin tutkittaessa eniten tason parnemista tuli kevyistä taloustöistä suoriutumisessa, josta liikuntaryhmään osallistuneet selviytyivät parhaiten. Myös ruoanlaitto-aidoissa selviytymisessä oli hieman eroa interventioryhmän eduksi, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Virikeryhmäläiset vastaavasti paransivat itsenäistä suoriutumistaan mm. pyykin pesemisessä. Osa asioiden hoitamiskykyyn liittyvistä toiminnoista pysyi interventioryhmissä ennallaan, joka sekin voidaan laskea toimintakykyä ylläpitäväksi asiaksi. Toimintakyvyn tason ylläpysyminen on jo positiivinen mittaustulos silloin kun on kyseessä preventiivinen toiminta. Kontrolliryhmäläiset raportoivat lähes kaikissa IADL- toiminnoissa lievää heikkenemistä, joka kertoo myös interventioiden vaikuttavuudesta. Raskaista taloustöistä selviytymisessä sekä inter-

ventio- että kontrolliryhmäläiset yllättävää kyllä heikensivät suoritustaan puolen vuoden aikana. Syynä voi olla se, että interventiot toteutettiin talviaikaan jolloin kerrostalossa kantakaupungin alueella asuvilla ikäihmisillä ei ole raskaita taloustöitä tehtävänä tai niiden tekemisessä ovat avustaneet sukulaiset tai kotiapu. Kotiavun määrää tai vaikutuksia ei kuitenkaan selvitetty tässä tutkimuksessa.

Toimintakyvyn aleneminen alkaa tutkimusten mukaan IADL- toimintojen heikkenemisestä (Laukkanen 1998, 31, Heikkinen ym. 2003), mutta muutokset tutkituilla kotona asuvilla 75 - 79-vuotiailla jyvaskyläläisillä olivat vielä vähäisiä. Tutkittavat arvioivat terveytensä melko hyväksi jo alkumittauksissa eikä heillä ollut suuria toimintakyvyn vajauksia yksinäisyydestä ja alakuloisuudesta huolimatta vielä havaittavissa. Iäkkäät elävät melko itsenäistä elämää noin 80 -vuotiaiksi asti, jonka jälkeen toimintakyvyn vajeita alkaa ilmaantua (Helin 2000,18, Heikkinen ym. 2003). 80 vuoden ikä on huomioitu myös sosiaalihuoltoon koskevassa lainuudistuksessa, monissa suosituksissa sekä projekteissa, mm. kuntien tekemisissä ennaltaehkäisevissä kotikäynneissä. Kyselylomakkeessa arviointiperusteena oli avun tarpeen määrä ja koetut vaikeudet eri toiminnoissa. Toisen henkilön avun tai apuvälineen käyttö ovat kuitenkin osoitus jo vaikeammasta toimintakyvyn heikkenemisestä (mm. Laukkanen 1998, 29), jota tämän pro gradu- tutkielman tutkituista koki vain harva. Varhainen puuttuminen toimintakyvyn alkavaan vajeeseen olisi sekä yhteiskunnalle että henkilölle itselleen kaikkein edullisinta, mutta yksinäisyys ja alakuloisuus ovat asioita, joita ei aina haluta kertoa ulkopuolisille.

IADL- toiminnoissa tapahtuneiden muutosten vähäisyyteen voi olla osasyynä myös se, että kontrolliryhmä sai myös huomiota osakseen käydessään alkumittausten yhteydessä henkilökohtaisella neuvontakäynnillä. Henkilökohtaista liikuntaneuvontaa käsittelevän tutkimuksen mukaan (Pakkala ym. 2008) yksilöllisellä, voimavarakeskeisellä ohjauksella voidaan saada aikaiseksi fyysisen aktiivisuuden lisääntymistä erityisesti lievistä masennusoireista kärsivillä henkilöillä kun heille toteutettiin lisäksi puhelinseuranta neljän kuukauden välein. Hyvä Mieli- hankkeessa toteutettiin puhelinseurannat 3,6 ja 12 kuukauden välein, mutta niiden tulosten analysointi ei liity tämän pro gradu- tutkielman tutkimusongelmiin.

Tutkitut interventoryhmät olivat osa Hyvä Mieli- tutkimusta, jonka tavoitteena on selvittää ryhmätoimintojen vaikutusta yksinäisyyteen ja alakuloisuuteen. Interventio-ryhmissä ei välttämättä erikseen korostettu tai harjoitettu päivittäisiä toimintoja tai juuri asioiden hoitamiskykyyn liittyviä toimintoja. Toisaalta toteutetut liikuntaryhmät olivat sisällöltään perinteisiä, yleisesti liikuntatoimessa toteutettuja liikuntaryhmiä monipuolisine harjoitteineen, joiden arvioidaan yleensä vaikuttavan positiivisesti myös päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseen. Jos asioiden hoitamiskykyyn halutaan vaikuttaa, sitä tulisi myös systemaattisesti mitata ja harjoitukset tulisi kohdentaa mahdollisimman paljon asioiden hoitamistoimintoja vastaaviksi. Sosiaalisen virikeryhmän aihepiirit, sisällöt ja keskustelutuokiot oli muotoiltu osallistujia kiinnostavista aiheista, jotka varmaankin osaltaan myös auttoivat arkielämän pulmatilanteista selviytymiseen. Vertaistukea molemmissa ryhmissä tuli runsaasti, koska ryhmissä korostettiin nimenomaan yhdessä tekemistä.

Ikääntyville kotona asuville henkilöille kohdistetut ryhmätoiminnot ovat usein liikunta- tai keskustelupainotteisia. Kotona asumiseen ja kodin ulkopuolella tapahtuvia toimintoja tulisi myös harjoitella ryhmissä konkreettisesti ja yhdistää kognitiivisia toimintoja fyysisiin harjoituksiin (Tideiksaar 1996, Toulotte 2006). Esimerkiksi pankki-automaatin käyttö on edelleen monelle ikääntyvälle hankala asia ja he ovat kompensoineet toiminnan käyttämällä ainoastaan henkilökohtaista pankkipalvelua. Toiminnallisia ryhmiä tulisivin räätälöidä enemmän osallistujien tarpeita vastaaviksi (Hershkovitz ym. 2006) ja harjoitella normaaliin asioimiseen liittyviä toimintoja (Pyöriä 2007, Nadar & Mc Dowd 2008). Moniammatillinen lähestymistapa edellyttää asioiden tarkastelemista myös toimintaterapian näkökulmasta, koska aina ei ole mahdollisuutta saada juuri toimintaterapeuttia ohjaamaan ryhmiä. Moniammatillisuus edellyttää kaikilta ikääntyvien ihmisten kanssa työskenteleviltä tietojen ja taitojen jatkuvaa päivittämistä. Tietoyhteiskunnassa myös sosiaalisen median lisääntyminen haastaa sekä kliinikot että tutkijat miettimään uudenlaisia näkökulmia myös ikääntyvien toimintakykyä ja erityisesti asioiden hoitamiskykyä tarkasteltaessa.

7.2. Luotettavuuden arviointia

Käytössä olevat IADL -mittarit eivät ehkä ole riittävän herkkiä mittaamaan lieviä päivittäisten toimintojen selviytymisen vaikeuksia tai muutoksia eri luokasta toiseen. Iäkkäillä henkilöillä on myös paljon väliin tulevia muuttujia, jotka saattavat vaikuttaa arvioinnin luotettavuuteen, esimerkiksi lievät muistihäiriöt, heikentyneet aistitoiminnot tai tilapäiset liikuntakyvyn vaikeudet (Laukkanen 2008a). Toiminnanrajoitteet IADL- toiminnoissa eivät myöskään uhkaa samalla tavalla itsenäistä selviytymistä kuin rajoitukset BADL- toiminnoissa (Helin 2000, 99), jolloin ikääntyvä ei huomaa niitä aina puutteeksi. IADL- toiminnoissa moni on saattanut turvautua ulkopuoliseen apuun esimerkiksi siivous- remonti- ja raha-asioiden hoitamisessa eikä silti ole kokenut sitä toimintakyvyn heikkenemiseksi. Kyselytutkimukseen perustuva IADL- toiminnoissa selviytymisen arviointi voi kuvastaa myös tietyn päivän tuntemusta ja pienet muutokset luokkien välillä saattavat jäädä raportoimatta. Muistilla on myös tärkeä osuus erilaisista toiminnoista selviytymistä kysyttäessä. Tutkimusjoukolla yhtenä sisäänotto-kriteereinä oli MMSE- testin vähimmäispistemäärä 22 pistettä. Tämä pistemäärä voi olla jo merkki lievästä kognitiivisen tason heikkenemisestä, koska rajana pidetään yleensä 24 pistettä.

Monissa tutkimuksissa on todettu toimintakykymittareiden yhdenmukaistamisen tarve niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Haighin ym. (2001) kartoituksen mukaan Euroopassa oli käytössä hyvin monenlaisia toimintakykymittareita. Mittausmenetelmiä arvioitiin yhteensä yhdeksässä eri sairausryhmässä, joissa mitään yhtenäistä arviointimenetelmää ei ollut käytössä. ICF- malli on kehitetty yhdenmukaistamaan toimintakyvyn käsitteitä ja mittaamista moniammatillisessa käytössä, mutta mallin käyttö on vielä suhteellisen vähäistä. Henkilökohtainen haastattelu on Laukkanen (2008a) mukaan monissa tutkimuksissa mukaan todettu luotettavaksi ja osallistumisprosenttiltaan parhaaksi tiedonkeruumenetelmäksi. Puhelimitse kerättyihin tietoihin on suhtauduttava kriittisemmin, koska iäkkäät henkilöt väsyvät helposti ja voivat kokea haastattelun liian pitkäkestoiseksi (Laukkanen 2008a).

Myös intervention pituudella ja frekvenssillä on yhteyttä lopputulokseen ja tämän tutkimuksen intervention pituus kuusi kuukautta ei välttämättä riitä osoittamaan muutoksia niin monimuotoisissa toiminnoissa kuin IADL- toiminnat ovat. Kestoltaan pidempi ja vähintään 2 kertaa viikossa kokoontuva ryhmä tuo tutkimusten (Timonen & Rantanen 2003, Karvinen 2008) mukaan parhaiten vaikutusta ikääntyvien toimintakykyyn. Tällä ikäryhmällä sekä lyhyissä että pitkissä interventioissa on usein myös muita väliin tulevia muuttujia kuten sairauksia ja hoitojaksoja, jotka aiheuttavat poissaoloja tai voivat keskeyttää ryhmään osallistumisen kokonaan. Myös vuodenaika vaikuttaa ikääntyvien ulkona liikkumisen ja asioimisen määrään siten, että talviaikaan ikääntyvät pysyvät enemmän sisätiloissa sääolosuhteista johtuvan kaatumisen pelon takia (Karvinen 2008). Tässä tutkielmassa tehtiin alkumittaukset syksyllä, ryhmäinterventiot toteutettiin talviaikaan ja loppumittaukset ajoittuivat loppukevääseen.

Ryhmäinterventioihin osallistuneiden määrä oli tässä tutkimuksessa kontrolliryhmäläisten määrää selvästi pienempi, joka johtui siitä että yksilöneuvontaa saaneet jätettiin pois aineistosta. Joissakin tulos-osioissa solufrekvenssit jäivät pieniksi luokkien yhdistelemisestä huolimatta eikä p -arvoon näin ollen voi täysin luottaa. Loppumittauksissa oli 20 henkilöä vähemmän osallistujia kuin alkumittauksissa kadon takia. Tutkimuksen keskeyttivät eri syistä 17 naista ja 3 miestä. Keskeyttäneitä oli liikuntaryhmässä 6 (12 %), virikeryhmässä 4 (13 %) ja kontrolliryhmässä 10 (8 %). Loppuhaastatteluista kieltäytymisen syiksi mainittiin mm. huono terveys ja jaksaminen ja haluttomuus osallistua loppuhaastatteluihin. Kaiken kaikkiaan osallistumisprosentti oli korkea, 90 % tutkimusjoukosta osallistui loppuhaastatteluun ja poissaoloja interventioryhmistä oli vähän.

LÄHTEET

Baltes M & Carstensen L. The process of successful ageing. *Ageing and Society* 1996; 16: 397-422.

Beswick A, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371 (9614): 725-35.

Bondevik M & Skogstad A. The oldest old, ADL, social network and loneliness. *Western Journal of Nursing Research* 1998; 20(3): 325-43.

Cattan M, White M, Bond J & Learmouth A. Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion interventions. *Ageing and society* 2005;25: 41-67.

Foldvari M, Clark M, Laviolette L, Bernstein M, Kaliton D, Castaneda C, Pu C, Hausdorff J, Fielding R, Singh M. Association of muscle power with functional status in community-dwelling elderly women. *Journal of Gerontology* 2000; 55A: 192-99.

Gates S, Fisher J, Cooke M, Carter Y, Lam S. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2008; 336 (7636): 130-33.

Haastregt J, Zijlstra G, Rossum E, Vaneijk E, Witte L, Kempen G. Feasibility of a cognitive behavioral group intervention fear of falling and associated avoidance of activity with community-living older people; a process evaluation. *BMC Health Services Research* [online], 27.9.2007 [viitattu 23.3.2009] <http://creativecommons.org/licenses/by2.0>

Haigh R, Tennant A, Biering -Sorensen F, Grimberg G, Marincek C, Phillips S, Ring H, Tesio L & Thonnard J-L. The use of outcome measures in physical medicine and rehabilitation within Europe. *J Rehab Med* 2001; 33: 273 -78

Heikkinen E, Kauppinen M, Laukkanen P. Toimintakyvyn ylläpitäminen ja sairauksien ehkäisy. Teoksessa Hietanen A & Lyyra T-M läkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003;2: 48 -57.

Heikkinen R-L. Mielenterveys ja sen edistäminen iäkkäillä. Teoksessa Hietanen A & Lyyra T-M (toim.) läkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2003;2: 87 -96.

Helin S. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Väitöskirja. Liikunta - ja terveystieteiden julkaisuja 71. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2000: 15 -21, 99-114.

Helin S. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia 2.p Kustannus Oy Duodecim Helsinki, 2008: 429 -33.

HersHKovitz A, Gottlieb D, Beloosesky Y, Brill S. Assessing the potential for functional improvement of stroke patients attending a geriatric day hospital. Archives of Gerontology and Geriatrics 2006; 43:243- 48.

Hirvensalo M, Rasinaho M, Rantanen T, Heikkinen E. Liikunta. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia 2.p. Kustannus Oy Duodecim Helsinki, 2008: 458 -65.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2008:3. Yliopistopaino Helsinki 2008.

Jylhä M. Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. Canadian Journal on Aging 2004;23(2):157-168.

Karvinen E. Liikunta osana iäkkäiden kotihoitoa, palveluasumista ja pitkäaikaishoitoa. Teoksessa Leinonen R & Havas E (toim.) Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu 212. Jyväskylä 2008; 68-76.

Katula J, Rejeski W J, Marsh A. Enhancing quality of life in older adults: A comparison of muscular strength and power training. Health and Quality of Life Outcomes 2008;6:45 [WWW-dokumentti] Päivitetty 13.6.2008 [viitattu 24.2.2009] <http://hqlo.com/contents/6/1/45>

Katz S, Ford A, Moskowitz R, Jackson B & Jaffee M. Studies of illness in the aged. The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial function. Journal of the American Medical Association 1963: 185: 914-19.

Latham N, Bennett D, Stretton C, Anderson C. Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. Journal of Gerontology 2004; 59: 48-61.

Laukkanen P. Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Väitöskirja. Liikunta - ja terveystieteiden julkaisu 56. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 1998: 16 -32, 74 -93.

Laukkanen P. Päivittäisistä toiminnoista selviytymistä arvioivat haastattelu- ja kyselytutkimukset. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia 2.p. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008a; 295-304

Laukkanen P. Toimintakyky ja ikääntyminen - käsitteestä ja viitekehuksesta päivittäistoiminnoista selviytymisen arvioimiseen. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia 2.p. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008b; 264-69.

Lawton P.M, Brody E. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9:179-86.

Leinonen R, Heikkinen E, Hirvensalo M et al. Customer-oriented counseling for physical activity in older people: study protocol and selected baseline results of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Medical Science and Sports* 2007;17: 156 -64.

Lord S, Castell S, Corcoran J, Dayhew J, Matters B, Shan A, Williams P. The effect of group-exercise on physical functioning and falls in frail older people living in retirement villages: A randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2003; 51: 1685 -92.

Lyyra T-M, Lyyra A-L, Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Muutokset iäkkäiden ihmisten sosiaalisissa suhteissa: 16 vuoden pitkäaikainen tutkimus. *Gerontologia* 2008;1:2-11.

Mansfield A, Peters A, Liu B, Maki B. A perturbation-based balance training program for study protocol for a randomised and controlled trial. *BMC Geriatrics* 2007 [online] 31.5.2007 [viitattu 16.3.2009] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1903355&tool=pmcentrez>

Melzer I, Kurz I, Shahar D, Levi M, Oddsson L. Application of the voluntary step execution test to identify elderly fallers. *Age and ageing* 2007; 36(5): 532 -37

Miettinen M. Valtakunnalliset linjaukset ja toimenpiteet iäkkäiden ja ikääntyneiden terveystoiminnassa. Teoksessa Leinonen R & Havas E (toim.) *Fyysinen aktiivisuus iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin edistäjänä. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja* 212. LIKES-tutkimuskeskus, Jyväskylä 2008; 14-19.

Mullins L, Sheppard H, Andersson L. Loneliness and social isolation in Sweden: Differences in age, sex, labor force status, self-rated health and income adequacy. *Journal of Applied Gerontology* 1991;10 (4):455-468

Nadar M & McDowd J. "Show me, don't tell me"; is this a good approach for rehabilitation? *Clinical Rehabilitation* 2008; 22: 847 -55.

Nupponen R. Liikunta ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Fogelholm M & Vuori I. (toim.) *Terveystoiminta*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2005a; 48 -59.

Nupponen R. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa Fogelholm M & Vuori I. (toim.) *Terveystoiminta*. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki, 2005b; 50 -57.

Pakkala I, Read S, Leinonen R, Hirvensalo M, Lintunen T & Rantanen T. The effects of physical activity counseling on mood among 75- to 81-year-old people. *Preventive Medicine* 2008; 46: 412-18.

Penninx B, Van Tilburg T, Kriegsman D, Boeke A, Deeg D & Van Eijk J. Social network, social support and loneliness in older people with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health* 1999; 11(2): 151-168.

Perlman D. European and Canadian studies of loneliness among seniors. *Canadian Journal on Aging* 2004; 23(2): 181 -88.

Pikkarainen A. Vapaa-aika ja harrastukset. Teoksessa Lyyra T-M, Pikkarainen A, Tiikkainen P (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tammer -Paino Oy. Tampere, 2007; 88 -112.

Pirttilä T, Heimonen S, Granö S. Kuntoutuksella keskeinen rooli dementoivaa sairautta sairastavan hoidossa. *Gerontologia* 2007; 4: 320 -26.

Pitkälä K, Routasalo P, Kautiainen H, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys. Psykososiaalisen ryhmäkuntoutuksen vaikuttavuus. Vanhustyön keskusliiton tutkimusraportti 11. Gummerus Kirjapaino Oy 2005: 23-9, 54-60.

Pitkälä K. Liikunnan merkitys terveydelle ja toimintakyvylle ikääntyessä. Teoksessa Routasalo P, Pitkälä K, Karvinen E (toim.) Ikääntyneiden yksinäisyysryhmäliikunta ja -keskustelut psykososiaalisena kuntoutuksena. Vanhustyön keskusliiton tutkimusraportti 7. Gummerus Kirjapaino Oy 2004; 11 -20.

Pitkälä K, Eloniemi - Sulkava U, Huusko T, Laakkonen M-L, Pietilä M, Raivio M, Routasalo P, Saarenheimo M, Savikko N, Strandberg T, Tilvis R. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? *Suomen Lääkärilehti* 2007;42: 3851-56.

Priest A, Salomon K, Hollman J. Age-related differences in dual task walking: a cross-sectional study. *Journal of neuroengineering and rehabilitation* 2008. [WWW-dokumentti] Päivitetty 14.11.-08
<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0> [viitattu 26.2.2009]

Pyöriä O. Aktivoiva fysioterapia tukee aivohalvauspotilaiden toimintakyvyn parantumisesta. *Fysioterapia* 2007; 8: 4-8.

Rantanen T. Gerontologisen tutkimustiedon soveltaminen ikääntyvän väestön toimintakyvyn edistämiseksi. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia*. 2.p. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008; 409-14.

Reid D & Hirji T. The influence of virtual reality leisure intervention program on the motivation of older adult stroke survivors. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics* 2003; 21 (4) [WWW-dokumentti].
<http://www.haworthpress.com/web/POTG> [viitattu 12.3.2009]

Routasalo P Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Voutilainen P, Tiikkainen P (toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. 1.p. WSOY, Helsinki 2009; 184-193.

Russell D, Cutrona C, de la Mora A, Wallace R. Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology & Aging* 1997; 12 (4): 574-89.

Savikko N, Routasalo P, Tilvis R.S, Strandberg T.E, Pitkälä K.H. Predictors and subjective causes of loneliness in aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2005;41: 223-33.

Sipilä S, Rantanen T, Tiainen K. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia 2.p.* Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2008; 114 -19.

Sjösten N. Kaatumisten psyykkiset vaaratekijät ja niihin vaikuttaminen. *Gerontologia* 2007;4: 349 -51.

Stuck A, Walthert J, Nikolaus T, Bula C, Hohmann C & Beck J. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: A systematic literature review. *Social Science & Medicine* 1999; 48: 445-69

Tideiksaar R. Preventing falls: how to identify risk factors, reduce complications. *Geriatrics* 1996; 51: 43 -55.

Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys - seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. Väitöskirja. Liikunta - ja terveystieteiden julkaisuja 114. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä 2006: 11-24, 62-65.

Tiikkainen P. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra T-M, Pikkarainen A, Tiikkainen P (toim.) *Vanheneminen ja terveys.* Tammer-Paino Oy. Tampere, 2007; 153 -160.

Tilvis RS, Pitkälä KH, Jolkkonen J, Strandberg TE. Feelings of loneliness and 10- year cognitive decline in the aged population. *Lancet* 2000; 356: 77-8.

Timonen L & Rantanen T. Voimaharjoitteluun perustuva vanhusten kuntoutusmalli. Kokemuksia Joensuun terveyskeskuksesta. *Suomen Lääkärilehti* 2003; 34: 3303-6.

Toraman NF & Ayceman N. Effects of six weeks of detraining of functional fitness of old people after nine weeks of multicomponent training. *British Journal of Sports Medicine* 2005; 39: 565-8.

Toulotte C, Thevenon A, Watelain E. Identification of healthy elderly fallers and nonfallers by gaitanalysis under dual –task conditions. *Clinical Rehabilitation* 2006; 20: 269-76.

Tunney N, Billings K, Blakely B, Burch D, Hill M, Jackson K. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 2006;24(3) [online] <http://www.haworthpress.com/we/POTG> [viitattu 26.2.2009]

Vreede P, Samson M, van Meeteren NLU, Duursma SA, Verhaar HJJ. Functional task exercise versus resistance strenght exercise to improve daily function in older women. *Journal of American Geriatrics Society* 2005; 53:2-10.

WHO International Classification of Functioning, Disability and Health 2001.

Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke KM, Morris JN, Rebok GW, Unversagt FW, Stoddard AM, Wright E. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006; 296(23): 2805-14.