

IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUS NÄKÖÖN JA KUULOON
– aistitoimintojen heikentymisen tunnistaminen ja arviointi sekä
ikäntyneen tukeminen

Kivimäki Taina

Gerontologian ja
kansanterveyden
pro gradu -tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Terveystieteiden laitos

Syksy 2010

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	1
2 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUS NÄKÖÖN JA KUULOON, HEIKENTYMISEN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI SEKÄ IKÄÄNTYNEEN TUKEMINEN.....	3
2.1 Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon	3
2.1.1 Näön muutokset ja heikentymisen syyt.....	3
2.1.2 Näön seulonta ja tarkastukset	6
2.1.3 Näön apuvälineet ja kuntoutus	8
2.1.4 Kuulon muutokset ja heikentymisen syyt.....	9
2.1.5 Kuulon seulonta ja tarkastukset.....	13
2.1.6 Kuulon apuvälineet ja kuntoutus	13
2.2 Heikentyneen näön ja kuulon tunnistaminen, arviointi ja ikääntyneen tukeminen.....	14
2.2.1 Heikentyneen näön ja kuulon tunnistaminen ja arviointi	15
2.2.2 Heikentyneen näön ja kuulon tukeminen	19
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	22
4 TUTKIMUSMENETELMÄT	23
4.1 Tutkimusaineiston kohderyhmän valinta.....	23
4.2 Tutkimusaineiston keruu	23
4.3 Tutkimuksen eettisyys	25
4.4 Tutkimustulosten analysointi.....	25
5 TULOKSET	26
5.1 Taustatiedot	26
5.2 Mitä hoitajat tietävät näkö- ja kuulovaikeuksien syistä ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista?.....	27
5.3 Mitä keinoja hoitajat käyttävät ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen tunnistamiseen ja arviointiin?.....	29
5.4 Miten hoitajat tukevat ikääntynyttä näön ja kuulon heikentyessä?.....	34
5.5 Ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen arviointi ja mahdollisten ongelmatilanteiden ratkaiseminen kotona ja laitoksessa.....	37
6 POHDINTA.....	43
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	48
LÄHTEET	49
LIITTEET	

TIIVISTELMÄ

Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon – aistitoimintojen heikentymisen tunnistaminen ja arviointi sekä ikääntyneen tukeminen

Taina Kivimäki

Pro gradu -tutkielma

Gerontologia ja kansanterveys

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Syksy 2010

Ohjaajat: Sari Teeri ja Pertti Era

57 sivua, 2 liitettä

Ikääntyneiden näön ja kuulon ongelmat heikentävät toimintakykyä, lisäävät masennuksen riskiä ja altistavat laitoshoidon joutumiselle. Kaihin, glaukooman ja silmänpohjan ikärappeuman esiintyvyys lisääntyy ikääntyessä. Kuulo-ongelmia on 33%:lla yli 75 vuotiaista.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa avo- ja laitoshoidossa vanhustyötä tekevien hoitajien tietoja ikääntyneen näön ja kuulon heikentyessä. Tutkimuksessa selvitettiin mitä hoitajat tiesivät näkö- ja kuulovaikeuksien syistä ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista. Tutkimuksessa selvitettiin myös mitä keinoja hoitajat käyttivät ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen tunnistamiseen ja arviointiin sekä miten hoitajat tukivat ikääntynyttä näön ja kuulon heikentyessä.

Tutkimuksen aineisto kerättiin vuoden 2009 aikana Rauman kaupungin sosiaalipalvelun ja terveyskeskuksen hoitajilta. Kyselylomakkeita lähetettiin 377 ja kyselyyn vastasi 211 hoitajaa. Aineistoa analysoitiin sekä tilastollisilla että laadullisella menetelmällä.

Tutkimuksen tulosten mukaan erittäin pieni osa hoitajista oli saanut näön ja kuulon täydennyskoulutusta viimeisten kahden vuoden aikana. Hoitajien mielestä ikääntyneille ei tehdä säännöllisesti näön ja kuulon tarkastuksia kotona tai laitoksessa. Hoitajat pystyivät tunnistamaan näön tai kuulon heikentymisen, mutta he eivät yleensä osanneet käyttää toimintakykymittareita arvioinnin välineinä. Havainnointi ja tarkkailu olivat tärkeimmät hoitotyön menetelmät heikentyneen näön ja kuulon arvioinnissa. Kotona tai laitoksessa tehtiin harvoin tutkimuksia tai testejä näön tai kuulon heikentyessä. Apuvälineiden huoltaminen oli yleensä ongelmallista. Hoitajat pitivät tärkeänä ikääntyneen motivointia ja kannustamista näön ja kuulon heikentyessä.

Näön ja kuulon heikentymiseen liittyvää koulutusta tarvitaan enemmän. Hoitajilla on yleensä melko hyvät tiedot näköön ja kuuloon vaikuttavista sairauksista. Käytännön hoiva- ja hoitotyöhön tarvitaan lisää varmuutta erityisesti apuvälineiden huoltamisesta ja arviointiin liittyvistä menetelmistä.

Asiasanat: ikääntyminen, kuulo, näkö, kuulon ja näön heikentyminen

ABSTRACT

The effect of aging on vision and hearing- identifying and evaluating sensory impairment and promoting older people

Taina Kivimäki

Master's Thesis

Gerontology and Public Health

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Autumn 2010

Supervisors: Sari Teeri and Pertti Era

57 pages, 2 appendices

Older people living with hearing and vision problems are at an ever increasing risk of depression and institutionalization. As people ages the presence of cataract, glaucoma and age-related maculopathy increases. 33 % of people over the age of 75 years are living with hearing problems.

This study surveyed what nurses working with older people knew about vision and hearing problems. The reasons and difficulties of vision and hearing problems as well as the nurses' knowledge of diseases were also studied. It was also examined what kind of means the nurses used to identify and evaluate impairments and how they supported older people with their vision and hearing impairments.

The material for this study was collected by a questionnaire in June and September 2009. 377 questionnaires were sent to nurses and 211 replied. The participants worked with older people at the social service through the health care center located in Rauma. The material was analyzed quantitatively and qualitatively.

The results indicated that only very few nurses have had supplemental education concerning vision and hearing during the past two years. The nurses rarely tested older people for vision or hearing impairment at home or in an institution. Nurses could identify vision and hearing impairments but they could not in most cases use functioning measurements as an evaluation means. Observation and surveillance were the most popular methods nurses need to detect vision and hearing impairments. When impairments were detected nurses rarely administered any tests to discover the extent of the older person's impairments. The nurses found it difficult to deal with vision or hearing aids. The nurses reported that it was important to motivate and encourage older people as their vision and hearing became impaired.

Nurses need to have more education related to vision and hearing impairment. Nurses usually possess good knowledge of diseases which impact vision and hearing. Nurses will need to get more accustomed with vision and hearing aids as well as methods of evaluation for vision and hearing impairment.

Key words: ageing, hearing, vision, vision and hearing impairment

1 JOHDANTO

Vuonna 2002 noin 13% 65 vuotta täyttäneistä oli säännöllisten sosiaali- ja terveystalvelujen piirissä. Säännöllisillä palveluilla tarkoitetaan kotihoitoa, palveluasumista ja laitoshoidoa. Vanhainkodeissa ja terveyskeskuksissa oli tuolloin pitkäaikaishoidossa noin 31 000 asiakasta. Säännöllisessä kotihoidossa 75-vuotiaiden osuus muusta samanikäisestä väestöstä on pysynyt suunnilleen samana vuosien 1995 ja 2008 välillä (Laine 2005, 22). Vuoden 2008 lopussa vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli yhteensä 41 000 keski-ikältään lähes 83-vuotiaista asiakasta (Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008). Säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi tuli kotoa 55.3% ja 27.2% sairaalasta tai terveyskeskuksesta. Vanhainkodeista, muista laitoksista ja muusta tehostetun palveluasumisen yksiköistä kotihoitoon tuli vähemmän asiakkaita. Yleisin hoitoon tulosy oli fyysinen (26.9%) eli jokapäiväisistä askareista selviytymättömyys tai itsestä huolehtimisen kyvyttömyys (25.9%), esimerkiksi hygienia (Kotihoidon laskenta 30.11.2009).

Ikääntyneiden näkö- ja kuulo-ongelmat heikentävät toimintakykyä, lisäävät masennuksen riskiä ja altistavat laitoshoidon joutumiselle (Lupsakko & Ikäheimo 2008). Koskisen ym. (2007) mukaan aistitoiminnot heikentyvät olennaisesti eläkeiässä. Ajokortin myöntämisen kriteerinä olevan näöntarkkuuden saavuttaa 65–74-vuotiaista vielä noin 90%, mutta 85 vuotta täyttäneistä enää neljännes. Kuulontarkkuuden heikkeneminen iän myötä on vielä jyrkempää, mutta monet ikääntyneet kokevat kuulevansa kaiken tarpeellisen, vaikka heitä ei audiometriatulosten perusteella enää kuuluisi luokitella hyvin kuuleviksi.

Laitisen ym. (2009) mukaan kaihin, glaukooman ja silmänpohjan ikärappeuman eli makuladegeneraation ilmeneminen lisääntyy ikääntyessä. Kuulo-ongelmia on 33% yli 75-vuotiaista (Karlsson & Isoaho 2007). Viljasen ym. (2009) mukaan ikääntyneiden naisten kuulon heikentymisellä on yhteys kaatumisiin. Yli 85-vuotiaat huononäköiset ikääntyneet raportoivat lisääntyvästä avun tarpeesta toimintakyvyn heikentyessä (Laitinen ym. 2008).

Ennaltaehkäisevä toiminta, ikäihmisten oman toimintakyvyn ja arkielämässä selviytymisen edistäminen ovat tulevaisuudessa erityisen tärkeitä. Laitoshoidon pyritään vähentämään ja ikäihmisten hoitotyö tapahtuu yhä enemmän avohoidossa eli kotona. Hoitotyön

toimintaympäristö muuttuu hoitotyöntekijöillä laitoshoidosta potilaan omaan elinympäristöön (Pelttari 1999).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa avo- ja laitoshoidossa vanhustyötä tekevien hoitajien tietoja ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisestä. Tutkimuksessa selvitettiin, mitä vanhustyötä tekevät tietävät ikääntymisen vaikutuksesta näköön ja kuuloon, miten he tunnistavat ja arvioivat näön ja kuulon heikentymistä sekä miten he tukevat ikääntynyttä näön ja kuulon heikentyessä. Tämän tutkimuksen jälkeen voidaan suunnitella interventio hoitajien täydennyskoulutukseen.

2 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUS NÄKÖÖN JA KUULOON, HEIKENTYMISEN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI SEKÄ IKÄÄNTYNEEN TUKEMINEN

2.1 Ikääntymisen vaikutus näköön ja kuuloon

Crews ja Campbell (2004) mukaan normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset näössä ja kuulossa saatetaan sekoittaa epänormaaliin aistien muutoksiin (esimerkiksi sairauksien aiheuttamat), jotka voivat vaikuttaa ikääntyneen toimintakykyyn. Samoin epänormaalit muutokset (esim. kipu) silmissä ja korvissa saatetaan sekoittaa normaaliin ikääntymiseen liittyviin aistien muutoksiin. Kuulon ja näön ongelmat voivat johtaa väärin diagnooseihin ja väärin ymmärtämiin. Esimerkiksi huonosti näkevällä ikääntyneellä voi esiintyä arkuutta, neuvottomuutta tai hämmennystä erityisesti uudessa tilanteessa. Samalla lailla kuulo-ongelmainen vanhus saattaa kadottaa keskustelun vivahteet (sävyt) ja olla hämmentynyt, kun ei ymmärrä mistä on kysymys. Asioiden ymmärtämättömyys aiheuttaa kärsimättömyyttä (Bergman & Rosenhall 2001). Nämä kokemukset saattavat johtaa eristäytymiseen, pettymyksiin ja turhautumisiin ja lopulta yksinäisyyteen (Tiikkainen 2006).

2.1.1 Näön muutokset ja heikentymisen syyt

Yleensä normaaliin vanhenemisprosessiin liittyvät näköjärjestelmän muutokset ovat enimmäkseen huomaamattomia, eivätkä vaikuta merkittävästi ikääntyneen toimintoihin. Lievä tai kohtuullinen näön heikentyminen voi haitata mm. lukemista. Pahimmillaan muutokset ovat jokapäiväisestä elämästä selviytymisen esteenä (Bergman & Rosenhall 2001). Tavallisin iän myötä tapahtuva muutos, ikänäköisyys eli lähelle tarkentumisen vaikeutuminen, ei muuta näön laatua. Ikänäköisyys on korjattavissa silmälaseilla (Hyvärinen 2008).

WHO:n luokituksen mukaan näkövammaisuuden kriteerit ovat: 1. paremman silmän silmälaseilla korjattu näöntarkkuus on alle 0,3 näkötaululla mitattuna (esimerkiksi Snellenin taulu), 2. molempien silmien yhteinen näkökenttä vaakatasossa mitattuna on kapeampi kuin 120 astetta, 3. näkökyky on jostakin muusta syystä heikentynyt niin paljon, että siitä johtuva haitta-aste on yhtä suuri tai suurempi kuin 50% (WHO 2001). Suomessa rekisteröityjen näkövammaisten lukumäärä ja näkövamman vaikeusaste esitetään taulukossa 1.

Taulukko 1. Kaikki Suomessa rekisteröidyt näkövammaiset 2008, N= 16375 (mukaeltu Ojamo 2008).

Näkövammaisen vaikeusaste (WHO:n mukaan)	
1. heikkonäköinen	61 %
2. vaikeasti heikkonäköinen	14 %
3. syvästi heikkonäköinen	10 %
4. lähes sokea	9 %
5. täysin sokea	2 %

Terveys 2000- tutkimuksessa kartoitettiin 30-vuotiailta ja vanhemmilta mm. lähi- ja kaukonäkö. Näöntarkkuus tutkittiin silmälasein, jos tutkittava yleensä käytti niitä katsoessaan lähelle tai kauas. Tulosten mukaan 75 ikävuoden jälkeen lähinäön ongelmat yleistyivät. Alle 85-vuotiaista sokeita tai lähes sokeita oli alle 4%. 85 vuotta täyttäneistä noin puolella oli normaali lähinäkö ja sokeita tai lähes sokeita oli miehistä 12% ja naisista noin 5% (Sainio ym. 2002). Laitisen ym. (2009) mukaan näöntarkkuus liittyy vahvasti ikään.

Hyvärisen (2008) mukaan näön heikentymisen suureen vaihteluun ovat syynä monet sairaudet, jotka voivat muuttaa näköä hitaasti tai nopeasti. Ikääntymiseen liittyvät näkötoimintojen muutokset ovat kuvan laadun muutoksia, jotka liittyvät silmien väliaineiden samentumiin. Ne voivat olla verkkokalvon tai näköratojen vaurioita tai korkeampien näkötoimintojen muutoksia, jotka liittyvät aivovaurioihin. Tavallisimmat näköön vaikuttavat sairaudet on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Rekisteröityjen ikääntyneiden (65 vuotiaat tai vanhemmat) näköön vaikuttavat sairaudet (N= 11175) 2007 (Ojamo 2008).

Näkövammaisen diagnoosi	
Silmänpohjan ikärappeuma	61%
Glaukooma	9%
Diabeettinen retinopatia	6%
Verkkokalvon perinnölliset rappeumat	4%

Laitisen ym. (2009) mukaan silmänpohjan ikärappeuma eli makuladegeneraatio on merkittävä iäkkäiden näkövammaisuuden aiheuttaja ja toisaalta yleisin näkövammaisuuden aiheuttaja

Suomessa. Ikääntyessä myöhäinen silmänpohjan rappeuma vaikuttaa näön heikentymiseen: näkökenttään ilmestyy puutosalue, joka hankaloittaa katseen kohdistamista. Riskitekijöitä ovat ikä, perimä ja toisen silmän sairastuminen ikärappeumaan. Myös korkea verenpaine, tupakointi (Peräsalo 2001) ja lihavuus ovat riskitekijöitä. Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan terveellinen ja monipuolinen ravinto suojaa ikärappeumalta.

Laitisen ym. (2009) mukaan glaukooman eli silmänpainetaudin tarkkaa syytä ei tiedetä, mutta riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, ikä, mykiön pinnan hilseily, verenkiertoelimistön sairaudet, aikaisemmat silmävammat sekä perintötekijät. Glaukooma jaetaan karkeasti avokulma- ja sulkukulmaglaukoomaan. Pohjoismaissa avokulmaglaukooman yleisyys on 4-5% aikuisilla ja 8-10% 65-70-vuotiailla ja vanhemmilla. Peräsalon (2001) mukaan silmänpainetauti on oireeton ja etenee hitaasti. Taudin merkittäviä löydöksiä ovat mm. kohonnut silmänpaine ja näkökentän poikkeavuudet. Jos silmänpainetauti ei hoideta, tuloksena voi olla palautumattomia näkökenttävaurioita ja lopulta silmän sokeutuminen. Tästä johtuen hoidon tulee olla säännöllistä ja elinikäistä (Lupsakko & Ikäheimo 2008).

Diabeettinen retinopatia eli verkkokalvosairaus on yleisin diabeteksen komplikaatio, jonka vaikutus näköön on vakava (Laitinen ym. 2009). Hietasen ym. (2005) mukaan diabeteksen aiheuttamat silmäongelmat ilmenevät yleensä hitaasti. Kun diabetes on kestänyt 20 vuotta, todetaan lähes kaikilla nuoruustyyppin eli tyypin 1 ja puolella tyypin 2 diabeetikoista verkkokalvomutoksia. Tärkeintä diabeettisen retinopatian ehkäisyssä on hyvä pitkäaikainen sokeritasapaino, riittävän alhaiset veren rasva-arvot ja hyvä verenpaine.

Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan iäkkään äkillisesti heikentyneen näkökyvyn taustalla voi olla verkkokalvon valtimo- tai laskimotukos, verkkokalvon irtautuma tai lasiaisverenvuoto. Verkkokalvon valtimotukoksessa näkökyky katoaa kivuttomasti hetkessä olemattomiin. Altistavia tekijöitä ovat ikä, verisuonten tulehdukset tai kalkkeutumataudit. Verkkokalvon laskimotukoksille altistavat iän lisäksi kohonnut verenpaine, diabetes, verisuonten kovettumatauti ja kohonnut silmänsisäinen paine. Näkökyky heikkenee muutaman tunnin tai vuorokauden aikana vähitellen. Verkkokalvon irtautumalle altistavat ikä, likinäköisyys, silmän vammat, verkkokalvon arpikiinnikkeet ja kaihiheikkous. Potilas kertoo näkevänsä valon välkettä ja nokisadetta, joka lisääntyy ja muuttuu näköä häiritseväksi varjoksi. Lasiaisverenvuoto aiheutuu silmän vammasta tai silmän sisäisen verisuonen rikkoutumisesta.

Näköä heikentävät myös kaihi, kuivasilmäisyys ja alentunut kontrastiherkkyys. Harmaakaihi (cataracta) on eläkeikäisten ongelma, joka voidaan hoitaa leikkauksella (Hyvärinen 2008). Owsley ym. (2007) mukaan kaihileikkauksessa olleet ikääntyneet kokivat lyhyessä ajassa toimintakykynsä kohenemisen elämänlaadussaan. Harmaakaihi aiheuttaa näön heikkenemistä ja samalla silmän taittovoima muuttuu likinäköisemmäksi. Iäkkään näkö voi hetkellisesti parantua ja lukeminen onnistua ilman lukulaseja, mutta myöhemmin sekä lähi- että kaukonäkö heikentyvät (Peräsalo 2001). Harmaakaihissa näkökentän väritys muuttuu ruskeammaksi ja yleensä näin tapahtuu molemmissa silmissä yhtäaikaaisesti. Harmaakaihi voi vaikeuttaa hämärässä näkemistä, kontrastien erotuskykyä ja lisätä häikäistymisalttiutta. Kaihisilmällä voi näkyä kaksoiskuvia (Lupsakko & Ikäheimo 2008) ja liikkuminen epätasaisessa maastossa vaikeutuu (Hietanen ym. 2005).

Kuivasilmäisyys yleistyy iän lisääntyessä (Hietanen ym. 2005). Kyynelnesteen erityis vähenee tai kyynelfilmin rakenne muuttuu ja kyyneleet haihtuvat liian nopeasti silmän pinnalta. Kuivasilmäisyyden syinä voivat olla luomien virheasennot, hormonaaliset muutokset tai tietyt sairaudet (esimerkiksi Sjögrenin syndrooma, neurologiset sairaudet), lääkitys (beetasalpaajat, antihistamiinit, mielialalääkkeet), voimakas tuuletus, pakkanen, helteinen aurinko, ilmastointi tai huoneilman kuivuus. Hiekan tunne silmissä, punoitus, kutina, polte, valonarkuus, silmien väsyminen ja näöntarkkuuden vaihtelu ovat oireita kuivasilmäisyydestä (Lupsakko & Ikäheimo 2008).

Saaren (2001) mukaan kontrastiherkkyys kuvaa henkilön kykyä erottaa harmaa-asteikon eri sävyjä. Jos kontrastiherkkyys on huono, henkilö erottaa vain hyvin suuria kontrastieroja. Erittäin hämärässä valaistuksessa tarvitaan suuri kontrasti, jotta yksityiskohta olisi nähtävissä. Sanomalehden luku voi olla vaikeaa, koska tekstin ja painopaperin välinen kontrasti ei ole riittävän suuri. Sama henkilö saattaa kuitenkin saada hyvin selvää mustasta tekstistä valkoisella paperilla (Näkövammaisten Keskusliitto ry).

2.1.2 Näön seulonta ja tarkastukset

Ikääntyneiden näön ja kuulon tarkastuksia ei hoideta säännöllisesti vaan usein tarkastusten välillä on vuosia tai niitä ei tehdä lainkaan huolimatta siitä, onko ikääntynyt avo- tai

laitoshoidossa (Lupsakko 2004). Laitisen ym. (2009) mukaan huomattava osa ihmisistä ei tiedä silmäsairauksistaan. Säännöllisillä näöntarkastuksilla ja aikaisella puuttumisella voidaan vähentää näön rappeutumista ja hidastaa samalla toimintakyvyn heikentymistä. Iäkkäiden ihmisten näönseulontaa on mietitty useissa yhteyksissä. Keskeistä on, että aistitoimintojen muutoksia muistetaan seurata osana perusterveydenhuoltoa (Hyvärinen 2008). Lupsakon (2004) mukaan terveyskeskuslääkäri pystyy tutkimaan lähi- ja kaukonäön sekä silmänsisäisen paineen. Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan näkökyvyn selvittäminen on osa geriatriasta arviointia.

Coffield ym. (2001) tutkivat väestölle tarjottuja ehkäiseviä palveluja, joita olivat mm. rokotukset ja näön seulonnat. Yhdysvalloissa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida palvelujen kustannustehokkuutta ja sairauksien ehkäisemistä esimerkiksi seulontapalveluilla. Palvelujen tarjonta oli lisääntynyt, mutta silti monet väestöryhmät olivat jääneet tehokkaan ehkäisyn ulkopuolelle. Tutkimuksessa ehkäisevät palvelut pisteytettiin ja yli 65-vuotiaiden näön seulonta sai priorisoinnissa kolmanneksi eniten pisteitä. Seulonta oli toimenpiteenä halvin. Tutkijoiden mukaan ikääntyneiden eliniän pidetessä ehkäisevistä toimenpiteistä oli hyötyä ja ehkäisevä työ vanhusten parissa saattoi lisätä toimintakykyisiä vuosia. Näin esimerkiksi laitokseen joutuminen siirtyisi myöhemmäksi. Päinvastaisia tuloksia saivat Smeeth ym. (2003), joiden tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida näön heikentymistä ja seulonnan tehokkuutta. Seulontaan osallistui 75-vuotiaita ja vanhempia kuntalaisia kahdessa ryhmässä (n=978 ja n=829). Ikääntyneiden näöntarkkuuden mittauksen suorittivat hoitajat. Hoitajat kertoivat, että näöntarkkuutta mittaavan laitteen käyttäminen oli ikääntyneiden mielestä vaikeaa, eivätkä he nähneet kunnolla sen läpi. Tämä saattoi tutkijoiden mukaan vaikuttaa tuloksiin. Ikääntyneiden näön seulonta ei tuottanut tutkijoiden mukaan hyödyllisiä tuloksia, koska ikääntyneet olivat yleensä jo aiemmin käyttäneet silmälääkärin palveluja.

Männyn ym. (2007) mukaan säännölliset näöntarkastukset, näköä heikentävien sairauksien diagnosointi ja tehokas hoito sekä mahdollisimman hyvästä näkökyvystä huolehtiminen ovat olennainen osa kaatumisen ehkäisyä. Kulmalan ym. (2009) tutkimuksen mukaan huono näkö sekä kuulon tai tasapainon heikentyminen lisäsivät ikääntyneiden kaatumistaipumusta.

Ikääntyneiden silmäsairauksien tehokasta hoitoa on esimerkiksi diabeetikoiden silmänpohjamuutoksien seuraaminen säännöllisesti (Hietanen ym. 2005). Rowe ja MacLean (2007) mukaan elämän laatu paranee, kun näöstä huolehditaan sopivalla hoidolla. Esimerkiksi säännöllisillä kahden vuoden välein tehdyillä näöntarkastuksilla havaitaan hoidettavissa

olevia silmäsairauksia ikääntyneillä. Laitisen ym. (2009) mukaan asuminen laitoksessa saattaa vähentää säännöllisiä näöntarkastuksia.

2.1.3 Näön apuvälineet ja kuntoutus

Ikääntyneen terveyden edistämisen, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta on tärkeää mm. erilaisten apuvälineiden ja teknologian hyödyntäminen niin avo- kuin laitoshoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Laitisen ym. (2008) mukaan ikääntyneistä, joilla oli näkö heikentynyt, 16% ei ollut käynyt viiden viimeisen vuoden aikana näöntarkastuksessa. Heillä ei ollut näön apuvälineitä eivätkä he olleet saaneet näön kuntoutusta.

Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan apuvälineillä helpotetaan huononäköisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoistaan. Apuvälineitä on mahdollista saada terveyskeskuksesta, erikoissairaanhoidon yksiköstä tai KELA:n kautta. Arvion yhteydessä selvitetään ikääntyneen jäljellä oleva näkökyky, silmälasien avulla saavutettu paras näöntarkkuus ja apuvälineiden käyttämiseen vaikuttavat muut sairaudet. Näin valitaan sopivat apuvälineet, neuvotaan niiden käyttö ja varmistetaan käytön onnistuminen. Näön apuvälineitä ovat mm. silmälasit, kiikarit, pistekirjoitusvälineet, puhuva kello ja suurennuslasi (Karlsson & Isoaho 2007).

Näönkuntoutuksessa kartoitetaan ja ratkaistaan käytännön näköongelmat sekä sovitetaan apuvälineitä ja opetellaan niiden käyttäminen. Ikääntyneille heikkonäköisille suunnattu ryhmämuotoinen näönkuntoutus on uusi, tehokkaaksi todettu näönkuntoutuksen muoto (Näkövammaisten Keskusliitto ry). Winell (2001) mukaan näönkuntoutusta tarvitaan, kun pelkällä lasikorjauksella ei pystytä selviytymään arkipäivän askareista. Iäkkään on usein helpompi sopeutua näön heikentymiseen kuin nuorten. Monet ikääntyneet hyväksyvät toimintakyvyn heikentymisen osana normaalia vanhenemista. Toisaalta ikääntyneet tarvitsevat vertaistukea, ohjausta ja sopeutumisvalmennusta.

Yksilöllinen kuntoutus- ja palvelutarve arvioidaan toimintakyvyn muuttuessa. Näön heiketessä arvioidaan muutoksen vaikutusta kommunikaatioon, päivittäisiin toimintoihin, liikkumiseen ja tarkkaan lähikatseluun (Hyvärinen 2003). Ympäristön tuki on myös tarpeen, jotta sillä voidaan korvata toimintakyvyn heikentymistä (Korpijaakko-Huuhka & Lonka 2000). Laitisen ym. (2009) mukaan erityisesti ikääntyneiden näöntarkastuksesta oli kulunut jo

aikaa, eikä heille ollut järjestetty kunnollista näönkuntoutusta. Matala kognitiivinen suorituskyky tai sosioekonominen asema näyttivät olleen yhteydessä ikääntyneiden näön kuntoutuspalveluiden vähäisempään käyttöön kuten myös näöntarkastuksissa käymisessä. Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan 60 ikävuoden jälkeen näön tarkastuksen suositeltava seurantaväli on 2-3 vuotta.

2.1.4 Kuulon muutokset ja heikentymisen syyt

Kuuleminen on monivaiheinen tapahtuma. Puheen vastaanottaminen voidaan jakaa neljään vaiheeseen: havaitseminen, erottaminen, tunnistaminen ja ymmärtäminen (Lupsakko & Ikäheimo 2008). Kuulon lisäksi puheen havaitsemiseen osallistuvista muista aisteista tärkein on näköaisti, vaikka sen käyttö on usein tiedostamatonta (Aulanko & Lonka 2000). Sorrin ja Huttusen (2008) mukaan osa kuullusta viestistä välittyy esimerkiksi painotuksen, sävelkulun ja puheen rytmin muutosten avulla. Kuuloa tarvitaan puheen vastaanottamiseen, oman puheen monitorointiin ja kontrollointiin. Kuuloaistin avulla kuullaan myös erilaisia merkkiäänä ja sen avulla orientoidutaan tilaan: kuuloaisti kertoo, mitä tilassa tapahtuu, antaa käsitystä ympäröivän tilan koosta ja muista ominaisuuksista. Esteettinen aistimus välittyy joko miellyttävänä tai epämiellyttävänä tunteena.

Vaikeusasteeltaan kuuloviat jaotellaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja erittäin vaikeisiin. Luokitus tehdään yleensä paremman korvan puhealueen kuulokynnysten keskiarvon perusteella (Sorri 2000). WHO:n määritelmän mukaan ihminen on kuulovammainen, jos hänen paremman korvansa kuulokynnys standardiaudiometrillä mitattuna (taajuudella 0,5-2 kHz) on yli 25 dB. Vastaava kynnysarvo EU-kriteereiden mukaan on 20 dB (0,5-4 kHz) (Lupsakko & Ikäheimo 2008). Tärkein kuulovamman aiheuttaja Suomessa on ikäkuulo (Marttila 2005) (Taulukko 3).

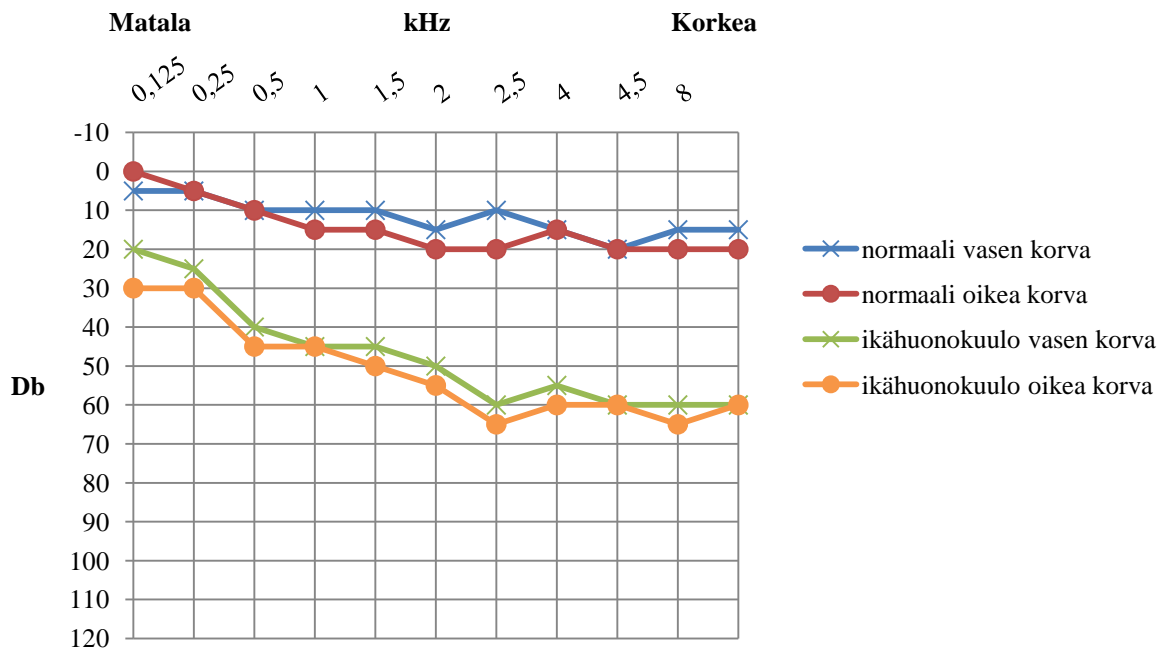
Ikäkuulolla (ikähuonokuuloisuus, presbyakusia) tarkoitetaan niitä kuuloaistin muutoksia, jotka syntyvät iän myötä ilman minkään erityisen sairauden vaikutusta (Sorri & Huttunen 2008). Ikäkuulo ei tarkoita ainoastaan kuulokynnysten huononemista vaan kuuloaistin toimintaan liittyviä häiriöitä, joista kärsii suurin osa kuntoutustarpeessa olevista henkilöistä (Arlinger ym. 2008b). Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan ikäkuulon yleisyyttä arvioitaessa kuulovian kriteerinä käytetään tavallisimmin kuulokynnysten muutosta ja joissakin tutkimuksissa on kartoitettu subjektiivisen eli koetun haitan yleisyyttä.

Ikähuonokuuloisuutta ei voida varsinaisesti parantaa, mutta kehittymistä voidaan välttää esimerkiksi suojautumalla melulta, terveellisillä elintavoilla tai riittävällä liikunnalla (Arlinger ym. 2008b). Toisaalta kohtuullinen äänialtistus saattaa toimia ikäkuulon ehkäisijänä. Kuulokojeiden käyttö saattaa hidastaa ikäkuuloon liittyviä hermostollisia muutoksia (Sorri & Huttunen 2008).

Taulukko 3. Kuulovamman yleisyys väestössä, % (Marttila 2005).

Kuulovamma	yleisyys %
Ikäkuulo	6-10
Meluvamma	2
Krooniset korvasairaudet/jälkitilat	1
Otoskleroosi	0.3

Terveys 2000- tutkimuksessa eläkeikäisten normaalisti kuulevien osuus oli alle 60%. Kuulo mitattiin audiometrillä kolmella eri äänenkorkeudella. 75-84 vuotiaista yli puolella ja 85-vuotiaista yli 90%:lla oli heikentynyt kuulo. Kuuroja tai lähes kuuroja oli vanhimmassa (85-vuotiaat) ryhmässä 5% (Kansanterveyslaitos 2002).



KUVA 1. Normaali kuulokäyrä ja ikähuonokuulo kuulokäyrä (ikakuulo.fi): dB = äänen voimakkuus, kHz = äänen taajuus/sävelkorkeus.

Ikähuonokuuloisen kuulokäyrästä (Kuva 1) havaitaan, että henkilö kuulee edelleen melko hyvin matalataajuiset äänet. Kuulo on selkeästi heikentynyt korkeiden äänien kohdalla. Tällöin henkilöllä on vaikeuksia kuulla korkeataajuisia ääniä kuten pikkolohuilua tai lintujen laulua. Ikähuonokuuloisuudessa on tyypillistä, että kuulo heikkenee ensin korkeilta taajuuksilta (ikahuonokuulo.fi).

Viljanen ym. (2007) tutkivat ympäristön ja perintötekijöiden vaikutusta kuuloon. Jos suvussa esiintyy huonokuuloisuutta, henkilöiden on hyvä välttää kuulon ympäristöriskejä, esimerkiksi melua. On ilmeistä, että yksi ikäkuulon taustatekijöistä on perinnöllinen alttius, mutta geenitaustaa ei vielä tunneta (Sorri & Huttunen 2008). Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan iäkkään kuuloon vaikuttavat myös aikaisemmat korvasairaudet. Metaboliset tekijät, esimerkiksi valtimoiden kovettumistauti tai vapaat happiradikaalit, vaikuttavat edistävästi ikäkuulon kehittymiseen (Sorri & Huttunen 2008). Taulukossa 4 on esitelty mahdollisia muita ikäkuuloon liittyviä taustatekijöitä. Ravinnon ja ikäkuulon välistä yhteyttä tutkivat Houston ym. (1999). Kuulo mitattiin audiometrillä 55 terveeltä 60-71-vuotiaalta naiselta. B-12- ja foolihappopitoisuus tutkittiin verinäytteellä. Tulosten mukaan matala B-12- ja foolihappopitoisuus yhdistettiin heikkoon kuulokykyyn.

Taulukko 4. Ikäkuuloon liittyviä mahdollisia taustatekijöitä (Lupsakko & Ikäheimo 2008)

Taustatekijä	Ikäkuuloon liittyen
Ikääntyminen	heikentää kuuloa: > 55-vuotiaiden kuulo heikkenee n. 9 dB kymmenessä vuodessa
Sukupuoli	ikähuonokuuloisuus miehillä yleisempää
Melu	vaurioittaa kuuloa
Lääkkeet	voivat heikentää kuuloa: aminoglykosidiryhmän antibiootit, tietyt solusalpaajat
Ravinto	voi mahdollisesti suojata kuuloa: antioksidantit
Tupakointi	lisää kuulovian yleisyyttä
Sairaudet	voivat lisätä kuulovian riskiä: sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet

Ikääntyneillä esiintyy myös näön ja kuulon samanaikaista heikentymistä. Yhdistettyä näkö- ja kuulovammaisuutta on 7-22% yli 70-vuotiaista. Aistiongelmat rajoittavat sosiaalista osallistumista ja altistavat eristäytymiselle; elämänlaatu heikkenee, alttius masennukseen ja psykoottisiin oireisiin lisääntyy ja toimintakyky heikkenee (Caban ym. 2005, Kricos 2007). Vähitellen avun ja laitoshoidon tarve lisääntyy (Lupsakko & Ikäheimo 2008). Smith ym. (2008) tutkivat Yhdysvalloissa veteraanien (N=400) näön ja kuulon samanaikaista heikentymistä. Osallistujat olivat veteraanien terveydenhuollon (Veteran Affairs) piirissä ja heitä seurattiin vuoden ajan. Tulosten mukaan kuulo ja näkö heikentyivät merkittävästi ikääntyessä.

Yhdistetty näön ja kuulon heikentyminen vaikeuttaa kuuntelemista ja puheen lukemista huulilta (Huttunen ym. 2008). Vuorovaikutus muuttuu näön ja kuulon heikentyessä ja ympäristön taholta saatu tieto rajoittuu (Brennan & Bally 2007). Chia ym. (2006) tutkivat näön ja kuulon heikentymisen yhteyttä ja niiden yhteisvaikutusta elämän laatuun Blue Mountains Eye Study -tutkimuksessa. Ikään liittyvän silmämepohjan ikärappeuman ja kuulon heikentymisen yhteys oli vahvempi nuoremmilla (alle 70-vuotiailla) kuin vanhemmilla ikääntyvillä. Näön ja kuulon ollessa heikentynyt elämän laatu huononi. Tulosten mukaan näön ja kuulon heikentyminen oli enemmän biologisen ikääntymisen kuin kronologisen iän merkki.

2.1.5 Kuulon seulonta ja tarkastukset

Lupsakon (2004) mukaan kuiskaus- ja puheäänitestausta käytetään usein ensimmäisenä heikentyneen kuulon seulontamenetelmänä. Tutkija on 6 metrin päässä tutkittavasta ja tutkittavan korva on tutkijaan päin. Tutkija kuiskii yksinkertaisia sanoja, jotka tutkittava kuulemansa mukaan toistaa. Jos testissä ilmenee ongelmia, tutkittava lähetetään jatkotutkimuksiin. Testin aikana ympäristön tulisi olla hiljainen. Puhe- ja kuiskaustestiä käytetään yleisesti, mutta sen avulla saadaan karkea arviointi tietystä kuulon alenemasta eikä sen avulla voida tarkasti selvittää kuulon kuntoutukseen liittyviä seikkoja (Pizarro ym. 2003, Arlinger ym. 2008a).

Kuulon heikentymisen takia voidaan tutkia ikääntyneen korvakäytävät, jotka voivat olla tulehtuneet tai niihin on kerääntynyt vaikkua (Lupsakko & Ikäheimo 2008). Kuulon alenemista tutkitaan yleisimmin standardoidulla audiometrillä eli kuulokynnyksen mittauslaitteella äänieristetyssä huoneessa ilma- tai luujohdoilla. Mittaus voidaan suorittaa myös perusterveydenhuollossa. Kuulon heikentymistä voidaan tutkia myös kyselylomakkeella (Lupsakko 2004, Chia ym. 2006).

Wallhagen ym. (2001) toteavat pitkäaikaistutkimuksessaan, että kuulon heikentymisen riskitekijöiden (diabetes, korvatulehdukset, sydän- ja verisuonitaudit) ehkäiseminen on kannattavaa perusterveydenhuollossa. Kramer ym. (2002) mukaan sopeutusohjelmilla voidaan tukea sekä kuntoutusta että kuulolaitteiden käyttämistä.

2.1.6 Kuulon apuvälineet ja kuntoutus

Kuulon heikentyessä apuvälineitä ja kuntoutuspalveluja on tarjolla vaihtelevasti. Pisimpään joutuu odottamaan kuulokojetta Pohjoismaissa Suomessa ja Norjassa. Ikäkuulon toteaminen on mahdollista etenkin perusterveydenhuollossa (Sorri & Huttunen 2003) ja siellä on huomioitava kuulo-ongelmien varhainen diagnosointi ja resurssien kohdistaminen apuvälinekuntoutukseen (Salmela ym. 2006).

Kuulokojeet jaetaan korvantauskojeisiin ja niitä toiminnallisesti vastaaviin silmälasikojeisiin, korvakäytäväkojeisiin sekä taskukojeisiin. Kojeen käyttö vaatii opettelua ja suurimpana ongelmana on puheen erottaminen ympäröivästä hälystä (Andersson ym. 2008). Äänimaailma

muuttuu sitä käytettäessä: kuuluviin tulee uusia ääniä, eivätkä kaikki niistä ole miellyttäviä. Kuulokojeen asettaminen korvaan voi olla ikääntyneelle vaikeaa ja joskus tarvitaan kuulokojeen erityistä muotoilua. Tämä voi olla syy siihen, että Suomessa sovitetuista kuulokojeista on aikaisemmin ollut 25% käyttämättä ja nykyään 5-10% (Sorri & Huttunen 2008). Jos ikääntyneet eivät opi käyttämään kuulokojetta, tarvitaan ehkä kommunikaattoria. Sorrin ja Huttusen (2008) mukaan kommunikaattori on yksinkertainen vahvistin, jota ei soviteta yksilöllisesti. Muita kuulon apuvälineitä ovat erilaiset puhelimeen liittyvät laitteet, ovikellon tai puhelimen soittoäänien vahvistaminen, radion tai television äänentoisto kaiuttimilla tai kuulokkeilla, viestin välittäminen induktiivisesti tai infrapunateitse. Eleet, kirjoittaminen, sormiaakkoset, viittomat tai käteen piirtäminen auttavat, kun puheen vastaanotto ei onnistu muulla tavoin.

Kuulon kuntoutuksen tarkoituksena on vähentää vamman haittaa ja laajuutta. Kuntoutus on yksilöllinen prosessi, joka muodostuu kuntoutujan tarpeista (Välimaa & Rimmanen 2000). Ensisijainen kuntoutusvastuu on julkisella terveydenhuollolla, mutta osan apuvälineiden kustannuksista maksaa myös sosiaalityö. Kuulon kuntoutus jaetaan lääketieteelliseen, tekniseen, kommunikoinnin, sosiaalisen, psykologisen ja ammatillisen kuulon kuntoutukseen (Sorri & Huttunen 2003). Suomessa kuulokoje sovitetaan vanhuksilla vain toiseen korvaan. Toisaalta STM:n suositusten mukaan tavoitteena on molempien korvien käytön saavuttaminen. Yhden korvan kokesovituksissa ovat taustalla kustannuskysymykset (Sorri & Huttunen 2008).

Huonokuuloisille ikääntyneille antavat palveluja Kuulonhuoltoliitto ry kuntoutuskursseillaan ja sen paikallisyhdistykset. Myös yliopistosairaalat tarjoavat vanhuksille suunnattua kuntoutusohjausta. Vanhuksen kuntoutuksen kannalta keskeisimmät alueet ovat kuulokojeen käyttöön orientoituminen, kuunteluympäristön muokkaaminen, myönteisten kuunteluasenteiden ja korvaavien taitojen kehittäminen (Lonka 2000).

2.2 Heikentyneen näön ja kuulon tunnistaminen, arviointi ja ikääntyneen tukeminen

Suomessa vuonna 2007 tehdyssä valtakunnallisessa tilannekatsauksessa 53% kunnista ilmoitti, että vanhustyön henkilökunta ei ollut saanut ikääntyneen heikentyneeseen kuuloon

lisäkoulutusta. Heikentyneeseen näköön liittyvää koulutusta oli saanut vain 23% henkilökunnasta. Tilannekatsauksen mukaan kuulo- ja/tai näkövammaisille ei ollut tarjolla kunnan järjestämiä erityisiä palveluja, vaan 83% heistä osallistui tavallisiin ikääntyneiden palveluihin (Karlsson 2007). Näön ja kuulon ongelmat voivat heikentää päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja ne saattavat johtaa sosiaalisesta kanssakäymisestä syrjäytymiseen (Bergman & Rosenhall 2001).

Hietasen ym. (2005, 17) mukaan millä tahansa terveydenhuollon alalla työskentelevällä hoitajalla tulisi olla yleistiedot näkemisestä, silmän anatomiasta ja fysiologiasta sekä kuulemisesta ja korvan rakenteesta. Näön ja kuulon heikentyminen vaikuttaa ikääntyneen arkipäivästä selviytymiseen. Kricosin (2007) mukaan ikääntyneet, joilla oli sekä näön että kuulon ongelmia raportoivat sairastuvansa useammin kuin muut. He kertoivat myös vireytensä olevan vähäisempää kuin muilla (Wallhagen ym. 2001, Crews & Campbell 2004).

2.2.1 Heikentyneen näön ja kuulon tunnistaminen ja arviointi

Sloman ym. (2001) mukaan hoitajat yleensä huomaavat ensimmäisinä ikääntyneiden terveysongelmat. Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan ikääntyneiden parissa työskentelevän hoitajan on tunnistettava heikkonäköisen ja sokean henkilön selviytymistavat päivittäisissä toiminnoissa. Ikääntyneen näön heikentyminen vaikuttaa mm. vuorovaikutuksen vähenemiseen ja sosiaaliseen eristäytymiseen. Karlsson ja Isoaho (2007) kartoittivat erään kunnan 75-vuotiaiden ja vanhempien huononäköisten ja -kuuloisten palvelutarpeita. Kuulon ja näön samanaikainen heikentyminen oli iäkkäiden toimintakyvyn kannalta suurempi haitta kuin yhden aistin heikentyminen.

Tutkimuksia on tehty vähän ikääntyneiden näön ja kuulon heikentymisestä ja hoitajien tietotaidosta. Mellor (2006) mukaan hoitajien tiedot ikääntymiseen liittyvistä näön ja kuulon ongelmista olivat yleensä oikein. Esimerkiksi hoitajista 26 (N=31) tiesi taustahälän aiheuttavan ikääntyneelle kuulemisen ongelmia. Hoitajista 25 tiesi silmänpohjan ikärappeuman liittyvän kaatumisiin ja 20 glaukooman aiheuttavan tunnelinäön. Pienestä otoksesta johtuen tulokset eivät ole yleistettävissä, mutta antavat suuntaa koulutuksen suunnitteluun ja tarvittavaa tietoa gerontologiseen hoitotyöhön.

Ikääntyneen heikentyneeseen toimintakykyyn saattavat liittyä tasapaino-ongelmat. Rannan (2004) mukaan näön tarkkuus on keskeinen tekijä kehon tasapainossa. Kulmala ym. (2008) tutkivat Ikivihreät projektiin osallistuneilta 75- ja 80-vuotiailta (N=416) näöntarkkuutta. Alentunut näöntarkkuus lisäsi onnettomuusalttiutta. Toisaalta vaikeammat näön heikentymiset eivät lisänneet riskiä onnettomuuksiin. Viljanen ym. (2009) tutkivat ikääntyneitä naiskaksosia. Tarkoituksena oli selvittää mm. ennustiko kuulon tarkkuus kaatumisia ja saattoiko näiden yhteyttä selittää asentoon liittyvällä tasapainolla. Tulosten mukaan ikääntyneillä huonokuuloisilla naisilla oli korkeampi riski kaatua kuin hyväkuuloisilla naisilla. Suurempaa riskiä selitti osittain huonokuuloisten naisten heikompi asennon kontrolli. Richardson ym. (2002) analysoivat ja määrittelivät useita kaatumisen riskitekijöitä (mm. sairaudet, lääkitys, ravitsemus) maaseudulla asuvilla ikääntyneillä ja tulosten mukaan näkökyvyllä ei ollut yhteyttä kaatumiseen. Tulos johtunee ikääntyneiden itsensä arvioimasta näkökyvystä. Ikääntyneet ilmoittivat näöntarkkuutensa asteikolla 0-4 (erittäin huono-erittäin hyvä).

Savikko ym. (2005) tutkivat ikääntyneiden yksinäisyyden yksilöllisiä ja ennustavia tekijöitä. Heikentynyt näkö ja kuulo lisäsivät yksinäisyyden yleisyyttä. Myös ADL- toiminnoissa tapahtuu muutoksia näön heikentyessä ja erityisesti IADL- toiminnoissa suorituskyky heikentyy ja sosiaalinen toiminta muuttuu (Crews & Campbell 2004). Ikääntyneiden näön heikentyminen yhdistetään myös lonkkamurtumien lisääntymiseen, depression, lääkärissä käyntien kasvuun, laitostumiseen ja kuolleisuuteen (Karlsson & Isoaho 2007).

Syöminen ja ravinnon saanti saattavat häiriytyä, jos ikääntynyt ei näe hänelle annettua ruokaa. Ravitsemuksen muuttuminen huonommaksi saattaa aiheuttaa toimintakyvyn heikentymistä, jopa kaatumisia (Hietanen ym. 2005). Ikääntyneillä on usein monia sairauksia ja niihin lääkitystä. Näön heikentyessä lääkkeiden ottaminen saattaa vaikeutua, koska ikääntynyt ei enää näe lääkepurkkien nimiä tai tunnista eri lääkkeitä. Tällaisessa tilanteessa hoitohenkilökunnan on tunnistettava ikääntyneen kyky selviytyä lääkkeiden ottamisestaan.

Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan näkökyvyn heikentyminen saattaa vähentää siivoamista kotioiloissa, jolloin epäsiisteys lisääntyy. Näön heikentyminen voi ilmetä haluttomuutena lukea lehtiä tai ikääntynyt pyrkii katsomaan televisiota lähempää kuin aiemmin. Myös kasvojen tunnistamisessa ja kellon katsomisessa ilmenee vaikeuksia.

Hietasen ym. (2005) mukaan hoitajat voivat tarkkailla potilaiden näön heikentymistä kuukausittain esimerkiksi Amslerin kartalla. Testissä katsotaan yksinkertaista mustavalkoista ruudukkoa. Jos viivat näyttävät vääristyneiltä tai muulla tavalla epänormaaleilta, tämä voi olla merkki ikärappeumasta. Tällä tavalla ikääntyneen mahdolliset näön muutokset tulevat tunnistetuiksi ja tarkastetuiksi.

Karlsson ja Isoaho (2007) toteavat, että tietoa vaihtoehtoisista kommunikaatiomenetelmistä ja -tavoista tarvitsevat mm. hoitotyöntekijät. Esimerkiksi silmämököjen ikärappeumassa suorien viivojen vääristyminen ja kirjainten katoaminen sanoista vaikeuttavat ikääntyneen näkemistä. Taudin edetessä ikääntynyt tarvitsee apuvälineitä ja apua selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista (Hietanen ym. 2005).

Kuulo-ongelmat haittaavat Karlssonin ja Isoahon (2007) mukaan enemmän ikääntyneiden osallistumista kuin näköongelmat. Kommunikaatiovaikeuksien vuoksi sosiaalinen kanssakäyminen vähenee huomattavasti. Kuulon heikentyminen yhdistetään yleensä sosiaaliseen eristäytymiseen ja depressioon. Huonokuuloisilla dementiaa sairastavilla kognitiiviset rajoitukset lisääntyvät. Huonokuuloisten huuliolukutaito huononee näön heikentyessä (Lonka 2000). Salmelan ym. (2006) mukaan osasyynä kuulon heikentymiseen saattaa olla korvavaha, jonka poistaminen voi parantaa kuuloa.

Heikentynyt näkö ja kuulo yhdessä vaikuttavat mm. ikääntyneen elämänlaatua heikentävästi; mielialaongelmat lisääntyvät ja toimintakyky laskee (Lonka 2000). Ikääntynyt tarvitsee yhä enemmän apua ja erilaisia palvelumuotoja jokapäiväisessä elämässään (Lupsakko 2002). Ikääntyneen kokonaisvaltainen geriatrinen arviointi sisältää lääketieteellisen, psykososiaalisen ja toimintakyvyn kokonaisarvion sekä kotihoidossa tehtävät seurantakäynnit (Toljamo ym. 2005).

Navarro ym. (2008) tutkivat poikittaistutkimuksessaan 64-vuotiaiden ja vanhempien näön tarkkuutta ja sen yhteyttä elämän laatuun. Osallistujien näön heikentymistä ja sokeutta paremmassa silmässä arvioitiin WHO:n ja eurooppalaisen kriteerin perusteella. Tutkittavilta etsittiin mm. glaukoomaa, silmämököjen ikärappeumaa ja diabeettista retinopatiaa. Tulosten mukaan elämän laatu heikentyi, kun silmämököjen ikärappeuma tai diabeettinen retinopatia heikensivät näköä. Glaukoomaa sairastavilla elämänlaadun ei todettu heikentyvän. Selvää syytä eivät tutkijat tähän löytäneet. Severn ym. (2008) tutkivat kirjallisuuskatsauksessaan

glaukoomaan ja elämänlaatuun liittyviä mittareita. Tulosten mukaan glaukooman ja elämänlaadun mittaamiseen ei ole standardoitua välinettä. Useat mittarit luottavat fyysisiin oireisiin ottamatta huomioon sosiaalisia ja persoonallisia tekijöitä.

Toimintakykyä voidaan mitata eri tavoin. Bäckmandin (2006) mukaan ikääntyneen selviytymistä kotona ja laitoksessa seurataan havainnoimalla muutoksia toimintakyvyssä. Päivittäisistä perustoiminnoista selviytymistä kuvaa PADL (Physical Activities of Daily Living)-mittari. PADL-mittarilla saadaan selville mm. kotona tai ulkona liikkumiseen liittyvät ongelmat, joihin voi vaikuttaa näön heikentyminen. Myös sosiaalista osallistumista voidaan kartoittaa tällä mittarilla. IADL (Instrumental Assessment of Daily Living)-mittarilla kuvataan ikääntyvän avuntarvetta välineellisissä arkitoimissa mm. puhelimen käytössä, kodin hoitamisessa tai lääkkeitä huolehtimisessa. Esimerkiksi näön heikentyessä puhelimen numeron valitsemisessa tulee ongelmia ja ikääntyneen heikentynyt näkö vaikeuttaa lääkkeiden ottamista dosetista.

RAVA-indeksiä käytetään eniten mm. omaishoitoon ja palveluasumiseen liittyviä päätöksiä tehtäessä (Heinola ym. 2003). Tätä mittaria käytetään yli 65-vuotiaiden toimintakyvyn arvioinnissa. RAVA:ssa ikääntyneen näköä arvioidaan kolmella asteella: normaali, heikko ja sokea. Kuuloa arvioidaan myös kolmella asteella: normaali, alentunut ja kuuro (Voutilainen & Vaarama 2005).

RAI (Resident Assessment Instrument)-arviointijärjestelmää käytetään mm. hoidon laadun seurannassa. RAI sisältää pitkäaikaisen laitoshoidon mittareita esimerkiksi ADL-mittarin, CPS-(Cognitive Performance Scale) asteikon ja DRS-(Depression Rating Scale) asteikon (Finne- Soveri ym. 2005).

Voutilainen ja Vaarama (2005) viittaavat ikääntyneiden toimintakykymittareiden kartoituksessaan Spiegel ym. (1991) esittelemään NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)-testiin. Testi mittaa ikääntyneen selviytymistä ja käyttäytymistä jokapäiväisessä elämässä. Testillä voidaan seurata ikääntyneen vointia sekä kotona että laitoksessa. Näköä tai kuuloa voidaan arvioida esimerkiksi seuraavalla väittämällä: ikääntynyt seuraa suosikkiohjelmiaan radiosta tai televisiosta tai hän ottaa kontaktin ympärillä oleviin ihmisiin.

Strawbridge ym. (2000) pitkittäistutkimus tehtiin vuosina 1974- 1995. Tutkimukseen osallistuneet olivat 50-vuotiaita tai vanhempia (N=2461). Tarkoituksena oli selvittää mm. ikääntyneiden itse arvioitua kuulon heikentymistä ja miten se vaikutti fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä mielenterveyteen. Tulosten mukaan kuulon heikentyminen oli vahvasti yhteydessä ikään. Miehillä ilmeni korkeampia kuulon heikentymisen asteita kuin naisilla. Lisäksi kohtuullinen tai vakava kuulon heikentyminen oli yhteydessä ADL-toimintoihin ja fyysiseen suorituskkyyn. Rainan ym. (2004) mukaan yli 65-vuotiaat raportoivat enemmän rajoituksista IADL- toiminnoissa kuin nuoremmat kuulon ollessa heikentynyt. Kuulon heikentyminen ei vaikuttanut Cigolle ym. (2007) mukaan ADL-toimintoihin juuri lainkaan. Naisilla kuulon heikentymisen on todettu vaikuttavan mm. kaatumisiin, lonkkamurtumiin ja kuolleisuuteen (Smeeth ym. 2003, Crews & Campbell 2004, Lupsakko & Ikäheimo 2008).

2.2.2 Heikkonäköisen ja –kuuloisen ikääntyneen tukeminen

Huononäköiselle ikääntyneelle suunnatun tekstin tulee olla selkeää, yksinkertaista ja avainkohtia korostavaa. Kirjoitetun tekstin fontin paras koko on 14, mustaa tekstiä valkoisella pohjalla ja otsikot sekä alaotsikot isompia kuin tavallinen teksti (Hietanen ym. 2005). Usein huononäköiset ikääntyneet toivovat hoitajien kirjoittavan ohjeensa tai viestinsä käyttämällä tummaa kynää ja suuria kirjaimia (Kricos 2007). Jos ikääntynyt hoitaa itse lääkityksensä, hän tarvitsee lääkepurkkeihin selvän ja oikean kokoisen tekstin (Crews & Campbell 2004).

Ikääntyneen omien tavaroiden ja vaatteiden säilytys on tehtävä huolellisesti. Näön heikentyessä tavaroita pidetään mielellään samassa paikassa, mutta jos niiden paikka pitää vaihtaa, on siitä hyvä kertoa ikääntyneelle ja omaisille. Ongelmatilanteissa hoitaja ammattitaidollaan rauhoittaa vanhusta asiallisella ja totuudenmukaisella tiedolla ottaen huomioon ikääntyneen voimien ja kognitiiviset kyvyt. Hietasen ym. (2005) mukaan ikääntyneelle voivat esimerkiksi näkökentän puutokset aiheuttaa ahdistusta ja hämmennystä myös tutussa ympäristössä. Näin vieraassa ympäristössä selviytyminen ei onnistu ja ikääntynyt muuttuu levottomaksi. Kosketus, välittäminen ja huolehtiminen osoittavat hoitajan ammattitaitoa ja saavat vanhuksen tuntemaan olonsa turvalliseksi.

Hietasen ym. (2005) mukaan hyvä yleisvalaistus, selkeät kulkureitit ja tarvittavat apuvälineet niin kotona kuin laitoksessa helpottavat huononäköisen ikääntyneen selviytymistä arkipäivän

askareissa. Siirryttäessä hämärästä tilasta valoisaan silmän sopeutuminen ei ehkä onnistu vaan ikääntynyt voi häikäistyä. Häikäistyminen saattaa aiheuttaa epämukavan olon.

Näkövammaisten Keskusliitto ry. muistuttaa, että näkövaikeudet valosta hämärään siirryttäessä ja päinvastoin liittyvät melkein kaikkiin ikääntyneiden silmäsairauksiin. Häikäisyä syntyy silmän sopeutuessa huonosti kirkkaaseen valaistukseen. Silmän sopeutumista heikentää kotona mm. liian voimakkaat tai väärin suunnatut valaisimet ja ikkunoista tuleva auringonvalo. Kiiltävät pinnat heijastavat valoa ja saattavat sokaista ikääntyneen kokonaan. Häikäisyä vähennetään suuntaamalla valot oikein. Epäsuorasti tuleva valo on usein hyvä ratkaisu. Kun valo heijastetaan huoneeseen katon tai seinän kautta, on valaistus tasainen ja häikäisemätön. Kaihtimilla voidaan himmentää ikkunoista tulvivaa auringonvaloa. Keittiössä, pesutiloissa ja eteisessä tarvitaan erityisen hyvää valaistusta. Vaaleat pinnat heijastavat valoa tummia pintoja enemmän. Hyvä valaistus ei aiheuta jyrkkiä varjoja, jotka voivat johtaa virhearvioihin.

Ikääntyneen näön heiketessä lääkityksen onnistumista on tarvittaessa valvottava kotihoidossa. Hietasen ym. (2005) mukaan hoitajan ja ikääntyneen yhdessä tekemisellä ja harjoittelulla opitaan laittamaan silmätipat. Silmätippojen säännöllinen laittaminen tukee esimerkiksi glaukooman hoidossa ikääntyneen hyvää oloa. Erityisesti heikentyneen näön ja dementiaoireiden yhteisvaikutus lääkehoitoon voi olla huomattava.

Huonokuuloisen yksin kotona asuvan vanhuksen tilanne on hankala. Lonkan (2000) mukaan kuulokojeiden ja muiden apuvälineiden on todettu parantavan vanhuksen selviytymistä ja hoidettavuutta laitoksessa. Kuulokojeiden paristojen vaihdot, puhdistukset ja pienten vikojen korjaus voitaneen tehdä perusterveydenhuollossa kuulokeskusten ja – asemien sijaan (Salmela ym. 2006). Salmela ym. (2006) mainitsevat Cohen- Mansfieldin ja Taylorin tutkimuksen (2006), jonka tulosten mukaan kuulokojeen käytön esteiksi muodostuivat mm. hoitojärjestelmän sitoutumattomuus kuulokojeiden hyödyntämiseen, hoitohenkilökunnan tiedon puute ja kojeen käyttäjien vaikeus käsitellä kojetta.

Sorin ja Huttusen (2008) mukaan huomaamatta jäänyt ja hoitamaton kuulovika voi epäsuorasti laskea kognitiivista suoritustasoa. Huonontunut kognitiivinen taso ei vähennä vaan lisää kuulon kuntoutuksen tarvetta. Kuulokoje on varsin harvinainen dementiaa sairastavilla kuulovikaisilla. Alzheimerin tautia sairastavilla käyttäytymisongelmat voivat olla

yhteydessä kuulo-ongelmiin. Muistin heikentyminen vaikuttaa puheen ymmärtämiseen, kun vanhus yrittää keskittyä kuunteluun. Toisaalta vanhukset pystyvät korvaamaan ns. kuulematta jääneitä aukkoja kielellisen, kokonaisuuksista osiin etenevän päättelyn avulla (Lonka 2000).

Kuulokojeen käytön yleisyys lisääntyy voimakkaasti iän myötä. Kojet ja niiden johdot vaativat tarkastusta ja huoltoa. Jos huonokuuloinen ei pysty itse huoltamaan kojettaan, hoitaja auttaa häntä. Kuulokoje tulisi pitää puhtaana, suojata kosteudelta ja kuumuudelta tai kovalle pinnalle putoamiselta (Salmela ym. 2006). Kuulokojeen yleisimpiä toimintavirheitä ovat vinkuminen ja mykistyminen. Kricos (2007) neuvoo, että hoitaja voi esimerkiksi merkitä äänen voimakkuuden säätöasteen huolellisesti eri värillä kuulolaitteeseen (laite on yleensä beigen värinen). Myös äänen voimakkuuden katkaisinta voidaan käyttää, jotta ikääntynyt tuntee varmuudella äänen voimakkuuden kontrollin.

Lonkan (2000) mukaan vanhukset tarvitsevat akustisesti rauhallista ympäristöä. Usein laitokset ovat kuuntelun ja kuulemisen kannalta ongelmallisia ympäristöjä. Häly ja kaiku vaikeuttavat kuulemistä, mutta ongelmien korostuessa voidaan vähentää näitä haittoja. Ympäristön parantaminen vaikuttaa myös hoitohenkilökunnan työskentelyyn (Sorri & Huttunen 2008).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia hoitajien tietoja ikääntymiseen liittyvästä näön ja kuulon heikentymisestä ja heikentymisen aiheuttamista ongelmista. Tarkoituksena oli myös selvittää hoitajien käyttämiä keinoja ongelmien tunnistamiseen ja arviointiin sekä sitä, miten hoitajat tosiasiallisesti tukivat ikääntyneitä.

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Mitä hoitajat tietävät näkö- ja kuulovaikeuksien syistä ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista?
2. Mitä keinoja hoitajat käyttävät ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen tunnistamiseen ja arviointiin?
3. Miten hoitajat tukevat ikääntyneitä näön ja kuulon heikentyessä?

4 TUTKIMUSMENETELMÄT

4.1 Tutkimusaineiston kohderyhmän valinta

Tutkimukseen osallistui vanhustyötä tekeviä hoitajia Rauman kaupungin sosiaalipalvelusta ja terveyskeskuksesta. Tutkimukseen osallistuneista (N=377) suurin osa oli naisia (miehiä osallistui 2). Kohderyhmän valintaan vaikutti myös myöhemmin suunnitteilla oleva täydennyskoulutus.

Terveyskeskuksesta valittiin mukaan viisi osastoa, joiden potilaskunta on enimmäkseen ikääntyneitä. Osastot 11 ja 13 ovat kuntoutusosastoja, joissa on molemmissa 29 potilaspaikkaa. Osastot 12 ja 14 ovat akuuttiosastoja, joissa on molemmissa 25 potilaspaikkaa. Kotisairaanhoido tekee kotona annettavaa sairaanhoidollista hoitotyötä ja suurin osa potilaista/asiakkaista on ikääntyneitä. Raumalla toimii neljä vanhainkotiä, joissa on noin 250 hoitopaikkaa. Kotipalvelussa oli 6 eri tiimiä vuonna 2009, joiden asiakaskunta on enimmäkseen ikääntyneitä. Lisäksi kaupungissa on useita yksityisiä palvelu- ja hoitokoteja. Näissä työskenteleviä hoitajia ei otettu tutkimukseen mukaan.

Tutkija jakoi vastaajat eri ryhmiin samantyyppisen koulutuksen perusteella: sh/th (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja erikoissairaanhoitajat), ph/lh (perushoitajat ja lähihoitajat), kh/ka (kodinhoitajat ja kotiavustajat) ja muut (fysioterapeutit, hoitoapulaiset ym.). Muut-ryhmä oli kooltaan pienin, eikä sitä otettu mukaan analysointiin.

4.2 Tutkimusaineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa oli monivalintakysymyksiä, Likert-asteikollisia väittämiä ja kaksi avointa kysymystä (LIITE 2). Taustiedot kerättiin monivalintakysymyksillä. Osaan vastattiin kyllä-ei-vastauksella. Likert-asteikollisiin väittämiin vastattiin seuraavasti: 1=täysin eri mieltä, 2=melko eri mieltä, 3=en tiedä, 4=melko samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä. Taustakysymyksillä haluttiin selvittää esimerkiksi, minkälainen oli hoitajien koulutus ja kuinka usein he olivat osallistuneet täydennys- ja lisäkoulutukseen.

Likert-asteikolla kysyttiin, mitä hoitajat mielestään tiesivät näön ja kuulon heikentymisestä sekä miten hoitajat tunnistivat ja arvioivat sekä tukivat ikääntynyttä näön ja kuulon heikentyessä. Tutkija rakensi itse kyselylomakkeen kirjallisuudessa esiin nousseiden ongelmien mukaan.

Heinäkuussa 2009 tehtiin pilottitutkimus Rauman kaupungin vanhainkodin yhdellä osastolla (n=17) kyselylomakkeen testausta varten ennen varsinaista tutkimusta. Vanhainkodin osasto valittiin esitutkimukseen, koska siellä työskenteli eri ammattitutkinnon suorittaneita hoitajia. Tutkija pystyi näin testaamaan kyselylomakettaan. Osallistujia pyydettiin merkitsemään kyselylomakkeeseen mielestään epäselvät kohdat ja lomakkeen täyttämiseen kulunut aika. Osallistujat raportoivat epäkohdiksi vieraskieliset sanat (esimerkiksi makuladegeneraatio), jotka tutkija muutti kyselylomakkeeseen myös suomenkielisiksi. Osallistujien mukaan kyselylomakkeen täyttämiseen kului noin 20 minuuttia aikaa. Kyselylomakkeet, jotka oli suljettu kirjekuoreen tai niitattu yhteen, palautettiin osastolla laatikkoon, josta tutkija haki ne.

Syyskuussa 2009 lähetettiin kyselylomakkeita ikääntyneiden parissa työskenteleville (n=360) sosiaalipalvelun ja terveyskeskuksen hoitajille. Saatekirje (LIITE 1) ja kyselylomake lähetettiin joko postitse tai sähköpostitse osallistujille. Sähköpostiosoite oli sosiaalipalvelulla vain esimiehillä, joten he välittivät tiedot tutkimuksesta sekä kyselylomakkeen saatekirjeineen osallistujille. Terveyskeskuksessa saatekirje ja kyselylomake lähetettiin sähköpostitse joko osallistujille suoraan tai esimiehen (osastonhoitaja) kautta. Tutkija kävi henkilökohtaisesti esittelemässä tutkimuksensa jokaisessa työpisteessä sekä sosiaalipalvelussa että terveyskeskuksen osastoilla. Osallistujat jättivät kyselylomakkeensa osastonsa tai tiimensä kahvihuoneessa olevaan kansioon kirjekuoreen suljettuina tai kaksinkerroin niitattuna yhteen. Koska kaikki osallistujat eivät olleet tavoitettavissa henkilökohtaisesti, tutkija jätti jokaisen kansion päälle tutkimuksen saatekirjeen, jossa olivat tutkijan yhteystiedot ja tutkimuksen kesto-aika. Tutkija haki kyselylomakkeet pois noin kahden viikon kuluttua. Tutkija antoi lisäaikaa yhden viikon sekä sosiaalipalvelun vanhainkodin kahdelle osastolle että terveyskeskuksen kahdelle osastolle hoitajien vähäisen osallistujamäärän vuoksi. Myönnetystä lisäajasta huolimatta tutkija ei saanut lisää aineistoa.

4.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyyttä ei voi yksilöidä, koska vastaajien kyselylomakkeet on numeroitu. Tutkija työskentelee saman kaupungin työntekijänä kuin vastaajat. Tutkija ei kuitenkaan tunne käsialoja eikä tiedä missä hoitajat ovat työssä. Tutkija on lupautunut hävittämään kyselylomakkeet, kun tutkimus on tehty loppuun. Saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, jatkotoimista ja tutkijan yhteystiedot kotiin. Kyselylomakkeiden palauttaminen oli tehty helpoksi, koska kansiot olivat osallistujien työpisteissä. Osallistujat palauttivat kyselylomakkeensa yleensä suljettuina kansioon.

4.4 Tutkimustulosten analysointi

Kyselylomakkeen tulosten analysointiin käytettiin SPSS Statistics 17.0 ohjelmaa. Kyselylomakkeen vastauksista tehtiin havaintomatriisi. Muuttujia olivat hoitajien sukupuoli, ikä, ammattitutkinto, työsuhde, työpaikka, työaika, työaika nykyisessä työpaikassa, täydennyskoulutus. Muita muuttujia olivat ikääntyneen sosiaalinen toimintakyky (esimerkiksi eristäytyminen, osallistuminen, elämänlaatu), fyysinen toimintakyky (esimerkiksi kaatuminen, siivoaminen, päivittäisistä toiminnoista selviäminen), vuorovaikutus (esimerkiksi huulioluku, keskustelu, huutaminen), testien tekeminen (esimerkiksi kuulokäyrä, kuiskaustuhe-testi), neuvonta (esimerkiksi apuvälineet), arviointi (esimerkiksi mittarit, havainnointi), tukeminen (esimerkiksi teksti, valvonta, valaistus). Tilastollisista tunnusluvuista käytettiin keskiarvoa, keskihajontaa, prosenttia, minimiä ja maksimia. Muuttujien välistä riippuvuutta mitattiin ristiintaulukoinnin ja Pearsonin tulomomenttikertoimen avulla. Riippuvuustarkastelujen avulla mitattiin ammattitutkinnon ja hoitajien tunnistamisen, arvioinnin sekä tukemisen välistä yhteyttä. Tilastollisesti merkitseväenä pidettiin p-arvoa < 0.05.

Tutkimuksen avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin sanasta sanaan puhtaaksi. Tulososioon kirjoitettiin kommentit vastaajien suorina lainauksina. Lainausten loppuun kirjoitettiin numero, joka oli myös kyselylomakkeen numero. Tässä tutkimuksessa avoimilla kysymyksillä kartoitettiin vastaajien omia mielipiteitä tutkittavasta asiasta ja syvennettiin kyselylomakkeen strukturoitujen kysymysten tuloksia.

5 TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 377 sosiaalipalvelun ja terveyskeskuksen hoitajalle. Tutkimukseen vastasi 48% (n=96) hoitajaa terveyskeskuksesta ja 59% (n=281) hoitajaa sosiaalipalvelusta. Terveyskeskuksen osastojen ja vanhainkotien osastojen vastausprosentti oli noin 48%. Kotipalvelusta osallistui 76% tutkimukseen. Kyselyn kokonaisvastausprosentti oli 56. Miehiiä vastaajista oli 2.

Osallistujien ikä vaihteli 20 ja 63 vuoden välillä (ka 43.9 vuotta, SD 11.16). Osallistujat olivat olleet vanhustyössä 0,5-46 vuotta (ka 13.3 vuotta, SD 9.67) ja nykyisessä työpaikassaan 0,5-33 vuotta (ka 10.6 vuotta, SD 9.36). Hoitajista oli noin 3% osallistunut näön ja/tai kuulon täydennyskoulutukseen. Hoitajien työpaikat tutkimushetkellä esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien työpaikka.

Taustatiedot (N= 211)	Sh / th (n= 50)	Ph / lh (n= 116)	Kh / ka (n= 34)
Osallistujien määrä (%)	24	55	16
Sosiaalipalvelussa (%)	44	86	100
Terveyskeskuksessa (%)	56	14	0

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiavustaja.

Hoitajista suurin osa raportoi kohtaavansa päivittäin työssään ikääntyneitä, joiden näkö ja tai kuulo oli heikentynyt siten, että se vaikutti päivittäiseen toimintakykyyn.

5.2 Mitä hoitajat tietävät näkö- ja kuulovaikeuksien syistä ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista?

Hoitajilta kysyttiin, mitkä olivat kolme yleisintä syytä näön heikentymiseen. Vaihtoehtoja oli 8, joista hoitajat valitsivat mielestään yleisimmät syyt (Taulukko 6).

Taulukko 6. Hoitajien mielipide ikääntyneiden näön heikentymisen yleisimmistä syistä.

	Sh/th n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/Ka n (%)
Kaihi	46 (92)	98 (85)	30 (91)
Glaukooma	41(84)	94 (81)	22 (67)
Silmänpohjan ikärappeuma	31 (62)	87 (75)	19 (58)
Diabeettinen retinopatia	24 (48)	56 (50)	21 (64)
Huimaus	4 (6)	5 (5)	3 (9)
Korkea RR	3 (6)	0 (0)	3 (9)
Matala RR	0 (0)	1 (1)	0 (0)
Verkkokalvon irtauma	1 (2)	4 (4)	1 (3)

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiavustaja.

Hoitajien mielestä kolme yleisintä syytä näön heikentymiseen olivat kaihi, glaukooma ja silmänpohjan ikärappeuma. Jokaisessa ryhmässä kaihi raportoitiin yleisimmäksi näön heikentymisen syyksi. Kh/ka-ryhmässä hoitajien mielestä silmänpohjan ikärappeuman ja diabeettisen retinopatian vaikuttivat yhtä paljon ikääntyneiden näön heikentymiseen.

Seuraavaksi hoitajilta kysyttiin kolmea yleisintä syytä ikääntyneiden kuulon heikentymiseen. Vaihtoehtoja oli 8, joista hoitajat valitsivat mielestään yleisimmät syyt (Taulukko 7).

Taulukko 7. Hoitajien mielipide ikääntyneiden kuulon heikentymisen yleisimmistä syistä.

	Sh/th n (%)	Ph /lh n (%)	Kh/ka n (%)
Korvasairaudet	40 (80)	97 (87)	31(90)
Melu	37 (74)	81 (73)	26 (79)
Verenkierron sairaudet	32 (64)	43 (86)	17 (52)
Perimä	25 (50)	68 (61)	17 (52)
Masennus	8 (16)	18 (16)	3 (9)
Silmänpohjan ikärappeuma	4 (8)	10 (30)	2 (7)
Sukupuoli	2 (4)	5 (5)	0 (0)
Vitamiinien puute	1 (2)	3 (3)	0(0)

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiavustaja.

Hoitajien mielestä kolme yleisintä syytä ikääntyneiden kuulon heikentymiseen olivat korvasairaudet, melu ja verenkierron sairaudet. Ph/lh-ryhmässä verenkierron sairaudet arvioitiin yhtä yleiseksi kuin korvasairaudet. Tässä ryhmässä hoitajista 30% piti silmänpohjan ikärappeumaa kuulon heikentymisen syynä, kun muissa ryhmissä hoitajista oli alle 10% samaa mieltä.

Hoitajien tietoja ikääntyneiden näön ja kuulon heikentymisestä selvitettiin tarkemmin. Hoitajat raportoivat kuivasilmäisyyden lisääntyvän ikääntyessä ja kontrastiherkkyiden vaikeuttavan ikääntyneiden päivänäköä. Yli puolet hoitajista vastasi silmänpainetaudin eli glaukooman aiheuttavan oireita ja etenevän nopeasti. Hoitajien mielestä näön tarkastuksilla voitiin vähentää kaatumisvaaraa, mutta heidän mielestään näöntarkastuksia ei tehty säännöllisesti ikääntyneille kotona tai laitoksessa. Hoitajista 133 (70%) ei pitänyt näköaistin seulontoja kalliina, mutta näönkuntoutuspalvelujen käyttämiseen vaikutti heidän mielestään ikääntyneen taloudellinen asema.

Kuuloaistin menetys saattoi hoitajien mielestä masentaa ikääntynyttä ja johtaa psykoottisiin oireisiin. Kuulon heikentymisellä oli hoitajien mielestä selvä yhteys ikääntyneiden

selviämiseen päivittäisissä toiminnoissa. Hoitajien mielestä kuiskaus- puhetestiä käytettiin usein heikentyneen kuulon seulontaan. Hoitajista 71% mielestä ikäkuuloa voitiin ehkäistä suojautumalla melulta.

Tupakointi ei lisännyt hoitajien mielestä kuulovian yleisyyttä: sh/th-ryhmässä 50% hoitajista oli samaa mieltä ja 50% eri mieltä asiasta. Ph/lh-ryhmien hoitajista 69% ja kh/ka-ryhmien hoitajista 71% mielestä tupakointi lisäsi kuulovian yleisyyttä. Ph/lh-ryhmän hoitajista 65% ja kh/ka-ryhmän hoitajista 75% mielestä ravinnolla ei voitu vaikuttaa ikäkuuloon. Sh/th-ryhmän hoitajista 59% vastasi, että ravinnolla voitiin vaikuttaa ikäkuuloon. Vastausten mukaan ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.004$) siihen, miten hoitajien mielestä ravitsemuksella vaikutettiin ikäkuuloon. Hoitajista 61% vastasi, että kuulon apuvälineenä käytettävää kommunikaattoria ei sovitettu yksilöllisesti ikääntyneen korvaan.

5.3 Mitä keinoja hoitajat käyttävät ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen tunnistamiseen ja arviointiin?

Hoitajien mielestä fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky muuttui ikääntyneen näön huonontuessa (Taulukko 8). Hoitajista suurin osa raportoi sosiaalisen eristäytymisen lisääntyvän. Melkein kaikkien hoitajien mielestä kaatumiset lisääntyivät näön heikentyessä. Myös ikääntyneen vuorovaikutus ympäristön kanssa muuttui hoitajien mielestä, kun esimerkiksi huulioluku vaikeutui.

Hoitajien mielipide jakautui ravitsemuksen ja näön heikentymisen yhteydestä. Sh/th-ryhmässä ja ph/lh-ryhmässä hoitajien mielestä ruokahalu ei kasvanut, vaikka näkö heikentyi. Näissä ryhmissä runsas kolmannes hoitajista ei tiennyt vaikuttiko näön heikentyminen ruokahalun kasvuun. Kh/ka-ryhmän hoitajien mielipide jakaantui täysin tai melko samaa mieltä ja en tiedä vastausten välille. Ammattitutkinnolla oli tilastollista merkitystä ($p=0.002$) siihen, miten hoitajat raportoivat ruokahalun kasvamisen ja ikääntyneen näön heikentymisen yhteyden. Fyysisen toimintakyvyn muutokseen liittyi ikääntyneen kodin siistimisen tarve, jonka hoitajat vastasivat kaikissa ryhmissä joko muuttuvan tai pysyvän ennallaan ikääntyneen näön heikentyessä.

Taulukko 8. Hoitajien mielipide huononäköisen ikääntyneen tunnistamisesta kotona tai laitoksessa.

Väittäjä	Sh/th n (%)	Ph/ lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Sosiaalinen eristäytyneisyys lisääntyy.	1=1 (2) 2=0 (0) 3=49 (98)	1=4 (4) 2=2 (2) 3=108 (94)	1=2 (6) 2=2 (6) 3=30 (88)	0.497
Kaatumiset lisääntyvät.	1=0 (0) 2=3 (6) 3=47 (94)	1=6 (5) 2=5 (4) 3=104 (91)	1=3 (9) 2=2 (5) 3=29 (86)	0.863
Huulioluku vaikeutuu.	1=2 (4) 2=3 (7) 3=41 (89)	1=6 (5) 2=12 (11) 3=97 (84)	1=5 (15) 2=4 (12) 3=24 (73)	0.153
Ruokahalu kasvaa.	1=33 (66) 2=16 (32) 3=1 (2)	1=68 (60) 2=42 (37) 3=4 (3)	1=15 (44) 2=14 (41) 3=5 (15)	0.002
Kodin siistimisen tarve ei muutu.	1=23 (46) 2=6 (12) 3=21 (42)	1=47 (41) 2=30 (26) 3=38 (33)	1=15 (44) 2=9 (26) 3=10 (30)	0.339

Sh/th= sairaanhoitaja, erikoissairanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh= perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka= kodinhoitaja, kotiavustaja. 1=täysin tai melko eri mieltä, 2=en tiedä, 3=täysin tai melko samaa mieltä.

Hoitajat tunnistivat huonokuuloisen ikääntyneen, kun vuorovaikutus muuttui (Taulukko 9). Melkein kaikkien hoitajien mielestä ikääntyneen oli vaikea osallistua keskusteluun ja siten sosiaalinen osallistuminen väheni. Ikääntyneen korvat tarkistettiin hoitajien mielestä sekä kotona että laitoksessa. Toisaalta kh/ka-ryhmän hoitajista 23% ei tiennyt ikääntyneen korvien tarkistamisesta. Hoitajien mielestä kuulokäyrässä oli muutoksia sekä korkeissa että matalissa äänitaajuuksissa. Kuitenkin kahdessa ryhmässä miltei puolet hoitajista ei tiennyt, miltä kuulokäyrä näytti ikääntyneen kuulon heikentyessä.

Taulukko 9. Hoitajien mielipide huonokuuloisen ikääntyneen tunnistamisesta kotona ja laitoksessa.

Väittäjä	Sh/lh n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Ikääntyneen on vaikea ymmärtää keskustelun kulkua.	1=5 (10) 2=1 (2) 3=43 (88)	1=7 (6) 2=3 (3) 3=105 (91)	1=2 (7) 2=1 (1) 3=31 (92)	0.941
Sosiaalinen osallistuminen vähenee.	1=1 (2) 2=0 (0) 3=48 (98)	1=4 (4) 2=4 (4) 3=107 (92)	1=1 (3) 2=2 (6) 3=31 (91)	0.880
Korvat tarkastetaan.	1=9 (18) 2=5 (10) 3=35 (72)	1=18 (16) 2=15 (13) 3=80 (71)	1=4(12) 2=8(23) 3=22(65)	0.588
Kuulokäyrässä on alenemia sekä korkeissa että matalissa äänitaajuuksissa.	1=5 (10) 2=13 (26) 3=31 (64)	1=8 (7) 2=44 (40) 3=59 (53)	1=3 (9) 2=13 (39) 3=17 (52)	0.451

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/lh=kodinhoitaja, kotiavustaja. 1=täysin tai melko eri mieltä, 2=en tiedä, 3=täysin tai melko samaa mieltä.

Hoitajien arvioidessa ikääntyneen näön heikentymistä fyysinen toimintakyky muuttui kaikkien hoitajien mielestä ja sosiaalinen toimintakyky siten, että sekä kotona että laitoksessa ikääntyneen osallistuminen vähentyi (Taulukko 10). Toimintakykyä mittaavat mittarit ja näön heikentyminen olivat hoitajien mielestä vaikeasti tulkittava asia. Melkein kaikissa ryhmissä puolet hoitajista ei tiennyt toimintakykymittareiden luotettavuudesta.

Näön apuvälineiden huoltamisesta hoitajat olivat epävarmoja. Sh/th-ryhmässä alle puolet hoitajista osasi neuvoa ja noin puolet ei osannut neuvoa ikääntyneitä. Muissa ryhmissä yli puolet hoitajista osasi mielestään neuvoa näön apuvälineiden huoltamisen. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.001$) yhteys siihen, miten hoitajat mielestään kykenivät neuvomaan näön apuvälineiden huoltamisen. Hoitajat olivat mielestään epävarmoja näön heikentymisen arvioinnista.

Taulukko 10. Ikääntyneen näön heikentyminen hoitajan arvioimana kotona tai laitoksessa.

Väittäjä	Sh/th n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista huononee.	1=0 (0) 2=0 (0) 3=45 (100)	1=3 (3) 2=0 (0) 3=112 (97)	1=1 (3) 2=0 (0) 3=33 (97)	0.522
Sosiaalinen osallistuminen ei vähene.	1=45 (94) 2=2 (4) 3=1 (2)	1=82 (71) 2=9 (8) 3=24 (21)	1=22 (65) 2=4 (12) 3=8 (23)	0.086
Käytössä olevat toimintakykymittarit antavat luotettavaa tietoa näön heikentymisestä.	1=19 (40) 2=17 (35) 3=12 (25)	1=35 (31) 2=56 (50) 3=22 (19)	1=9 (27) 2=18 (53) 3=7 (20)	0.070
Kykenen neuvomaan apuvälineiden huoltamisen.	1=21 (43) 2=7 (14) 3=21 (43)	1=24 (21) 2=16 (14) 3=75 (65)	1=4 (12) 2=9 (26) 3=21 (62)	0.001
Näköaistin heikentymisen arviointi on vaikeaa.	1=14 (29) 2=9 (18) 3=26 (53)	1=40 (35) 2=25 (22) 3=48 (43)	1=9 (26) 2=8 (24) 3=17 (50)	0.549

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiaavustaja. 1=täysin tai melko eri mieltä, 2=en tiedä, 3= täysin tai melkein samaa mieltä.

Hoitajien mielestä ikähuonokuuloiselle ei kannattanut huutaa (Taulukko 11). Suurin osa hoitajista oli yhtä mieltä asiasta. Fyysiset ja sosiaaliset toimintakyvyn muutokset vaikuttivat hoitajien mielestä ikääntyneen selviämiseen heikommin päivittäisistä toiminnoista kuin parempi kuuloisten ikääntyneiden. Tulosten mukaan hoitajat huomasivat ikääntyneen kuulon heikentymisen muutoksen. Toisaalta kh/ka-ryhmässä melkein puolet hoitajista vastasi, että oli vaikeaa huomata kuulon heikentyminen. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.002$) yhteys siihen, miten hoitajat arvioivat huomaavansa ikääntyneen kuulon heikentymisen.

Hoitajat eivät tieneet, miten kuulon heikentymistä voitiin luotettavasti arvioida toimintakyvyn mittareilla. Sh/th-ryhmän hoitajista noin 50% ja kh/ka-ryhmän hoitajista noin 30% ei pitänyt mittareita luotettavina. Toisaalta kh/ka-ryhmän hoitajista noin 20% piti niitä luotettavina. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.043$) yhteys siihen, miten

hoitajat arvioivat toimintakykymittareiden avulla luotettavasti seurattavan kuulon heikentymistä. Hoitajista noin puolet arvioi osaavansa neuvua kuulon apuvälineiden huoltamisen.

Taulukko 11. Ikääntyneen kuulon heikentyminen hoitajan arvioimana kotona tai laitoksessa.

Väittäjä	Sh/th n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Ikähuonokuuloiselle kannattaa huutaa.	1=39 (80) 2=3 (6) 3=7 (14)	1=72 (64) 2=13 (11) 3=28 (25)	1=22 (65) 2=4 (12) 3=8 (23)	0.212
Kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista huononee.	1=10 (20) 2=0 (0) 3=39 (80)	1=18 (16) 2=8 (7) 3=87 (77)	1=7 (21) 2=1 (3) 3=26 (76)	0.476
On vaikeaa huomata kuulon heikentymistä.	1=36 (72) 2=3 (6) 3=11 (22)	1=80 (71) 2=8 (7) 3=25 (22)	1=17 (50) 2=2 (6) 3=15 (44)	0.002
Elämänlaatu huononee.	1=10 (20) 2=3 (6) 3=37 (74)	1=23 (20) 2=15 (13) 3=76 (67)	1=9 (26) 2=6 (18) 3=19 (56)	0.388
Toimintakykymittarit antavat luotettavaa tietoa arvioinnista.	1=25 (51) 2=20 (41) 3=4 (8)	1=43 (40) 2=59 (55) 3=6 (5)	1=9 (28) 2=17 (53) 3=6 (19)	0.043
Kykenen neuvomaan apuvälineen huoltamisen.	1=16 (33) 2=6 (12) 3=27 (55)	1=27 (24) 2=15 (13) 3=71 (63)	1=10 (29) 2=5 (15) 3=19 (56)	0.708

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiaavustaja. 1=täysin tai melkein eri mieltä, 2=en tiedä, 3= täysin tai melkein samaa mieltä.

5.4 Miten hoitajat tukevat ikääntyneitä näön ja kuulon heikentyessä?

Taulukoissa 12 ja 13 raportoidaan hoitajien vastaukset ikääntyneen tukemisesta näön ja kuulon heikentyessä.

Taulukko 12. Hoitajan antama tuki ikääntyneelle näön heikentyessä kotona tai laitoksessa.

Väittäjä	Sh/th n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Teksti selkeää ja yksinkertaista.	1=2 (4) 2=0 (0) 3=47 (96)	1=5 (4) 2=0 (0) 3=110 (96)	1=1 (3) 2=1 (3) 3=32 (94)	0.626
Lääkehoitoon tarvitaan valvontaa.	1=0 (0) 2=0 (0) 3=49 (100)	1=3 (3) 2=3 (3) 3=109 (94)	1=1 (3) 2=1 (3) 3=32 (94)	0.857
Amslerin kartalla voidaan seurata näön vääristymisen kehittymistä.	1=0 (0) 2=40 (83) 3=8 (17)	1=2 (2) 2=79 (79) 3=19 (19)	1=4 (13) 2=23 (72) 3=5 (15)	0.002
Liikkumista helpotetaan valaistuksella ja kulkureittien merkitsemisellä.	1=2 (4) 2=2 (4) 3=45 (92)	1=5 (4) 2=5 (4) 3=105 (92)	1=1 (3) 2=2 (6) 3=30 (91)	0.785
Vaaleat pinnat ovat tummia pintoja paremmat kalustuksessa.	1=11 (22) 2=9 (18) 3=29 (60)	1=27 (24) 2=25 (22) 3=61 (54)	1=5 (15) 2=6 (18) 3=22 (67)	0.881
Päivittäisistä asioista huolehditaan aina ikääntyneen puolesta.	1=42 (86) 2=2 (4) 3=5 (10)	1=71 (62) 2=13 (11) 3=31 (27)	1=16 (49) 2=4 (11) 3=13 (40)	0.017
Varataan aika optikolle tai lääkärille.	1=4 (8) 2=3 (6) 3=42 (86)	1=9 (8) 2=9 (8) 3=97 (84)	1=2 (6) 2=2 (6) 3=29 (88)	0.802

Sh/th=sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiaavustaja. 1=täysin tai melkein eri mieltä, 2=en tiedä, 3=täysin tai melkein samaa mieltä.

Hoitajien mielestä tekstin selkeydellä ja lääkeshoidon valvonnalla tuettiin huononäköistä ikääntyntyyttä (Taulukko 13). Hoitajilla ei ollut tietoa, mihin Amslerin karttaa voitiin käyttää, koska hoitajista alle 20% mielestä kartalla voitiin seurata näön vääristymistä. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.002$) hoitajien tietoon käyttää Amslerin karttaa ikääntyneen heikentyneen näön tukemisessa.

Hoitajien mielestä ympäristön muutoksilla voitiin tukea huononäköisen ikääntyneen liikkumista. Tulosten mukaan hoitajat eivät aina huolehtineet ikääntyneen puolesta päivittäisiä asioita. Sh/th- ja ph/lh-ryhmän hoitajien mielestä ei aina huolehdita päivittäisistä asioista, mutta kh/ka-ryhmässä noin puolet hoitajista vastasi, että huolehditaan ja noin puolet, että ei huolehdita. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.017$) siihen, miten hoitajat mielestään huolehtivat ikääntyneen päivittäisistä asioista. Suurin osa hoitajista raportoi ikääntyneen näön heikentymistä tuettavan optikolle tai lääkäriille lähettämällä.

Taulukko 13. Hoitajan antama tuki ikääntyneelle kuulon heikentyessä kotona tai laitoksessa.

Väittäjä	Sh/th n (%)	Ph/lh n (%)	Kh/ka n (%)	p-arvo
Kuulokoje laitetaan korvaan.	1=7 (14) 2=1 (2) 3=41 (84)	1=8 (7) 2=6 (5) 3=99 (88)	1=1 (3) 2=1 (3) 3=32 (94)	0.279
Kognitiivista suorituskykyä parannetaan kuulolaitteella.	1=10 (20) 2=10 (20) 3=30 (60)	1=29 (26) 2=17 (15) 3=66 (59)	1=3 (9) 2=7 (21) 3=24 (70)	0.171
Ympäristön rauhallisuuteen on kiinnitetty huomiota.	1=23 (46) 2=3 (6) 3=24 (48)	1=26 (23) 2=21 (18) 3=67 (59)	1=5 (15) 2=10 (29) 3=19 (56)	0.036
Apuvälineiden huollosta huolehditaan.	1=27 (54) 2=5 (10) 3=18 (36)	1=23 (20) 2=20 (18) 3=71 (62)	1=2 (6) 2=5 (15) 3=27 (79)	0.000
Omien asioiden hoitaminen ei vaikeudu huono-kuuloisuudesta huolimatta.	1=36 (72) 2=8 (16) 3=6 (12)	1=72 (63) 2=19 (17) 3=23 (20)	1=16 (47) 2=2 (6) 3=16 (47)	0.002
Lääkärillä ja kuulontutkijalla käydään säännöllisesti.	1=36 (72) 2=9 (18) 3=5 (10)	1=57 (51) 2=22 (20) 3=33 (29)	1=9 (26) 2=8 (24) 3=17 (50)	0.003

Sh/th= sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja, terveydenhoitaja, ph/lh=perushoitaja, lähihoitaja, kh/ka=kodinhoitaja, kotiavustaja. 1=täysin tai melkein eri mieltä, 2=en tiedä, 3=täysin tai melkein samaa mieltä.

Hoitajien mielestä ikääntyntä tuettiin laittamalla kuulokoje ikääntyneen korvaan (Taulukko 13) ja kuulokojeella parannettiin myös kognitiivista suorituskykyä. Toisaalta hoitajista noin 20% ei tiennyt, voitiinko kuulolaitteella parantaa ikääntyneen kognitiivista suorituskykyä. Hoitajista 50% mielestä ympäristön rauhallisuuteen oli kiinnitetty huomiota. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.036$) siihen, miten hoitajat tukivat huonokuuloista ikääntyntä ympäristöä rauhoittamalla.

Hoitajat raportoivat huolehtivansa huonokuuloisen ikääntyneen apuvälineistä vaihtelevasti. Ph/lh-ryhmän hoitajien mielestä apuvälineiden huollosta huolehdittiin. Sh/th-ryhmän hoitajien mielestä apuvälineistä ei aina huolehdittu. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä

yhteys ($p=0.000$) siihen, miten hoitajat ilmoittivat huolehtivansa ikääntyneen kuulon apuvälineistä.

Hoitajien mielestä sh/th- ja ph/lh-ryhmissä huonokuuloisuus vaikutti ikääntyneen omien asioiden hoitamiseen. Kh/ka-ryhmän hoitajista noin 50% vastasi olevansa asiasta eri mieltä kuin muut hoitajat. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.002$) siihen, miten hoitajien mielestä huonokuuloiset ikääntyneet pystyivät hoitamaan asioitaan. Hoitajat raportoivat sh/th- ja ph/lh-ryhmissä, että ikääntynyt ei käynyt säännöllisesti lääkärillä tai kuulontutkijalla. Kh/ka-ryhmän hoitajien mielestä ikääntynyt kävi säännöllisesti tutkimuksissa. Hoitajista noin 20% ei tiennyt, kävikö huonokuuloinen ikääntynyt tutkimuksissa. Ammattitutkinnolla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.003$) siihen, miten hoitajien mielestä ikääntynyt kävi tutkimuksissa.

5.5 Ikääntyneen näön ja kuulon heikentymisen arviointi ja mahdollisten ongelmatilanteiden ratkaiseminen kotona ja laitoksessa

Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä. Ensimmäinen kysymys oli: *Mitä menetelmiä osastollasi/ kotona käytetään ikääntyneiden näön ja/tai kuulon arvioinnissa? Entä minkälaisia tutkimuksia tehdään?* Toinen kysymys oli: *Kuvaile lyhyesti, minkälaisia kokemuksia Sinulla on huononäköisten ja/tai – kuuloisten ikääntyneiden hoitamisesta osastolla/kotona. Minkälaisia ongelmia Sinulla on ollut ja miten ehkä ole ratkaissut ne?* Ensimmäiseen avoimeen kysymykseen hoitajista vastasi 140 (66%) vastausta. Suorien lainausten lopussa on kyselylomakkeen numero sulkeissa, esimerkiksi:

”Päivittäisten toimintojen yhteydessä asiakkaan luona seurataan hänen toimintaansa ja suoriutumista päivän rutiineista, Kuuleeko norm. puheen vai tarvitseeko puhua aina vain kovemmin. Lukeeko lehtiä, katseleeko TV:tä ym.ym. Tahriiko itseään ja ympäristöään enempi kuin ennen. Onko masentuneempi ja hiljaisempi kuin aiemmin. Kotisairaanhoidajat tilaavat yleensä ajan erikoislääkärille arvioituaan asiakkaan tilanteen kotikäynnillään.” (88)

Hoitajista 34 (24%) raportoi, että kotona tai laitoksessa ei käytetty mittareita tai ei ollut minkäänlaisia mittareita. Hoitajat eivät osanneet sanoa, minkälaisia mittareita oli olemassa tai he eivät tieneet yleensä mittareista. 38 hoitajaa kertoi, että ikääntyneet lähetettiin

tutkimuksiin joko lääkärille, optikolle tai kuulontutkijalle, jos näössä tai kuulossa epäiltiin olevan ongelmia.

”Lähetetään silmälääkärille/optikolle tai kuulokeskukseen/korvalääkärille.” (103)

”Yleensä jo osastolle tullessa on tiedossa onko alentumia ko. asioissa. Alentumat näkyvät potilaan toimintakyvyssä ja hoitokontakteissa. Tutkimuksia tulevat tarvittaessa (tehdään lähete) tekemään ”ulkopuoliset” ammattilaiset.” (187)

Näön ja kuulon tarkastuksia tehtiin kotona ja laitoksessa ja silloin käytettiin arviointiin E- taulua tai kuiskaus-puhetestiä. Korvia saatettiin tarkistaa korvalampulla ja korvat huuhdottiin tarvittaessa.

”Näön testaukseen vanha kunnon ”E- taulukko” on kätevä käyttää kotioloissa. Kuulon arvioimiseen erilaiset kuiskaus-asteet ovat käyttökelpoisia.” (211)

Hoitajista 38 (27%) kertoi käyttävänsä heikentyneen näön ja/tai kuulon arviointimenetelminä havainnointia ja tarkkailua. Päivittäisissä hoitotoimenpiteissä ja ikääntyneen omissa askareissa hoitaja huomasi mahdolliset näön ja kuulon muutokset. Esimerkiksi kotitöiden hoitaminen ei enää onnistunut huononäköiseltä ikääntyneeltä. Myös kotikäyntien määrän kasvu liittyi hoitajien mielestä näön ja/tai kuulon heikentymiseen.

”Päivittäisten toimintojen yhteydessä asiakkaan luona seurataan hänen toimintaansa ja suoriutumista päivän rutiineista.” (88)

”Osastolla kuuloa ja näköä arvioidaan pitkälti hoitotyötä tehdessä.”(195)

Hoitajista kuusi raportoi, että vuorovaikutuksessa ikääntyneen kanssa saattoi näkyä muutoksia näön ja/tai kuulon heikentyessä. Väärinymmärryksiä tapahtui molemmin puolin, kun ikääntyneen kuulo ei enää toiminut hyvin. Kun ikääntyneen näkö heikkeni, hoitajat huomasivat ”suttaamisen” lisääntyvän ruokailun aikana.

”Kuuleeko norm. puheen vai tarvitseeko puhua aina vain kovemmin. Lukeeko lehtiä, katseleeko TV:tä ym.y.m. Tahriiko itseään ja ympäristöään enempi kuin ennen. Onko masentuneempi ja hiljaisempi kuin aiemmin. ”(88)

Ikääntyneen taustatiedoista hoitajat yleensä löysivät merkinnän huonosta näöstä tai kuulosta. Ikääntynyt itse tai omainen saattoivat myös huomauttaa näköön tai kuuloon liittyvistä

ongelmista. Omaiset ja ikääntyneet luottivat hoitajan ammattitaitoon esimerkiksi hoitaa asia kuntoon.

”Arviot milloin pitäisi tutkia perustuvat asiakkaan toiveisiin, omaisten toiveisiin ja hoitajan ammattitaitoon.” (97)

”Yleensä aloite tulee pot./omaisen taholta. Toki tulee huomatuksi, ettei pot. kuule, jolloin asioita kerrataan, asiasisältö selkeytyy/karsiutuu yksinker.” (107)

”Yleensä omaiset ottavat yhteyttä hoitajiin, kun huomaavat omaisensa/vanhuksen kuulon huonontuneen tai näön huonontuneen.” (165)

Tutkimuksen toinen avoin kysymys oli: *Kuvaile lyhyesti, minkälaisia kokemuksia Sinulla on huononäköisten ja/tai – kuuloisten ikääntyneiden hoitamisesta osastolla/kotona. Minkälaisia ongelmia Sinulla on ollut ja miten ehkä ole ratkaissut ne?* Tähän kysymykseen vastasi 73 (35%) hoitajaa.

Ikääntyneen arjesta selviytyminen oli usein vaikeaa hoitajien mielestä. Hoitajat laittoivat ikääntyneille kotona aamiaista, auttoivat pukeutumisessa ja ulkoilussa. Hoitajien mielestä ikääntynyt tarvitsi enemmän apua kuin ennen näön heikentyessä myös hygienian hoidossa. Rutiinit koettiin tärkeiksi erityisesti silloin, kun ikääntynyt oli dementoitunut. Ikääntyneellä saattoi olla hahmottamishäiriöitä, ja silloin häntä avustettiin mm. liikkumisessa. Turvallisuuden tunteen luominen oli tärkeää.

”Monilla huononäköisillä on hahmottamishäiriöitä: istuu tuolin sivuun, ei löydä oven kahvaa yms.. Harmittavaista on, jos on asiallinen asukas eikä hän kuule toisen asiallisen puhetta. Tulee turhia loukkaantumisia puolin ja toisin. Tärkeää luoda turvallisuuden tunne asukkaalle..”(136)

Hoitajien mielestä näkökyvyn heikentyminen saattoi aiheuttaa kompurointia ja lopulta kaatumisia. Näitä voitiin ehkäistä kodin, huoneiden ja käytävien oikealla valaistuksella sekä kotona että laitoksessa. Hoitajien mielestä ikääntyneen liikkumista helpotettiin taluttamisella ja tavaroiden pitämisellä samassa paikassa.

”Näkökyvyn puute taas haittaa kaikkia askareita tulee kaatumisia ja kompurointia.” (33)

”Huononäköisten kotona pyritään laittamaan tavarat samoille paikoille.” (40)

”Pääsääntöisesti hyviä kokemuksia. Joskus ongelmia on ollut esim. mattojen poistamisesta ja huonekalujen uudelleenjärjestelyssä >> ajan myötä asiakkaat ovat olleet kiittollisia em. asioista.” (59)

”Huononäköisten kanssa, ohjataan kädestä eri paikkoihin ja luemme myös asiakkaalle lehtiä, valaistus on myös tärkeää sekä selkeät kulkuväylät.” (61)

Hoitajista 5 (7%) kertoi, että jotkut ikääntyneet olivat sopeutuneet tilaansa. Hoitajien mukaan ikääntyneen persoonallisuudella oli vaikutusta selviytymiseen. Nämä ikääntyneet olivat hoitajien mielestä oppineet elämään heikentyneen näön ja/tai kuulon kanssa.

”Vanhuksen persoonasta on paljolti kiinni elämänhaluisuus, asioista selviäminen ym.” (117)

”Huononäköiset selviytyvät kotiooloissa tutussa ympäristössä yllättävän hyvin.” (38)

”Monet hoitamani potilaat ovat olleet jo pitkään huononäköisiä/kuuloisia ja jo sopeutuneet tilanteeseen. Potilaille on jo kehittynyt keinot selviytyä arkipäivän toiminnoista apujen turvin. En osaa siis vastata, millaisia haasteita tulisi vastaan potilaan kanssa, joka on akuutisti menettänyt näkönsä/kuulonsa.” (124)

Huononäköisen tai – kuuloisen ikääntyneen ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa ilmeni joskus ongelmia. Hoitajien mukaan väärinkäsitys, epäluuloisuus tai väsyminen aiheutti kiusallisia tilanteita. Vastaajista 9 (12%) oli huolissaan ikääntyneen syrjäytymisestä. Huonokuuloiset ikääntyneet saattoivat eristäytyä muista ihmisistä. Hoitajista 6 mainitsi, että ikääntynyt masentui, kun vuorovaikutus oli vaikeaa tai mahdotonta ikääntyneen huonon kuulon vuoksi. Kuulon heikentyminen saattoi aiheuttaa väärinymmärryksiä ja loukkaantumista muita asuintovereita tai hoitajia kohtaan.

”Kotona asuvat ovat yksinäisiä, koska näkö on huono, ei pysty lukemaan tai katsomaan tv:tä.” (37).

”Huonokuuloisten kanssa tulee helposti väärinymmärryksiä, Helposti eristäytyy toisista asukkaista.” (136)

Hoitajien mielestä vuorovaikutus onnistui huonokuuloisen kanssa, kun hoitaja käytti katsekontaktia tai huuliltalukua. Myös paperille kirjoittaminen, eleet ja kosketus olivat hyviä vuorovaikutuskeinoja.

”Huonokuuloisen kyseessä ollessa jos ei saa sanallista viestiä perille, se kirjoitetaan paperille. Osaan hiukan viittomakieltä, se vaan tahtoo unohtua kun ei tarvitse jatkuvasti käyttää.” (178)

”Huonokuuloista vaikea saada ymmärtämään puhetta. Asiaa auttaa samalla kun puhuu katsekontakti sekä rauhallinen puhe.” (35)

”Todella huonokuuloisen kanssa kommunikointi vaikeaa. Miten opetella puhumaan selkeästi, huutamatta, niin että huonokuuloinen ymmärtää sinua.” (55)

”Huonokuuloisen kanssa keskustelu on hankalaa ja välillä väsyttävääkin. Huononäköisyys on ilmennyt esim. puhelinnumeroiden valinnassa >>koodasimme pikavalinnat.” (93)

Hoitajien mukaan apuvälineiden hoitaminen ja huoltaminen aiheutti ongelmia sekä hoitajille että ikääntyneille. Kuulokojeen paristojen vaihdot, letkujen puhdistukset ja äänisäädöt olivat hankalia. Silmälasit saattoivat olla naarmuiset, vanhat ja tehottomat. Ikääntyneet saattoivat käyttää myös muita apuvälineitä kuten keppiä, rollaattoria, ja suurennuslasia.

”Kuulokoje ei toimi >> likainen, patteri kulunut, korvan alue kipeä (iho).” (16)

”Silmälasi peseminen tärkeää. Kuulokojeen peseminen/puhdistaminen tärkeää, jos korvaan menevä osa likainen, kuuleminen heikompaa. Kuulokojeen patterin hankkiminen, joskus aiheuttaa vaivaa.” (27)

”Asiakkaat eivät käytä kuulokojetta >> motivointi ja kannustus tärkeää. Huonot ja tehottomat lasit eikä käydä säännöllisesti silmälääkärissä.” (206)

”Tällä hetkellä on muutama todella huonokuuloinen asukas. Kummallakaan ei ole käytössä kuulolaitetta, tutkimuksista huolimatta ei tule olemaankaan. Kommunikoinnissa on käytössä huulilvaluku ja käsinkirjoitetut ”viestilaput” isoilla selkeillä kirjaimilla. Mutta asukkaiden mielialalla on paljon merkitystä asioiden ymmärtämisen/perillemenon kannalta. Esim. asukkaan ollessa huonolla tuulella, vastaanottokyky on minimaalinen. Aivan kuten meillä kuulevillakin. Paljon tulee myös virhetulkintoja.” (164)

Lääkkeisiin liittyvistä vaaratilanteista raportoi 5 (7%) hoitajaa. Lääkkeiden antaminen, säilyttäminen ja jakaminen oikein olivat hoitajien mielestä tärkeitä tekijöitä ikääntyneen toimintakyvyn kannalta.

”Auttanut huononäköistä jokapäiväisissä toiminnoissa- pukeutumisessa, ruokailussa, antanut lääkkeet ja vienyt ruokalaan ja ulkoilemaan.” (85)

”Huono näkö voi vaikeuttaa dosetin käyttöä ja lääkkeet tulee otettua väärin. Dosetin käytön ohjaamiseen on käytettävä enemmän aikaa + keksittävä jotain

”niksejä” (esim. huomiota herättäviä tarroja), jotka parantavat lokeroiden erottamista. Hoito-ohjeet/neuvonta ei välttämättä mene perille/tulee väärinymmärryksiä, jos asiakkaalla on huono kuulo >> kiinnitettävä huomiota selkeään ja kuuluvaan puhetapaan ja varmistettava, että asia tuli ymmärretyksi oikein.” (203)

Hoitajien vastauksista ilmeni 82 mainintaa erilaisista auttamismenetelmistä, motivoinnista ja kannustuksesta ongelmien ratkaisumenetelminä. Hoitajan myönteisellä asenteella tuettiin ikääntyneen selviämistä kotona ja laitoksessa.

”Huononäköiset tai kokonaan sokeutuneet tarvitsevat erittäin paljon avustusta ja ohjausta kotona selviytymiseksi..” (88)

”Kuunnellaan asiakkaiden omia ehdotuksia miten hän selviytyy omatoimisena ja yhdessä mietitään asioihin ratkaisuja.” (200)

6 POHDINTA

Tutkimuksen tulosten mukaan erittäin pieni osa hoitajista oli saanut näön ja/tai kuulon täydennyskoulutusta viimeisten kahden vuoden aikana. Hoitajien mielestä ikääntyneille ei tehty säännöllisesti näön ja kuulon tarkastuksia kotona tai laitoksessa. Hoitajat pystyivät tunnistamaan näön tai kuulon heikentymisen, mutta he eivät yleensä osanneet käyttää toimintakykymittareita arvioinnin välineinä. Hoitajien mielestä havainnointi ja tarkkailu olivat tärkeimmät hoitotyön menetelmät arvioinnissa ja kotona tai laitoksessa tehtiin harvoin tutkimuksia tai testejä näön tai kuulon heikentyessä. Hoitajien mukaan apuvälineiden huoltaminen oli yleensä ongelmallista. Hoitajat pitivät tärkeänä ikääntyneen motivointia ja kannustamista näön ja kuulon heikentyessä.

Tutkimuksia hoitajien tiedoista aistitoimintojen ja erityisesti näön ja kuulon heikentymiseen liittyen on vähän. Hoitajien mielipiteitä ikääntyneiden näön ja kuulon heikentymisestä verrattiin tässä tutkimuksessa ammattitutkintoon. Ristiintaulukoimalla väittämät ja ammattitutkinto saatiin selville, minkälaista tietoa eri hoitajaryhmillä oli asiasta ja poikkesivatko tiedot toisistaan.

Suomessa vuonna 2007 tehdyn valtakunnallisen katsauksen mukaan hoitajille oli järjestetty näön ja kuulon täydennyskoulutusta noin 50% kunnista. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vanhustyöntekijöistä oli Raumalla osallistunut vielä vähemmän hoitajia täydennyskoulutukseen.

Hoitajien tietoja kartoitettiin kysymällä ensin, mitä he tiesivät näkö- ja kuulovaikeuksien syistä ja ikääntymiseen liittyvistä sairauksista. Mellor (2007) raportoi, että hoitajilla oli oikeaa tietoa ikääntyneen näön heikentymisestä, kuten myös tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan sanoa. Hoitajien mielestä näön tarkastuksia ei tehty ikääntyneille säännöllisesti. Monilla ikääntyneillä on käytössään esimerkiksi toimimaton kuulokoje tai liian voimakkaat tai heikot silmälasit. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen voi johtua esimerkiksi vääränlaisista silmälasista. Tähän tutkimukseen vastanneiden hoitajien mielestä kaatumisten ja heikentyneen näön tai kuulon välillä oli yhteyttä, kuten Kulmala ym. (2008) ja Viljanen ym. (2009) ovat tutkimuksissaan todenneet.

Näön ja kuulon seulonnoissa tai tarkastuksissa käymiseen vaikutti hoitajien mielestä ikääntyneiden taloudellinen asema. Tämä voi olla todellinen ongelma, jos julkisella sektorilla ei ole mahdollisuutta hoitaa ikääntyntä aistitoimintojen heikentyessä. Kuten Sloman ym. (2001) totesivat, hoitajilla oli ensisijainen mahdollisuus huomata ikääntyneen toimintakyvyn muutokset ja lähettää ikääntynyt jatkotutkimuksiin.

Tulosten mukaan hoitajat eivät olleet varmoja, miten ravitsemuksella voitiin vaikuttaa ikäkuuloon. Lupsakon ja Ikäheimon (2008) mukaan antioksidanteilla voidaan suojata kuuloa. Myös Houston ym. (1999) raportoivat, että B12-vitamiinin ja foolihapon matalalla pitoisuudella oli yhteyttä kuulokykyyn. Kulmala ym. (2008) totesivat tutkimuksessaan, että alentunut näöntarkkuus lisäsi kaatumisia. Kaatumiset voivat lisääntyä, kun ikääntyneen ravitsemustila heikkenee.

Sorin ja Huttusen (2008) mukaan kohtuullisella äänialtistuksella voidaan ehkäistä ikäkuuloa. Tässä tutkimuksessa suurin osa hoitajista vastasi, että melu ja ikäkuulo liittyvät toisiinsa. Hoitajista yli puolet piti perimää ikääntyneiden huonokuuloisuuden syynä kuten Viljanen ym. (2007) olivat tutkimuksessaan todenneet.

Hoitajien mielestä fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky muuttui ikääntyneen näön tai kuulon huonontuessa kuten esimerkiksi Crews ja Campbell (2004) ovat tutkimuksessaan todenneet. Hoitajat tunnistivat toimintakyvyssä muutoksia, mutta vastausten mukaan he eivät osanneet käyttää toimintakykymittareita apunaan eivätkä pitäneet niitä luotettavina. Ehkä hoitajat eivät osanneet yhdistää esimerkiksi RAVA-mittaria heikentyneen näön tai kuulon arviointiin.

Kuulon heikentymisen huomaaminen oli hoitajien mielestä vaikeaa. Jotkut ikääntyneet olivat ehkä sopeutuneet tilaansa eivätkä huomannet tai kertoneet kuulovaikeuksistaan. Myös hoitajien vaihtuvuudella saattaa olla vaikutusta siihen, että hoitajat eivät huomaa ikääntyneen kuulon heikentymistä. Tutkimusten mukaan (mm. Strawbridge ym. 2000, Lupsakko & Ikäheimo 2008 tai Smith ym. 2008) ikääntyessä ikäkuulo yleistyy, joten sen tunnistaminen olisi tärkeää joka tapauksessa. Hoitajien mielestä havainnointi ja tarkkailu olivat tärkeimmät menetelmät arvioitaessa näön ja kuulon heikentymistä. Esimerkiksi ikääntyneen yksinäisyys voi johtua näön tai kuulon heikentymisestä kuten Savikko ym. (2005) ovat osoittaneet tutkimuksessaan. Tässä tutkimuksessa hoitajien mielestä kuulon heikentyminen vaikutti

ikäntyneen vuorovaikutuksen muuttumiseen. Ympäristön rauhallisuudella tuettiin hoitajien mielestä huonokuuloista ikääntyntä.

Huonokuuloisen ikääntyneen tukemiseen liittyi myös kuulon apuvälineistä huolehtiminen. Rikkinäisestä tai korvaan sopimattomasta kuulokojeesta ei ole hyötyä. Kuten Smeeth ym. (2008) toteavat, apuvälineitä pitää päivittää, jotta niiden käyttäminen olisi järkevää. Hoitajilla on tärkeä rooli huonokuuloisen ikääntyneen kuulon apuvälineiden huoltamisessa. Kuulokojeet ovat nykyään niin pieniä, että ikääntyneiden on joskus vaikeaa laittaa niitä korvaan tai huoltaa kojeen letkua tai vaihtaa paristoja.

Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, joista ensimmäisessä kysyttiin, miten hoitajien mielestä kotona tai laitoksessa ikääntyneen näön ja/tai kuulon heikentymistä tutkittiin. Hoitajat vastasivat, että menetelmiä oli tai ei ollut käytössä ja tutkimuksia tehtiin tai ei tehty. Joskus ikääntyneitä lähetettiin jatkotutkimuksiin tai heille tehtiin testejä tai hoitotoimenpiteitä kotona ja laitoksessa. Hoitajat vastasivat tähän kysymykseen siis samalla tavalla kuin väittämässä. Hoitajat käyttivät arviointimenetelminä havainnointia ja tarkkailua (esimerkiksi päivittäisistä askareista suoriutuminen, kotikäyntien lisääntyminen). Ikääntyneen näön tai kuulon heikentymiseen liittyi hoitajien mielestä vuorovaikutuksen muuttuminen tai käytöshäiriöt (esimerkiksi ruokailuun liittyvä epäsiisteys).

Toisessa avoimessa kysymyksessä hoitajat kuvailivat kokemuksiaan huononäköisten ja-kuuloisten ikääntyneiden hoitamisesta monin tavoin. Hoitajat auttoivat ikääntyntä selviämään arjesta tukemalla fyysistä ja psyykkistä toimintakykyä. Hoitajien mielestä muutamat ikääntyneet olivat sopeutuneet aistitoimintojen muuttumiseen. Hoitajien mukaan joillakin ikääntyneillä oli ongelmia esimerkiksi vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa näön tai kuulon heikentyessä. Hoitajat kertoivat yrittävänsä mm. eleillä tai kosketuksella kommunikoida ikääntyneiden kanssa. Hoitajien mielestä ikääntyneiden näön ja/tai kuulon heikentyessä apuvälineiden huoltaminen ja niiden käytön ohjaaminen ratkaisivat ongelmia. Tätä mm. Kricos (2007) piti tärkeänä raportoidessaan apuvälineiden päivittämisen tärkeydestä. Täydennyskoulutuksen avulla hoitajat saavat päivitettyä tietoa esimerkiksi kuulokojeiden huollosta.

Navarro ym. (2008) mukaan ikääntyneiden näön tarkkuus vaikutti elämänlaatuun. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan ikääntyneen motivointi ja kannustus omatoimisuuteen

paransivat hoitajien mielestä huononäköisen ikääntyneen selviytymistä päivittäisistä askareista.

Tutkimuksen luotettavuus

Mittauksen luotettavuudessa erotetaan validiteetti ja reliabiliteetti. *Validiteetti* kertoo, mitataanko sitä, mitä oli tarkoitus mitata. *Reliabiliteetti* kertoo, miten tarkasti kyseessä oleva asia mitataan. Validiteetti on mittauksen luotettavuuden kannalta ensisijainen peruste (Vehkalahti 2008, 40- 42).

Kyselylomakkeen esitestauksella mitattiin tutkimuksen validiteetti. Kyselylomakkeessa oli sekä kyllä-ei-väittämiä että Likert-asteikollisia mielipideväittämiä. Vastaajien tietoja kartoitettiin sekä tiedollisilla että osaamiseen liittyvillä kysymyksillä. Tutkija halusi syventää vastauksia avoimilla kysymyksillä. Tällä tavoin myös saatiin selville, ymmärsivätkö vastaajat väittämiä ja mielipidekysymyksiä.

Tutkimuksen heikkoudet ja vahvuudet

Tutkija teki tutkimustyötä puolentoista vuoden ajan (syksystä 2009 kesään 2010) ja oli yhteydessä miltei kuukausittain ohjaajiinsa. Keväällä 2009 lähetettiin tutkimuslupapyynnöt sekä sosiaalipalveluun että terveyskeskukseen. Tuolloin johtavat tahot olivat yhteydessä kotipalveluun, vanhainkoteihin, palvelutaloihin ja terveyskeskuksen osastoihin.

Tutkimuksen väittämien ja avointen kysymysten vastaukset tukivat toisiaan. Hoitajat olivat pohtineet avoimissa kysymyksissä hyvin tarkasti hoitotyössä kohtaamiaan ongelmia. Tutkimuksen vahvuutena oli aiheen ajankohtaisuus, koska hoitajat olivat saaneet hyvin vähän aistiongelmiin liittyvää koulutusta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien tietoja ja osaamista. Tästä syystä kyselylomakkeen pituus oli viisi sivua. Väittämät pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertaisiksi, mutta muutama vastaaja antoi palautetta väittämien epäloogisuudesta. Tässä kohdin tutkija yhtyi vastaajien mielipiteeseen.

Katoanalyysin mukaan terveyskeskusten ja vanhainkotien hoitajien osuus tutkimuksesta oli alle 50 %. Kotipalvelun hoitajien vastausprosentti oli yli 70 %. Tutkimukseen osallistuminen kiinnosti selvästi enemmän sosiaalipalvelun ikääntyneiden parissa kotona työskenteleviä hoitajia kuin laitoksessa työskenteleviä hoitajia.

Tutkimuksen heikkoutena on vastausprosentti, joka oli 56 %. Tutkija pyrki esittämään henkilökohtaisesti tutkimuksensa osallistujille, mutta epäsäännöllisten työaikojen vuoksi ei kaikkia vastaajia voitu tavoittaa.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tulosten perusteella ikääntymiseen liittyvää näön ja kuulon heikentymisen täydennyskoulutusta tarvitaan lisää kotona ja laitoksessa työskenteleville hoitajille. Hoitajilla oli melko hyvät tiedot ikääntymisestä sekä siihen liittyvistä näön että kuulon heikentymisistä.

Käytännön hoiva- ja hoitotyöhön tarvitaan lisää varmuutta erityisesti näön ja kuulon apuvälineiden huoltamisessa. Myös näön ja kuulon heikentymisen arviointiin käytetyistä mittareista, menetelmistä ja tutkimuksista tarvitaan lisää tietoa. Tällä tiedolla lisätään hoitajien osaamista ja tuetaan ikääntyneiden toimintakyvyn säilymistä, vaikka aistitoiminnot heikentyisivät.

Tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Tuloksia voidaan käyttää täydennyskoulutuksen suunnitteluun Rauman kaupungin vanhustyötä tekeville hoitajille. Tutkimusta voidaan laajentaa myös yksityiselle sektorille, koska Rauman kaupungissa on useita yksityisiä palvelutaloja ja palveluntuottajia, joiden hoitajat työskentelevät ikääntyneiden kanssa. Tällä tavoin saataisiin yhdistettyä ikääntyneiden hoitoon osallistuvat tahot ja yhtenäistettyä hoitokäytännöt.

LÄHTEET

Andersson G, Andersson S, Arlinger S, Arvidsson T, Danielsson A, Jauhiainen T, Jönssön A, Kronlund L, Laukli E, Van der Lieth L, Lyxell B, Nielsen P, Nyberg E, Rönnerberg J. Kuntoutus. Teoksessa Jauhiainen T (toim.) *Audiologia*. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008: 213-248.

Arlinger S, Baldursson G, Hagerman B, Jauhiainen T. Kuulontutkimukset. Teoksessa Jauhiainen T (toim.) *Audiologia*. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008a: 95-139.

Arlinger S, Jauhiainen T, Hartwig Jensen J, Kotimäki J, Magnusson B, Sorri M, Tranebjaerg L. Kuulovauriot. Teoksessa Jauhiainen T (toim.) *Audiologia*. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008b: 164-212.

Aulanko R, Lonka E. Puheen havaitseminen. Teoksessa Lonka E, Korpijaakko- Huuhka A-M (toim.) *Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin*. Tampere: Tammer- Paino Oy, 2000: 36- 50.

Bergman B, Rosenhall U. Vision and hearing in old age. *Scand Audiol* 2001; 30: 255-263.

Brennan M, Bally S J. Psychosocial Adaptations to Dual Sensory Loss in Middle and Late Adulthood. *Trends in Amplification* 2007; 11 (4): 281- 295.

Bäckmand H. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 188*. Helsinki: Yliopistopaino. 2006.

Caban A J, Lee D J, Gomez- Marin O, Lam B L, Zheng D D. Prevalence of Concurrent Hearing and Visual Impairment in US Adults: The National Health Interview Survey, 1997-2002. *Am J of Public Health* 2005; 95 (11): 1940- 1942.

Chia E-M, Mitchell P, Rochtchina E, Foran S, Golding M, Wang J J. Association Between Vision and Hearing Impairments and Their Combined Effects on Quality of Life. *Arch Ophthalmol* 2006; 124: 1465-1470.

Cigolle C T, Langa K M, Kabeto M U, Tian Z, Blaum C S. Geriatric Conditions and Disability: The Health and Retirement Study. *Ann of Intern Med* 2007; 147: 156-164.

Coffield A B, Maciosek M V, McGinnis J M, Harris J R, Caldwell M B, Teutsch S M, Atkins D, Richland J H, Haddix A. Priorities Among Recommended Clinical Preventive Services. *Am J Prev Med* 2001; 21 (1): 1-9.

Crews J E, Campbell V A. Vision Impairment and Hearing Loss among Community-Dwelling Older Americans: Implications for Health and Functioning. *Am J Public Health* 2004; 94 (5): 823-829.

Finne- Soveri H, Björkgren M, Noro A, Vähäkangas P. RAI- järjestelmän esittely. Teoksessa Noro A, Finne- Soveri H, Björkgren M, Vähäkangas P (toim.) *Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus. RAI- järjestelmä vertailukehittämisessä*. Helsinki: Stakes, 2005: 22- 26.

Heinola R, Voutilainen P, Vaarama M. Apua ja iloa pienellä vaivalla. Ehkäisevät kotikäynnit viidessä kunnassa. Stakes. Aiheita 2003; 9.

Hietanen J, Hiltunen R, Hirn H. Silmähoidon käsikirja. 1.painos. Helsinki: WSOY, 2005.

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004.

Houston D K, Johnson M A, Nozza R J, Gunter E W, Shea K J, Cutler G M. Age-related hearing loss, vitamin B-12 and folate in elderly women. *Am J Clin Nutr* 1999; 69: 564-71.

Huttunen K, Jauhiainen T, Lyxell B, Mc Allister B, Määttä T, Rönnerberg J, Svendsen B. Kielellinen viestintä. Teoksessa Jauhiainen T (toim.) *Audiologia*. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008: 45-62.

Hyvärinen L. Näön vanheneminen. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) *Gerontologia*. Duodecim. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 2008: 171-180.

ikakuulo.fi [www-dokumentti]. [haettu 30.7.2009]. <http://ikakuulo.fi/>

Kansanterveyslaitos 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki.

Kansanterveyslaitos 2007. Ikääntyvien toimintakykyä voidaan ja kannattaa edistää. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 28.6.2007. [haettu 30.12.2008]. <http://www.ktl.fi/portal/13034>

Karlsson K. ”Kuulovammaiset eivät ole paljon meidän kunnassa esillä”. Valtakunnallinen tilannekatsaus kuulo- ja näkövammaisten palveluista vuonna 2007. Kuurojen palvelusäätiö. Helsinki.

Karlsson K, Isoaho R. Iäkkäiden kuulo- ja näkövammaisten toimintakyky ja palvelutarpeet. *Yleislääkäri* 2007; 22 (1): 18–23.

Korpijaakko–Huuhka A-M, Lonka E. Käsitteet ja käytäntö kuulon ja kielen kuntoutuksessa. Teoksessa Lonka E, Korpijaakko-Huuhka A-M (toim.) *Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin*. Tampere: Tammer- Paino Oy, 2000: 5-12.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Martelin T ja Kuosmanen M (toim.) *Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 24/2007: 15-25.

Kotihoidon laskenta 30.11.2009. Tilastoraportti 16/2010. 22.6.2010. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2010, THL.

Kramer S E, Kapteyn T S, Kuik D J, Deeg D J H. The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *J Aging Health* 2002; 14 (12): 122-137.

Kricos P. Hearing Assistive Technology Considerations for Older Individuals with Dual Sensory Loss. *Trends in Amplification* 2007; 11 (4): 273–279.

Kulmala J, Era P, Pärssinen O, Sakari R, Sipilä S, Rantanen T, Heikkinen E. Lowered vision as a risk factor for injurious accidents in older people. *Aging Clin Exp Res* 2008; 20 (1): 25–30.

Kulmala J, Viljanen A, Sipilä S, Pajala S, Pärssinen O, Kauppinen M, Koskenvuo M, Kaprio J, Rantanen T. Poor vision accompanied with other sensory impairments as a predictor of falls in older women. *Age and Ageing* 2009; 38: 162-167.

Laine J. Laatu ja tuotannollista tehokkuutta? Taloustieteellinen tutkimus vanhusten laitoshoidosta. Saarijärvi: Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, 2005.

Laitinen A, Koskinen S, Rudanko S-L, Martelin T, Laatikainen L, Aromaa A. Use of eye care services and need for assistance in the visually impaired. *Optom Vis Sci* 2008; 85: 341-349.

Laitinen A, Laatikainen L, Härkänen T, Koskinen S, Reunanen A, Aromaa A. Prevalence of major eye diseases and causes of visual impairment in the adult Finnish population: a nationwide population-based survey. *Acta Ophthalmol* 2009: 1-9.

Lonka E. Huonokuuloisen aikuisen kommunikointitaitojen kuntoutus. Teoksessa Lonka E, Korpijaakko- Huuhka A-M (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. Tampere: Tammer- Paino Oy, 2000: 288-304.

Lupsakko T. Toiminnallinen kuulo- ja näköhaitta perushoidon haasteena. Teoksessa Voutilainen P, Vaarama M, Backman K, Paasivaara L, Eloniemi- Sulkava U, Finne- Soveri H (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu 2004: 49. Helsinki: Stakes, 2002: 154-157.

Lupsakko T. Functional visual and hearing impairment in a population aged 75 years and older in the City of Kuopio in Finland. Associations with mood and activities of daily living. Kuopio University. Publications D. Medical Sciences 2004; 342.

Lupsakko T, Ikäheimo K. Iäkkäiden aistiongelmät: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa Hartikainen S, Lönnroos E (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 2008: 145-164.

Marttila T. Kuulovammat 2005. [www-dokumentti]. [haettu 20.2.2010]. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00037#s2

Mellor P. Nurses' Attitudes toward Elderly People and Knowledge of Gerontic Care in a Multi-Purpose Health Service (MPHS). *Australian Journal of Advanced Nursing*, 2007; 24 (4): 37-41.

Mänty M, Sihvonen S, Hulkko T, Lounamaa A. Iäkkäiden henkilöiden kaatumistapaturmat- opas kaatumisten ja murtumien ehkäisyyn 2007: B8. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, 2007.

Navarro Esteban J J, Solera Martí'nez M, Garcí'a Navalo'n P, Pin~ar Serrano O, Cerrillo Patin~o J R, Calle Puro'n M E, Martí'nez-Vizcaí'no V. Visual impairment and quality of life: gender differences in the elderly in Cuenca, Spain. *Qual Life Res*, 2008; 17: 37–45.

Näkövammaisten Keskusliitto ry. [www-dokumentti]. [haettu 30.3.2009].
<http://www.nkl.fi/fi/etusivu>

Ojamo M. Näkövammarekisterin vuosikirja 2008. THL, Näkövammaisten Keskusliitto ry. [www-dokumentti]. [haettu 30.7.2009]. <http://www.nkl.fi/tulosta/rtf/vkirja2008.rtf>

Owsley C, McGwin G, Scilley K, Meek G C, Seker D, Dyer A. Impact of cataract surgery on health-related quality of life in nursing home residents. *Brit J Ophthalmol* 2007; 91: 1359–1363.

Pelttari P. Ammattitaitovaatimukset vanhusten hoitotyössä. Hoitotyön vuosikirja 2000. Tampere: Tammer- Paino, 1999: 78-84.

Peräsalo R. Vanhuksen huono näkö. Teoksessa Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2001: 257-267.

Pizarro S, Papincek T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *Brit Med J* 2003; 327: 967.

Raina P, Wong M, Massfeller H. The relationship between sensory impairment and functional independence among elderly. *BioMed Central Geriatrics* 2004; 4 (3).

Ranta S. Vanhenemismuutosten eteneminen. 75- vuotiaiden henkilöiden antropometrinen ominaisuuksien, fyysisen toimintakyvyn ja kognitiivisen kyvykkyyden muutokset viiden ja kymmenen vuoden seuranta- aikana. University of Jyväskylä. *Studies in Sport Physical Education and Health* 2004; 100.

Richardson D R, Hicks M J, Walker R B. Falls in Rural Elders: An Empirical Study of Risk Factors. *J Am Board of Fam Pract* 2002; 15: 178-82.

Rowe S, MacLean C H. Quality Indicators for the Care of Vision Impairment in Vulnerable Elders. *J Am Ger Soc* 2007; 55 (52): 450-456.

Saari K M. Peruskäsitteitä valo-opista ja valon merkityksestä näkötahtumassa. Teoksessa Saari K M (toim.) *Silmätautioppi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2001: 38-47.

Sainio P, Koskinen S, Aromaa A. Toimintakyky parantunut. *Kansanterveys* 5-6, 2002, 2-3. [www-dokumentti]. [haettu 30.3.2010]. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/ktl2002.pdf>

Salmela M, Heikka H, Ernvall S. Perusterveydenhuollossa toimivan henkilökunnan rooli, valmiudet ja koulutustarve ikähuonokuloisten kuulonkuntoutuksessa - kuulonhuollon kehittämissuunnitelma Varsinais- Suomessa. Turun Ammattikorkeakoulun tutkimuksia 2006; 23. Turku; Turun kaupungin painatuspalvelukeskus, 2006.

Savikko N, Routasalo P, Tilvis R S, Strandberg T, Pitkälä K H. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *J. Archger* 2005; 41: 223-233.

Severn P, Fraser S, Finch T, May C. Which quality of life score is best for glaucoma patients and why? *BMC Ophthalmol* 2008; 8 (2)

Sloman R, Ahern M, Wright A, Brown L. Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly. *J Pain Symptom Manag* 2001; 21 (4): 317-322.

Smeeth L, Fletcher A, Hanciles S, Evans J, Wormald R. Screening older people for impaired vision in primary care: cluster randomised trial. *Brit Med J*, 2003; 327: 1027-1030.

Smith S L, Bennett L W, Wilson R H. Prevalence and characteristics of dual sensory impairment (hearing and vision) in a veteran population. *J Rehabil Res Dev*, 2008; 45 (4): 597-610.

Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008 - Tilastoraportti 16/2009, 30.10.2009 Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Sorri M. Kuulovikojen tyypit, etiologia ja esiintyvyys. Teoksessa Teoksessa Lonka E, Korpijaakko- Huuhka A-M (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. Tampere: Tammer- Paino Oy, 2000: 78-88.

Sorri M, Huttunen K. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa Heikkinen E, Rantanen T (toim.) Gerontologia. Keuruu: Duodecim, 2008: 158-169.

Strawbridge W J, Wallhagen M I, Shema S J, Kaplan G A. Negative Consequences of Hearing Impairment in Old Age: A Longitudinal Analysis. *The Gerontologist* 2000; 40(3): 320-326.

Tiikkainen P. Vanhuusiän yksinäisyys. Seuruututkimus emotionaalisista ja sosiaalisista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä. University of Jyväskylä. Studies in sport, physical education and health 2006; 114.

Toljamo M, Haverinen R, Finne-Soveri H, Malmivaara A, Sintonen H, Voutilainen P, Mäkelä M. Ehkäisevien kotikäyntien vaikutukset iäkkäiden toimintakykyyn. Systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin perustuva menetelmäarvio. Stakes, FinSoc arviointiraportteja 4. Helsinki, 2005.

Viljanen A, Era P, Kaprio J, Pyykkö I, Koskenvuo M, Rantanen T. Genetic and Environmental Influences on Hearing in Older Women. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences* 2007; 62A (4): 447-45.

Viljanen A, Kaprio J, Pyykkö I, Sorri M, Pajala S, Kauppinen M, Koskenvuo M, Rantanen T. Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64A (2): 312-317.

Voutilainen P, Vaarama M. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneen palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Helsinki: 2005.

Välimaa T, Rimmanen S. Kuuroutuneen aikuisen kuntoutusratkaisut. Teoksessa Lonka E, Korpijaakko- Huuhka A-M (toim.) Kuulon ja kielen kuntoutus. Vuorovaikutuksesta kommunikointiin. Tammer- Paino Oy, Tampere 2000: 306-324.

Wallhagen M I, Strawbridge W J, Shema S J, Kurata J, Kaplan G A. Comparative Impact of Hearing and Vision Impairment On Subsequent Functioning. *J Am Ger Soc* 2001; 49: 1086-1092.

WHO 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). [www-dokumentti]. [haettu 10.3.2009]. <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

Winell K. Vanhus ja näön kuntoutus. Teoksessa Tilvis R, Hervonen A, Jäntti P, Lehtonen A, Sulkava R (toim.) *Geriatría*. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2001: 265-267.

VANHUSTYÖTÄ TEKEVIEN HOITAJIEN TIEDOT JA TAIDOT IKÄÄNTYNEIDEN NÄÖN JA/TAI KUULON HEIKENTYMISEN ARVIOIMISESTA JA TUKEMISESTA AVO- JA LAITOSHOIDOSSA, kyselytutkimus 2009

Rauman kaupungin vanhustyöntekijät (terveyskeskus, vanhainkodit, kotipalvelu, palvelutalot)

Hyvä vanhustyöntekijä,

Pyydän sinua ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, jossa kartoitetaan vanhustyötä tekevien tietoja ja taitoja ikääntyneiden näön ja/tai kuulon heikentymisestä avo- ja laitoshoidossa. Oheisessa kyselylomakkeessa kysytään henkilökohtaisista taustatiedoistasi, tiedoistasi ikääntyneen näön ja/tai kuulon heikentyessä ja ikääntyneen näön ja/tai kuulon heikentymisen tunnistamisesta, arvioimisesta ja tukemisesta.

Tutkimus liittyy Jyväskylän yliopiston terveystieteiden maisteriopiskelija Taina Kivimäen pro gradu- opintoihin. Gradutyötä ohjaavat Jyväskylän yliopistosta gerontologisen kuntoutuksen professori, kuntoutusylilääkäri Mauri Kallinen ja Satakunnan Ammattikorkeakoulusta yliopettaja, terveystieteiden tohtori Sari Teeri.

Vastauksesi käsitellään nimettömänä ja ehdottoman luottamuksellisesti. Palautettuja lomakkeita käytetään vain tutkimustarkoituksessa ja tutkija on sitoutunut hävittämään ne heti tutkimuksen valmistuttua. Lopullisesta tutkimusraportista ja siinä esitellyistä tuloksista ei ole erotettavissa yksilövastauksia. Tutkimus julkaistaan pro gradu- työnä Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden laitoksella. Valmistuttuaan tutkimus on luettavissa joko kirjallisessa tai sähköisessä muodossa kaikissa työpisteissä.

Kyselylomakkeen täyttäminen ja palautus

Kyselylomakkeen täyttämiseen on hyvä varata aikaa noin 20 minuuttia.

Vastaa huolellisesti jokaiseen kysymykseen, sillä vain siten voit olla edistämässä vanhustyötä tekevien tietoja ja taitoja ikääntyneiden näön ja/tai kuulon heikentymisestä avo- ja laitoshoidossa. **Vastauksesi on tutkimuksen onnistumisen kannalta erittäin tärkeää!**

Palauta täytetty kyselylomake osastollasi tai tiimisi toimistossa olevaan laatikkoon, jonka tutkija hakee tutkimuksen loputtua työpaikaltasi. Vastausaika on **7.9. – 21.9.09**. Kiitos!!

Lisätietoja

Tutkija

Taina Kivimäki
sairaanhoitaja (AMK), terveystieteiden maisteriopiskelija
puh: 050- 4392730
e-mail: tainakivimaki@gmail.com

Kiitos osallistumisestasi!

Liite 2

**VANHUSTYÖTÄ TEKEVIEN HOITAJIEN TIEDOT JA TAIDOT
IKÄÄNTYNEIDEN NÄÖN JA/TAI KUULON ARVIOIMISESTA JA TUKEMISESTA
AVO- JA LAITOSHOIDOSSA, kyselytutkimus 2009**

Ympyröi seuraavista mielestäsi paras vaihtoehto. Kirjoita vastauksesi sille varattuun kohtaan, tarvittaessa voit jatkaa kirjoittamista paperin kääntöpuolelle.

Taustatiedot

1. Sukupuolesi 1. nainen 2. mies
2. Ikäsi _____ vuotta
3. Ammattitutkintosi 1. perushoitaja
2. lähihoitaja
3. sairaanhoitaja
4. sairaanhoitaja (AMK)
5. terveydenhoitaja
6. terveydenhoitaja (AMK)
7. erikoissairaanhoitaja
8. kodinhoitaja
9. kotiavustaja
10. muu _____
4. Työsuhteesi 1. vakituinen
2. määräaikainen
5. Työpaikkasi 1. kotipalvelu
2. terveyskeskus (osasto) _____
3. vanhainkoti
4. palvelutalo
5. muu _____
6. Työssäoloaikasi vanhustyössä _____ vuotta
7. Nykyisessä työpaikassasi olet ollut _____ vuotta
8. Oletko osallistunut ikääntyneiden
- a) näön täydennys- tai lisäkoulutukseen viimeisen kahden vuoden aikana
1. kyllä 2. en
- b) kuulon täydennys- tai lisäkoulutukseen?
1. kyllä 2. en

Jos vastasit kyllä, minkälaiseen osallistuit?

Arvioi vanhustyössä kohtaamiasi potilaita/asiakkaita, joilla on näkö ja/tai kuulo heikentynyt. Ympyröi paras vaihtoehto.

9. Kuinka usein kohtaat hoitotilanteessa (osastolla tai kotona) ikääntyneen potilaan/asiakkaan, jonka

a) näkö on heikentynyt siten, että se vaikuttaa toimintakykyyn

1. en koskaan

2. päivittäin

3. viikoittain

b) kuulo on heikentynyt siten, että se vaikuttaa toimintakykyyn

1. en koskaan

2. päivittäin

3. viikoittain

10. Valitse mielestäsi **kolme** yleisintä näön heikentymisen syytä ikääntyneillä

1. diabeettinen retinopatia (silmän verkkokalvosairaus)
2. glaukooma (silmänpainetauti)
3. huimaus
4. matala verenpaine
5. korkea verenpaine
6. kaihi
7. makuladegeneraatio (silmänpohjan ikärappeuma)
8. verkkokalvon irtauma

11. Valitse mielestäsi **kolme** yleisintä kuulon heikentymisen syytä ikääntyneillä

1. melu
2. perimä
3. vitamiinien puute
4. verenkierron sairaudet
5. makuladegeneraatio (silmänpohjan ikärappeuma)
6. korvasairaudet
7. masennus
8. sukupuoli

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä mielestäsi oikea vaihtoehto: kyllä= samaa mieltä, ei= eri mieltä

- | | |
|--|----------------|
| 12. Kuivasilmäisyys yleistyy ikääntyessä. | 1. kyllä 2. ei |
| 13. Kaihissa ikääntyvän näkö voi hetkellisesti parantua. | 1. kyllä 2. ei |
| 14. Verenpaineen taso vaikuttaa diabeettiseen retinopatiaan. | 1. kyllä 2. ei |
| 15. Silmänpainetauti aiheuttaa oireita ja etenee nopeasti. | 1. kyllä 2. ei |
| 16. Näkökyvyn menetys ei voi tapahtua kivuttomasti. | 1. kyllä 2. ei |
| 17. Kontrastiherkkyys vaikeuttaa päivänäköä. | 1. kyllä 2. ei |
| 18. Näkökyky vaikuttaa aina ikääntyneen toimintakykyyn. | 1. kyllä 2. ei |

19. Näöntarkastuksia tehdään säännöllisesti ikääntyneille. 1. kyllä 2. ei
20. Kaatumisvaaraa voidaan vähentää näöntarkastuksilla. 1. kyllä 2. ei
21. Näköaistin menetys voi johtaa masennukseen ja psykoottisiin oireisiin. 1. kyllä 2. ei
22. Näköaistin seulonnat ovat kalliita. 1. kyllä 2. ei
23. Näön apuvälineitä saa terveystieteidenkeskuksesta. 1. kyllä 2. ei
24. Taloudellinen asema vaikuttaa ikääntyneen näönkuntoutuspalvelujen käyttöön. 1. kyllä 2. ei

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä mielestäsi oikea vaihtoehto: kyllä= samaa mieltä, ei= eri mieltä

25. Ikäkuulon syntyminen johtuu sairaudesta. 1. kyllä 2. ei
26. Ateroskleroosi (valtimon rasvoittumistauti) ei vaikuta ikäkuuloon. 1. kyllä 2. ei
27. Tupakointi lisää kuulovian yleisyyttä. 1. kyllä 2. ei
28. Ravinnolla voidaan vaikuttaa ikäkuuloon. 1. kyllä 2. ei
29. Iäkkäät kuulevat huonosti hälyssä. 1. kyllä 2. ei
30. Kuiskaus- ja puheäänitestiä käytetään usein heikentyneen kuulon seulontaan. 1. kyllä 2. ei
31. Ikäkuuloa voidaan ehkäistä suojautumalla melulta. 1. kyllä 2. ei
32. Kuuloaistin menetys voi johtaa masennukseen ja psykoottisiin oireisiin. 1. kyllä 2. ei
33. Kommunikaattoria ei soviteta yksilöllisesti ikääntyneelle. 1. kyllä 2. ei
34. Kuulonkuntoutuksessa tärkeintä on kuulokojeen käyttöön sopeutuminen. 1. kyllä 2. ei
35. Kuulon heikentyminen on yhteydessä päivittäisten toimintojen suorituskykyyn. 1. kyllä 2. ei

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä mielestäsi paras vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2= melko eri mieltä, 3= en tiedä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

Huononäköisen ikääntyneen (osastolla/kotona)

36. arkuus ja neuvottomuus lisääntyvät. 1 2 3 4 5
37. sosiaalinen eristäytyneisyys lisääntyy. 1 2 3 4 5
38. kaatumiset lisääntyvät. 1 2 3 4 5
39. huulioluku (huulilталuku) vaikeutuu. 1 2 3 4 5
40. ruokahalu kasvaa. 1 2 3 4 5
41. kodin siistimisen tarve ei muutu. 1 2 3 4 5

Mielestäni

42. pieni naarmu silmässä voi aiheuttaa kipua ja tuskaa. 1 2 3 4 5
43. näön heikentyessä ikääntyneen kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista huononee. 1 2 3 4 5
44. ikääntyneen sosiaalinen osallistuminen ei vähene näön heikentyessä. 1 2 3 4 5
45. osastolla/ kotona käytössä olevat toimintakykymittarit antavat luotettavaa tietoa ikääntyneen näön heikentymisen arvioinnista. 1 2 3 4 5
46. kykenen neuvomaan apuvälineiden, esimerkiksi lähi- tai kaukolasien, huoltamisen. 1 2 3 4 5
47. näköaistin heikentymisen arviointi on vaikeaa. 1 2 3 4 5

Ikääntyneen näön heikentyessä (osastolla/kotona)

48. tekstin tulee olla selkeää ja yksinkertaista. 1 2 3 4 5
49. lääkahoitoon tarvitaan valvontaa. 1 2 3 4 5
50. Amslerin kartalla voidaan seurata näön vääristymisen kehittymistä. 1 2 3 4 5
51. liikkumista helpotetaan valaistuksella ja kulkureittien merkitsemisellä. 1 2 3 4 5
52. vaaleat pinnat ovat tummia pintoja paremmat kalustuksessa. 1 2 3 4 5
53. kotiympäristöä ei voi muuttaa. 1 2 3 4 5
54. päivittäisistä asioista huolehditaan aina ikääntyneen puolesta. 1 2 3 4 5
55. ikääntyneelle varataan aika optikolle tai silmä lääkäriille. 1 2 3 4 5

Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä mielestäsi paras vaihtoehto: 1= täysin eri mieltä, 2= melko eri mieltä, 3= en tiedä, 4= melko samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä

Huonokuuloisen ikääntyneen (osastolla/kotona)

56. on vaikea ymmärtää keskustelun kulkua. 1 2 3 4 5
57. sosiaalinen osallistuminen vähenee. 1 2 3 4 5
58. masennus lisääntyy. 1 2 3 4 5
59. dementiaa sairastavien kuuloharhat lisääntyvät. 1 2 3 4 5
60. korvat tarkistetaan. 1 2 3 4 5
61. kuulokäyrässä on alenemia sekä korkeissa että matalissa äänitaajuuksissa. 1 2 3 4 5

Mielestäni

62. ikähuonokuuloiselle kannattaa huutaa. 1 2 3 4 5
63. kuulon heikentyessä kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista huononee. 1 2 3 4 5

64. on vaikeaa huomata ikääntyneen kuulon heikentymistä. 1 2 3 4 5
65. elämän laatu huononee kuulon heikentyessä. 1 2 3 4 5
66. osastollamme/yksikössämme käytössä olevat toimintakykymittarit antavat luotettavaa tietoa ikääntyneen kuulon heikentymisen arvioinnista. 1 2 3 4 5
67. kykenen neuvomaan apuvälineiden (esim. kuulolaitteen) huoltamisen. 1 2 3 4 5
- Ikääntyneen kuulon heikentyessä (osastolla/kotona)***
68. kuulokoje laitetaan korvaan. 1 2 3 4 5
69. kognitiivista (mm. oppiminen, muisti) suorituskykyä parannetaan kuulolaitteella. 1 2 3 4 5
70. ympäristön rauhallisuuteen on kiinnitetty huomiota. 1 2 3 4 5
71. apuvälineiden huollosta on huolehdittu. 1 2 3 4 5
72. omien asioiden hoitaminen ei vaikeudu huonokuuloisuudesta huolimatta. 1 2 3 4 5
73. lääkärillä tai kuulontutkijalla käydään säännöllisesti. 1 2 3 4 5

Vastaa seuraaviin kysymyksiin kirjoittamalla vastaus sille varattuun kohtaan. Voit tarvittaessa jatkaa kirjoittamista paperin toiselle puolelle.

74. Kuvaile lyhyesti, mitä menetelmiä osastollasi/kotona käytetään ikääntyneiden näön ja/tai kuulon arvioinnissa. Entä minkälaisia tutkimuksia tehdään?

75. Kuvaile lyhyesti, minkälaisia kokemuksia Sinulla on huononäköisten ja/tai -kuuloisten ikääntyneiden hoitamisesta osastolla/kotona. Minkälaisia ongelmia Sinulla on ollut ja miten ehkä olet ratkaissut ne?

Kiitos osallistumisestasi kyselyyn!!!