

MUISTISAIRaan HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ

Jenni Kyllönen
Opinnäytetyö, kevät 2014
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Pori
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kyllönen Jenni. Muistisairaahan hyvä hoitoympäristö. Diakonia-amk, Pori, kevät 2014, 59s., 3 liitettä. Diakonia ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen fyysinen hoitoympäristö ja virikemahdollisuudet on koettu hyviksi muistisairaille. Opinnäytetyöhön kuului kyselytutkimus, joka toteutettiin Webropol-kyselyllä. Kyselyyn vastasi 17 muistisairaiden hoitoyksikössä työskentelevää henkilöä. Tutkimus oli kvalitatiivinen, ja siinä selvitettiin hoitoympäristön toimivuutta nimenomaan muistisairaiden näkökulmasta.

Keskeisimpiä tuloksia olivat: Avoin keittiö ja yhteisiin toimiin osallistuminen olivat tärkeä osa viihtyisää ympäristöä. Viriketilojen olisi oltava isommat, televisio asukashuoneessa ei ole niinkään tärkeä. Käytävät eivät suurimmassa osassa yksiköitä aiheuttaneet vaeltelua. Tutkimuksessa havaittiin myös, että muisti- ja ohjelappujen käyttö ei ole yleensä tarpeellista ja piha-alueen olisi hyvä olla aidattu ja sinne olisi päästävä ulkoilemaan myös talvella.

Avain sanat: hoitoympäristö, kvalitatiivinen tutkimus, muistisairaudet.

ABSTRACT

Kyllönen Jenni. Good Nursing Environment of Persons with Dementia. 69 p., 4 appendices. Language: Finnish. Pori, spring 2014. Diaconia university of Applied Sciences. Degree programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The target of this thesis was to find out what kind of physical environment and recreation activities were experienced good by persons with dementia. The thesis was carried out using Webropol. In all, 17 workers in a nursing home for persons with dementia responded the enquiry. The study was qualitative. The functionality of the nursing environment was studied from the perspectives of persons with dementia.

Essential results were: The corridors did not cause roaming in most of the nursing homes. The open kitchen and a chance to participate in common activities were important issues in cosy environment. The recreation rooms should be larger. A TV-set was not so important in every patient room. It was not usually necessary to use notes for memorizing. The yard should be a fenced area and outdoor activities should be possible there also in winter.

Key words: dementia, nursing environment, qualitative study.

SISÄLLYS

JOHDANTO

1 MUISTISAIRAUKSIEN VAIKUTUS HOITOYMPÄRISTÖÖN	7
1.1 Muistisairaudet	7
1.2 Käyttösoireet	9
2 MUISTISAIRAUDET JA YHTEISKUNTA	10
2.1 Muistisairaiden määrä ja hoidon kustannukset nyt ja tulevaisuudessa	10
2.2 Palveluiden järjestäminen tulevaisuudessa	11
2.3 Hyvän hoitoympäristön edellytyksiä	12
3 MUISTISAIRAAN FYYSINEN HOITOYMPÄRISTÖ	13
3.1 Yleistä	13
3.2 Asukashuone ja hygienia-tilat	15
3.3 Yhteiset tilat	16
3.4 Ulkoalueet	19
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	19
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	19
4.2 Tutkimusympäristö ja aineistokeruu	20
4.3 Aineiston analysointi	21
5 MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ -KYSelyn TULOKSET	
5.1 Fyysinen hoitoympäristö	23
5.1.1 Tilaratkaisut	23
5.1.2 Tilojen ulkonäkö ja tunnelma	27
5.2 Virikemahdollisuudet	29
6 TULOSTEN VERTAILU TEORIAAN JA JOHTOPÄÄTÖKSET	31
6.1 Tilaratkaisut	31
6.2 Tilojen ulkonäkö ja tunnelma	34
6.3 Virikemahdollisuudet	36
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	38
8 JATKOTUTKIMUSAIHEET	40
9 POHDINTA	41
LÄHTEET	43
LIITE 1: Sähköpostiviesti tutkimukseen pyydetyille yksiköille	46
LIITE 2: Webropol-kyselyn saateviesti	47
LIITE 3: Webropol-kysely	48

JOHDANTO

Opinnäytetyöni aihe on muistisairaahan hyvä hoitoympäristö. Opinnäytetyöhöni liittyy tutkimus, johon 17 eri muistisairaiden hoitoyksikköä on vastannut sähköisellä Webropol-kyselyllä. Tutkimuksen keskeisin tutkimuskysymys on: Millainen on muistisairaahan hyvä fyysinen hoitoympäristö? Alakysymyksenä: Millaiset viriketilat ovat hyviä muistisairaille? Kyselyssä on niin valmiit vastausvaihtoehdot sisältäviä, kuin myös avoimia kysymyksiä. Keskeisiä teemoja ovat asukashuoneet, yksikön koko, keittiö, henkilökunnan taukotila, värimaailma, viriketilat, pihalueet, uloskäynti ja valaistus. Tutkimus on toteutettu muistisairaiden hyvinvoinnin näkökulmasta, kuitenkin hoitajilta kysymällä. Tutkimuksessa on selvitetty sitä, millaiset kunkin hoitoyksikön tilat ovat tällä hetkellä, vuoden 2013 lopussa. Kaikissa kysymyksissä ei ole kysytty sitä, millainen olisi vastaajan mielestä paras malli toteuttaa asia.

Muistisairautta sairastavia ihmisiä on maassamme kokoajan enenevässä määrin. On ennustettu että vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastaa 130 000 henkilöä. Muistisairaajat ihmiset tarvitsevat melkein pä poikkeuksetta laitoshoidoa sairauden edetessä. (Eloniemi-Sulkava ym. 2012, 2–7.) Tulevaisuudessa siis tarve muistisairaiden hoitoyksiköille on suuri.

Opinnäytetyöni aihe liittyy ammatilliseen kehittymiseeni sillä tavoin, että olen kiinnostunut vanhusten hoidosta ja mahdollisesti myös hoivakotiyrittäjäksi ryhtymisestä. Tämän takia haluan selvittää, millaisia ratkaisuja muistisairaiden hoitoyksiköissä on tehty, jotta voisin mahdollisesti joskus omaa hoitokotia ideoidessani käyttää saamaani tietoa hyväksi. Hoitoympäristöä käsittelevästä tiedosta on varmasti hyötyä myös muistisairaiden hoitoyksikössä työskennellessä, jolloin voi esittää parannusehdotuksia tai saada pienillä muutoksilla aikaan parannuksia asukkaiden viihtyvyyteen. Opinnäytetyön ideointi on alkanut keväällä 2013, saman vuoden syksyllä laadin kyselylomakkeen sekä toteutin aineiston keruun vuoden 2013 lopussa.

1 MUISTISAIRAUKSIEN VAIKUTUS HOITOYMPÄRISTÖÖN

1.1. Muistisairaudet

Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus. Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa (laaja-alaista henkisten kykyjen heikentymistä) aiheuttava sairaus. Alzheimerin taudin ensimmäinen ja merkittävin oire on muistin heikentyminen. Erityisesti lähimuisti ja uuden oppiminen vaikeutuvat. Vanhat taidot taas säilyvät selvästi pitempään. Sairauden edetessä heikentyvät myös kielelliset toiminnat. Oirekuvaan kuuluu myös toiminnan ohjauksen heikentyminen, mikä ilmenee organisointikyvyn heikentymisenä sekä toiminnan suunnittelun, aloittamisen ja toteuttamisen vaikeutena. Lopulta heikentyvät myös päivittäiset perustoiminnat, kuten pukeminen, peseytyminen ja tarpeilla käyminen, ja aivan loppuvaiheessa myös kävely- ja puhekyky. Sairauden kesto ensimmäisistä oireista kuolemaan kestää yleensä yli 10 vuotta. Alzheimerin taudin oireita voidaan lievittää lääkkeillä. Nämä lisäävät keskittymiskykyä, kohentavat toimintakykyä ja vähentävät käytösoireita. Ne eivät pysäytä sairauden etenemistä, mutta hidastavat sitä. Pitkäaikaishoitoon siirtyminen viivästyy noin vuodella. (Juva 2011.)

Vaskulaarinen dementia on aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus. Se on toiseksi yleisin muistisairauksien syy. Taudinkuva on monimuotoinen ja mukana voi olla myös Alzheimerin taudin piirteitä. (Atula 2012.) Vaskulaarinen dementia etenee yleensä portaittain, välillä se pysähtyy ja vointi voi jopa kohentua, välillä taas voi tulla äkillisiä pahenemisvaiheita. Osa älyllisistä toiminnoista voi säilyä pitkään ja osa voi olla heikentyneitä jo taudin alkuvaiheessa. Muistin ongelmia tulee kaikille, mutta ne eivät yleensä ole yhtä vaikeita kuin Alzheimerin taudissa. Tämän tautiryhmän potilaat hyötyvät Alzheimerin tauti –potilaita enemmän annetuista vihjeistä. Vaskulaarisen demencian tunnusomainen piirre on oman toiminnan ohjaamisessa ilmenevä häiriö. Tämä piirre on muistioiretta selvempi. Myös kävelyvaikeudet, lievät halvausoireet ja yleinen raajojen kömpelyys ovat monilla potilailla esiintyviä oireita. (Erkinjuntti ym. 2004, 111–112.)

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttavista sairauksista, sitä sairastaa 10-15 prosenttia kaikista muistisairauksia sairastavista henkilöistä. Yleensä Lewyn kappale tauti kestää 2-20 vuotta. (Erkinjuntti, Huovinen 2008, 90) Lewyn kappale -taudin oireena on älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, ja siinä keskeisenä piirteenä tarkkavaisuuden ja vireystilan häiriöt. Oireet ilmenevät usein väsyneenä. Muita tyypillisiä oireita ovat toistuvat visuaaliset hallusinaatiot, mm. unet saattavat jatkua harhoina. Lisäksi on joitain Parkinsonin taudin kaltaisia oireita kuten lihasten vajaatoimintaa, kankeutta, jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. Lisäksi Lewyn kappale -taudissa voi esiintyä tajunnanmenetykskohtauksia, toistuvia kaatumisia ja herkkyyttä psykoosilääkkeille. Oppimiskyky ja lähimuisti sen sijaan säilyvät paremmin kuin Alzheimer -potilailla. Lewyn kappale -tautiin ei ole parantavaa hoitoa, mutta monia oireita voidaan helpottaa lääkkeillä ja lääkkeettömästi. Hoidossa on kiinnitettävä huomiota fyysisen kunnon ylläpitämiseen ja liikuntakyvyn säilyttämiseen. (Erkinjuntti ym. 2004, 118–120).

Frontaalilohkodementioiden taustalla on ryhmä eteneviä rappeuttavia sairauksia. Frontaalilohkoja voi vaurioittaa myös aivovamma, aivoverenvuoto tai aivojen etuosien kasvain. Frontaalilohkodementioissa oireet alkavat hitaasti, ilman näkyviä ulkoisia syitä. Taudin oireet ilmenevät asteittain etenevänä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutoksena; arvostelukyky heikkenee, estot katoavat, tunteet latistuvat, ilmenee apatiaa ja levottomuutta. Lisäksi esiintyy puhehäiriöitä. Muistitoiminnot ja hahmotuskyky säilyvät paremmin kuin Alzheimerin taudissa. Etenevässä sujumattomassa afaasiassa keskeinen piirre on puheen tuoton työläys. Semanttisessa dementiaassa taas keskeistä on merkitysten häviäminen ja potilaalle tulee nimeämis- ja ymmärtämishäiriöitä. Hoidossa on tärkeätä omaisten ja hoitajien tietoisuus sairaudesta ja se luonteesta. Ympäristön suunnitteleminen turvalliseksi ja tarvittaessa rajoittavaksi on suotavaa. Frontaalilohkodementioiden lääkehoito rajoittuu lähinnä käytösoireiden lievittämiseen. Parantavaa tai edes selvästi oireita lievittävää hoitoa ei tunneta. (Erkinjuntti ym. 2004, 120–124.)

1.2 Käyttöoireet

Etenevä muistisairaus vaikuttaa sairastuneen henkilön toimintakyvyn kaikkiin osa-alueisiin. Muistisairaus vaikeuttaa ihmisen kykyä ilmaista itseään, omia tunteitaan ja tarpeitaan. Keinot ilmaista itseään muuttuvat, eivätkä toiset ihmiset aina ymmärrä mitä sairastunut tarkoittaa ja tarvitsee. (Knopman ym. 2002, 228–258.)

Muistisairaudet aiheuttavat käyttöoireita, jotka vaikuttavat myös hoitoympäristön suunnitteluun. Agitaatiolla, ahdistuneisuudella johon liittyy voimakas levottomuus tarkoitetaan epätarkoituksen mukaista aggressiivisuutta, äänekkyyttä tai motorista aktiivisuutta, riehumista. lääkällä potilailla elimelliset sairaudet esiintyvät usein ilman tyypillisiä oireita esim. kuumeeton keuhkokuume –jolloin potilaan huono olo tulee esiin levottomuutena. Kyseessä voi olla myös potilaan kannalta mielekäs yritys jäsentää jatkuvasti vieraana tai epätodellisena tuntuva ympäristöä. Joskus käyttäytymiselle ei löydy mitään loogista selitystä, mutta silloinkin voidaan useilla ympäristöön vaikuttavilla toimilla vähentää oireilua. Tavallisia levottomuus oireita ovat myös tavaroiden keräily, piilottelu tai purkaminen sekä jatkuva vaeltelu. (Erkinjuntti, Huovinen 2008, 184–185.)

Muistisairauden edetessä myös unihäiriöt lisääntyvät. Muistisairaahan unihäiriöt voivat jossakin tapauksissa johtua hoitoympäristön valaistuksesta ja äänekkyydestä tai siitä, että päivisin ei ole riittävästi tekemistä. Puuttumalla epäkohtiin tilannetta voidaan korjata jonkun verran. (Erkinjuntti, Huovinen 2008,186.)

Äänekäs, helposti kiihtyvä, vaelteleva tai väkivaltainen potilas joutuu herkästi laitoshoittoon, koska omaishoidon paineet kasvavat liian suuriksi. (Hervonen, Lääperi 2001, 101.) Hahmotusvaikeuksista seuraa erilaisia väärintunnistuksia, delusioita. Tyyny sohvalla voi olla kissavainaa, roskapönttö pihalla voi saada miehen hahmon jne.. (Hervonen, Lääperi 2001, 103.) Käytöshäiriöiden lääkketömänä hoitokeinona on hoitoympäristönmuovaaminen turvalliseksi ja pukevaa käytöstä hillitseväksi(Hervonen, Lääperi 2001, 105.) Joskus hoitoympäristön muuttaminen kuten valaistuksen säätäminen, virikkeiden lisääminen tai liial-

listen virikkeiden vähentäminen riittävät lääkkeettömäksi hoidoksi käytöshäiriöihin. (Erkinjuntti ym. 2004, 133.)

2 MUISTISAIRAUDET JA YHTEISKUNTA

2.1 Muistisairaiden määrä ja hoidon kustannukset nyt ja tulevaisuudessa

Tulevaisuudessa muistisairaiden hoidon tarve tulee kasvamaan. Vuosittain yli 13 000 ihmistä Suomessa sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. Muistisairaudet eivät kosketa vain iäkkäitä ihmisiä: arviot työikäisistä muistisairaista vaihtelevat 5000-7000 välillä. 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arviolta reilu 95 000 ja lievää noin 30 000–35 000 henkilöä. Vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastaa arviolta 130 000 henkilöä. (Eloniemi-Sulkava ym.2012, 2–7).

Dementia on suuri haaste sosiaali- ja terveydenhuollolle. Vuonna 2003 WHO arvioi, että dementia aiheuttaa 11,3 % invaliditeetista yli 60-vuotiailla. Luku on suurempi kuin aivoverenkierron häiriöistä (9,5 %), liikuntaelinsairauksista (8,9 %), kardiovaskulaarisista sairauksista (5,0 %) tai syövästä (2,4 %) johtuva invaliditeetti. On todennäköistä, että fyysisen raihnaisuuden kanssa ihminen pärjää kotona hyvin tuettuna, mutta henkisen suorituskyvyn lasku johtaa herkemmin laitoshoitoon. (Pirttilä 2006 73–76.)

Etenevät muistisairaudet, kuten Alzheimerin tauti ja aivoverenkiertosairauden muistisairaus, ovat siis merkittävä kansanterveydellinen ja – taloudellinen haaste, johon varautumista voidaan parantaa. Muistisairauksien mittavat kustannukset johtuvat sairastuneiden suuresta määrästä ja erityisesti ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. Eteneviä muistisairauksia sairastavat tarvitsevat ja käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveystalvveluja; mm. kolmella neljästä ympärivuorokautisen hoidon asiakkaasta on muistisairaus. (Eloniemi-Sulkava ym.2012, 2–7).

Ennuste muistisairauksien aiheuttamista kustannuksista pystytään tekemään suhteellisen luotettavasti kymmenen vuoden päähän. Sen jälkeen potilaiden lukumäärää toivottavasti on jo vähentämässä Alzheimerin tautia ennaltaehkäisevä lääke tai rokote. Seuraavien kymmenen vuoden aikana muistisairauksista johtuvat kustannukset nousevat nykyhoidolla ennusteiden mukaan 24 prosentilla, 3,1 miljardista 3,9 miljardiin euroon. Tutkimusten mukaan erityisesti kotona asuvia kannattaa tukea nykyistä tehokkaammin. Muistisairauksista kärsivät potilaat on syytä diagnosoida varhain. Aktiivisella lääkehoidolla ja lääkkeettömällä hoidolla voidaan kustannuksia jonkin verran vähentää pidentämällä kotihoidon aikaa. (Sulkava 2006, 217– 220.)

2.2. Palveluiden järjestäminen tulevaisuudessa

Edellytykset hyvälle ympärivuorokautiselle hoidolle luodaan kunnissa hoito- ja palvelujärjestelmän linjauksista päätettäessä – kyse on kuntalaisten elämään merkittävästi vaikuttavasta strategisesta valinnasta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2012, 12-13). Hoidon järjestämiseen vaikuttavat suuresti myös kansalaisten vaatimustason kohoaminen ja mielipide siitä, että vanhusten hoidon kehittämiseen on panostettava (Kivelä).

Tulevina vuosina nousevia trendejä muistisairauksien hoidossa on mm. laitoshoidon muuttuminen vähemmän sairaalamaiseksi kodinomaisissa yksiköissä (Sulkava 2006, 220). Kuten myös Sirkka-Liisa Kivenä on todennut, yksityiset palvelut tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. Arvioiden mukaan myös monien vanhusten taloudellinen vauraus lisääntyy tulevaisuudessa ja yhä useamman on mahdollista ostaa haluamiaan palveluja yksityiseltä sektorilta (Parjanne 2004 21–23). Hyväkuntoiset vanhuksat eivät hae vain peruspalveluita vaan laadukkaiden palveluiden kautta saatavia elämyksiä. Elämykset voivat olla arkisia, hyvästä vuorovaikutuksesta kumpuavia mielekkyyden hetkiä, mutta myös esimerkiksi luonnonmukaisten ympäristöjen ja maisemien tai hoivayksiköihin sijoitettujen eläinten tarjoamaa läheisyyttä ja mielihyvää (Yliviikari ym. 2009).

Verkostoitumisen merkitys tulee kasvamaan tulevaisuudessa, mikäli pienet paikalliset yritykset haluavat edelleen menestyä hoivapalvelualalla yleistyvien suurten yritysketjujen rinnalla (Heikkilä, Kirveenummi 2009.) Kehitys ei saisi johtaa suuriin yksiköihin vain taloudellisen tehokkuuden nimissä vaan olisi käytävä arvokeskustelua hoivan laadusta ja arvioitava erilaisten vaihtoehtojen seurauksia pitemmällä aikavälillä. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa kehitys on viimeisten 10 vuoden aikana johtanut siihen, että isot kansainväliset hoivayritykset ovat ostaneet pieniä yksityisiä hoitokoteja ja hetken perästä lopettaneet ne ja näin yksiköiden koko on tehostamisen nimissä jatkuvasti kasvanut. Tämä ei kuitenkaan ole johtanut edullisempiin hoivapalveluihin vaan hoitokotien maksut ovat päinvastoin ajan kuluessa nousseet. (Koskiaho 2008, 80–85.)

2.3 Hyvän hoitoympäristön edellytyksiä

Tavoitteellinen ympärivuorokautinen hoito tarjoaa muistisairaalle ihmiselle mahdollisuuden hyvään elämään sen loppuun saakka. Kuntoutumista edistävä toiminta on korkealaatuisen hoidon tunnuspiirre myös ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Mielekäs tekeminen, erilaiset säännölliset toiminnat, ovat toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän hoidon perusta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2012 s. 12–13).

Edelleen useissa kunnissa on käytäntönä, että henkilö joutuu muuttamaan toimintakykynsä heiketessä, jopa useita kertoja. Erityisen tärkeää on kehittää ympärivuorokautista hoitoa tarjoavien yksiköiden palveluvalikoimaa niin, että sinne saadaan tarvittaessa terveydenhuollon ja kuntoutuspalveluita ja että siellä voi myös kuolla turvallisesti. Tavoiteltavaa on, että muistisairas ihminen voi asua samassa paikassa ja palvelut liikkuvat. Näin siksi, että siirtymät ovat erityisen haasteellisia muistisairaalle ihmiselle: kotiutuminen uuteen elinympäristöön ja uusiin ihmisiin on paitsi sopeutumista fyysiseen tilaan ja uusiin ihmisiin, myös vaihteittain etenevä prosessi, jonka pituus on yksilöllinen. Hyvän hoidon turvaamiseksi on olennaisen tärkeää, että palvelujen käyttäjiä ja heidän läheisiään

kuullaan kaikissa prosessin vaiheissa eikä palveluiden käyttäjiä tarpeettomasti siirretä paikasta toiseen. (Eloniemi-Sulkava ym.2012, 13)

Dementiakodin asukas toimii kuitenkin pitkälti hoitokodin rakenteiden eli erilais-
ten sovittujen toimintatapojen, sääntöjen ja normien sekä fyysisten tilojen puit-
teissa. Dementiakoti on sosiaalinen järjestelmä, jonka arki koostuu erilaisista
sosiaalisista toimintakäytännöistä. (Virkola 2009, 147) Tilojen suunnittelulla on-
kin suuri merkitys dementiakodin arkielämälle ja yhteiselle toiminnalle (Eloniemi
-Sulkava 2003).

Kuten Sirkka-Liisa Kivelä on todennut, tiedot, suositukset ja käytännöt kohtaa-
vat toisensa kuitenkin vain melko harvoissa ympärivuorokautisissa palvelu-
asumisyksiköissä tai pitkäaikaislaitoksissa; myös kotihoidossa on samantyyppi-
siä ongelmia.

3 MUISTISAIRAAN FYYSINEN HOITOYMPÄRISTÖ

3.1 Yleistä

Fyysinen ympäristö käsittää ihmisen laajan elinympäristön, konkreettisen asuin-
ympäristön erilaisine ominaispiirteineen ja lisäksi lähiympäristön, esimerkiksi
kodin tai sairaalan potilashuoneen. Fyysinen ympäristö nähdään ihmisen toi-
minnan mahdollistajana ja erilaisten virikkeiden, mutta myös stressin lähteenä.
(Lauri & Elomaa 1999, 65.) Fyysinen hoitoympäristö sisältää hoitoyksikön ai-
neelliset olosuhteet, joita ovat paikan sijainti, tilan koko, muoto, tilojen järjestely,
ulkonäkö ja sisustus sekä näiden tekijöiden aikaan saama tunnelma. Se on ko-
konaisuus, jonka muodostavat hoitoyksikön arkkitehtoniset piirteet, kuten valais-
tus, seinät, lattiat, ikkunat, huonekalut ja esineet sekä näiden keskinäinen jär-
jestys.(Paunonen ym. 1988 jne.)(Ahoranta & Virolainen 2001, 14.) Ympäristö
nähdään toisaalta on ongelmien aiheuttajana, mutta myös hoitavana elementti-
nä(Lauri & Elomaa 1999, 93) .

Dementoituvan ihmisen tilanteille antamat merkitykset ovat lähtöisin hänen omasta dementoivan sairauden muovaamasta maailmasta. Sen vuoksi fyysisen ympäristö suunnittelu demetoituville ihmisille vaatii suunnittelijoilta huolellista paneutumista demnetoituvan ihmisen erityispiirteisiin ja tarpeisiin sekä yritystä eläytyä hänen kokemusmaailmaansa. (Heimonen & Voutilainen 1997, 139.)

Tilaratkaisuilla voidaan monilla tavoin tukea dementiakodin yhteisöllistä elämäntapaa ja hyvää tunnelmaa. Parhaimmillaan tila- ja väriratkaisut edistävät ja pahimmillaan vaikeuttavat hyvän yhteisön syntymistä. Yhteisölliselle elämälle esimerkiksi tupakeittiö, oma sauna ja henkilökunnan taukotilan keskeinen sijainti ovat tärkeitä tekijöitä. Tilojen helppo hahmotettavuus lieventää muistisairaana kaaoksen kokemuksia. (Kotilainen 2007, 9.)

Yhteisöllinen elämä on dementiakodin toiminnan kantava voima. Se merkitsee kodikasta, tavallista arjen yhdessä elämistä. (Kotilainen ym. 2007,9.) Kodinomaisessa yksikössä tulevat tutuksi asukkaiden ominaispiirteet ja tavat ja ne voidaan ottaa huomioon rutiinienkin keskellä (Heikkilä, Kirveennummi 2009). Muistisairas potilas kaipaa omia tavaroitaan ja kodinomaisuutta, jotta voisi mieltää hoitopaikan pidempiaikaiseksi olopaikakseen (Pohto-Kapiainen 1997).

Kotiympäristön tunnelma on tärkeä osa fyysistä toimintaympäristöä (Ahoranta & Virolainen 2001, 59). Onnistuneet tilaratkaisut ja kodikas fyysinen ympäristö tukevat ei-laitosmaisen tunnelman syntyä. Mielihyvän ja normaaliuden kokemuksia tuo mahdollisuus olla läsnä arkiaskareissa ja arjen tilanteissa,

vaikkei itse pystyisikään niitä enää täysipainoisesti suorittamaan. Esimerkiksi tupakeittiössä voi katsella muiden touhuja ja kodinhoitohuoneessa voi osallistua pyykinhuoltoon. (Kotilainen ym. 2007.) Arja Liukkosen tekemässä tutkimuksessa ”Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa” on myös todettu, että kodinomaisuus on tärkeä osa dementoituneen potilaan hoitoympäristöä.

Selkeä ja orientoiva ympäristö tukee dementoituneen potilaan toimintakykyä (Ahoranta & Virolainen 2001, 59). Suuri osa muistisairaiden hoitoympäristöistä on suunniteltu sairauskäsityksen mukaan, jolloin asukasta ei oteta huomioon ihmisenä vaan päähuomio on sairaudessa. Tällöin syntyy helposti laitosmainen tunnelma. Ympäristön normaaliudesta lähtevä suunnittelu, joka tukee erilaisten ihmisten toimintakykyä, tukee myös muistisairaana väheneviä voimavaroja ja luo turvallisuutta. Muistisairaant ovat yksilöitä, kuten kaikki muutkin ihmiset. Kaikille yhtä hyvin soveltuvaa ympäristöä on vaikea suunnitella. (Kotilainen ym. 2007 15.)

3.2 Asukashuone ja hygieniatilat

Viimeaikoina suomalaisissa ryhmäkoteissa on tilojen määrä asukasta kohti ollut noin 40m². Tämä on kuitenkin todettu liian pieneksi tilaksi fyysisesti huonokuntoisille vanhuksille. Erityisen tärkeitä oikea suunnittelu- ja tilamitoitus ovat pesu- ja WC –tiloissa sekä ruokailutiloissa. Tilojen joustava käyttö on edellytys sille, että asukas voi asua samassa hoitoyksikössä kuolemaansa asti. (Kotilainen ym. 2007, 20–21.)

Asuinhuone on kunkin asukkaan yksityinen alue, joka useimmiten on sisutettu omilla tavaroilla. Muistisairaalle on erityisen tärkeitä, että mahdollisimman monet esineet ovat omia ja tuttuja, ne voivat kiinnittää asukkaan ajattelun tärkeisiin tapahtumiin ja asioihin. Nykykäsityksen mukaan jokaiseen asuinhuoneeseen kuuluu myös oma wc. Paljon on pohdittu kahden hengen huoneiden tarkoituksenmukaisuutta. Joillekin asukkaille turvallisuuden tunnetta luo se, että toinen henkilö on lähellä kokoajan. (Kotilainen ym. 2007, 21.) Hoitoyksiköihin kaivataan kuitenkin myös huonetta, jossa kahden hengen huoneessa asuvat voisivat

olla rauhassa omaisen kanssa (Pohto-Kapiainen 1997). Turvallisuuden tunnetta lisäävistä asioista oman huoneen löytyminen on yksi tärkeimmistä. Numero ovessa rikkoo kodikkuuden ja nimikilpiäkin on monenlaisia. Asukkaan omia valokuvia tai esineitä huoneen ovella käytetään usein vihjeenä oma huoneen löytymisestä. (Kotilainen ym. 2007 22 –23.)

Oma kylpyhuone omine hygieniatarvikkeineen kuuluu normaaliin asumiseen ja tukee asukkaan yksityisyyttä ja yksilöllisyyttä. Useimmat muistisairaats tarvitsevat apua hygienian hoidossa, jolloin on tärkeää että pesuhuone on mitoitettu periaatteessa pyörätuolin käyttäjälle. (Kotilainen ym. 2007, 23.) Turvallisuutta lisäävät tukikaiteet ja liukastamaton lattiamateriaali. Muistisairaats tarvitsevat usein myös melko lämpimät tilat, koska palelevat helposti. Hahmottamisen kannalta värillinen wc-pöntön kansi ja väriraita pesualtaan reunassa ovat mainioita. Liukuovet ovat monesti toimiva ratkaisu pesutilojen ovena, auki oleva ovi voi toimia myös muistutuksena wc-käynnistä. (Kotilainen ym. 2007, 23–24.)

Sauna on suomalaisten hoitoyksiköiden ikioma piirre, joka onkin viime vuosina yleistynyt. Saunomisen on todettu olevan niin vahvasti suomalaisuuteen kuuluva piirre, että se tuottaa mielihyvää vaikka moni muu asia olisi jo unohtunut. Saunan käyttöön vaikuttaa suuresti sen käytön helppous, jos sauna on hoitoyksikön sisällä niin lämmittäminen ja saunominen onnistuu helposti ilman erikoisjärjestelyjä. (Kotilainen ym. 2007, 25)

3.3. Yhteiset tilat

Muistisairaalle on tärkeää, että yhdessäolon tiloja on enemmän kuin yksi. Tällöin tilat ovat eriluonteisia ja tarjoavat näin myös levottomalle asukkaalle vaihtelevia kohteita. Jos yhteisiä tiloja on vain yksi, televisio katselu hallitsee helposti koko yksikön äänimaailmaa. Olohuonetta ei kuitenkaan kannata sulkea oven taakse, koska muiden näkeminen on tärkeä vihje muistisairaalle osallistua muiden seuraan. Joissain yksiköissä televisio on sijoitettu kaappiin, eikä sitä pidetä aina päällä. (Kotilainen ym. 2007, 27.)

Hoitokodin tilat voivat olla toimintaa rajoittava tai toisaalta sitä mahdollistava tekijä. Eräässä hoitokodissa oli saunatila, jossa oli huone ryhmätoiminnan järjestämistä varten, hoitajien mukaan asukkaat kokivat kuitenkin tilan vieraaksi ja ahtaaksi, eivätkä halunneet jäädä sinne osallistumaan ryhmätoimintaan. Kun ryhmätoiminta järjestetään avoimessa tilassa, voivat asukkaat tulla halutessaan kesken toiminnan mukaan. (Virkola 2009, 149.)

Ympäristöllä on ratkaiseva merkitys myös ihmisten kanssakäymiselle. Esimerkiksi onnistunut muistelutuokio vaatii häiriöttömän tilan. Huonon keskittymiskyvyn takia muistisairaat voivat kiinnittää huomionsa kaikkeen ympärillä olevaan erittelemättä ärsykkeiden tärkeyttä ja pienikin häiriö saa heidät unohtamaan, mistä oltiin juuri puhumassa. Häiriötekijöitä voivat olla huoneen läpi kulkevat ihmiset, seinä takaa kuuluvat äänet tai ikkuna, josta näkyy ihmisvilinää. Tutun oloinen, kodikas ja valoisa ympäristö mahdollistaa huomion kiinnittämisen varsinaisiin keskustelun aiheisiin, koska tutussa ympäristössä ei tarvitse olla kokoajan huolissaan siitä, missä on. Paras paikka muisteluhetkille on erillinen tila, jossa on jotain nykyisten vanhusten lapsuudesta ja nuoruudesta tuttuja esineitä esim. huonekalut, esineitä ja kirjoja. (Heimonen & Voutilainen 1998, 114–115.)

Oleskelutilat toimivat myös orientoitumista helpottavana tekijänä, kun ikkunasta näkyy ulos. Oleskelutilojen ikkunanäkymät ovatkin todella tärkeitä. Maisema tai näkymä kertoo vuorokauden- ja vuodenajan, säätilan ja sijainnin maisemassa. Se houkuttaa keskustelemaan ja ulkoilemaan. (Kotilainen ym. 2007) Luonnon tapahtumien seuraaminen tarjoaa elämyksiä ja ylläpitää vanhusten mielenvirkeyttä, sekä voi toimia terapeuttisena kokemuksena muistisairaalle vanhukselle. (Heikkilä & Kirveenummi 2009.) Tilojen toimivuus ja virikkeellisyys parantavat dementoituneen potilaan elämänlaatua ja toimintakykyä, sekä vähentävät käytösongelmia (Ahoranta & Virolainen 2001, 60).

Dementiakotien päivän tapahtumista suurin osa sijoittuu ruokailu- ja oleskelutiloihin. Keittiö on kodin sydän ja ruoanlaitto puuhista löytyy monelle itsetuntoa kohottavaa harjoitusta. Onnistumisen elämykset ovat muistisairaalle tärkeitä myös toimintakyvyn säilymisen kannalta. Monissa hoitoyksiköissä ruoka valmis-

tetaan itse. Tällöin on tärkeää keittiön mitoitus, tupakeittiö-malli onkin yleistynyt, koska silloin yhteisen pöydän ympärillä voidaan touhuilla kaikkia keittiön toimia. Yhdessäolo keittiössä on luonteva tapa saada aikaan kodikas tunnelma. (Kotilainen ym. 2007, 26.) Ryhmäkoteja rakennettaessa pyritään nykyisin siihen, että keittiöstä päästään helposti myös ulos, terassille, pihamaalle tai parvekkeelle jossa lämpimällä säällä voidaan myös ruokailla. (Kotilainen ym. 2007, 26–27.)

Osa muistisairaista vaeltaa paikasta toiseen. Erityisen turhauttavia tällöin ovat pitkät käytävät, jotka päättyvät lukittuun oveen. Turhautumista on yritetty hallita esimerkiksi suunnittelemalla hoitoyksikön tiloihin käytävälentki, jota voi kulkea väsyksiin asti. Tämän ratkaisun tarkoituksenmukaisuudesta ei olla varmoja, koska se voi pahentaa turhautumista entisestään. Yksi viime aikojen tärkeimmistä suunnittelun tavoitteista on ollutkin suunnitella hoitoyksiköt niin, että asukkaiden huoneet ryhmittäisivät yhteisten tilojen ympärille eikä käytäviä olisi juuri lainkaan. Käytävien varrelle olisi hyvä suunnitella houkuttelevia pysähtymiskohteita, joissa voi esimerkiksi selata lehtiä tai tutkiskella erilaisia esineitä. (Kotilainen ym. 2007, 27–28.)

Valaistuksella on niin ikään tärkeä merkitys muistisairaalle hyvän ympäristön kannalta. Valaistus auttaa näkemistä antamalla valoa ja luomalla varjoja, jotka tukevat hahmottamista. Ilman varjoja voi tutun henkilön tunnistaminen olla vaikeaa muistisairaalle. Sama koskee ympäristön hahmottamista, oikein suunnattu valaistus kiinnittää huomion oikeisiin kohteisiin. Valon jakautumisella tilassa on näkemisen lisäksi suuri vaikutus tilan tunnelmaan. (Kotilainen ym. 2007, 33–34.) Ympäristö on hyvä saada rauhoitettua verhoja sulkemalla ja ääniä pienentämällä (Pohto-Kapiainen 1997).

Esimerkki levottomuutta aiheuttavien viestien kätkemisestä on käytäväoven peittäminen verholla tai kalusteella. Ovi voi olla myös liukuovi viereisestä seinämateriaalista. Kätkemistä voi helpottaa myös oven sijoittaminen sivuseinälle, ei käytävän päähän. Ulko-oven näkeminen voi aiheuttaa suuren kaipuun jonnekin muualle, jossa ahdistus omasta olostaan vähentyisi. Ulko-oven peittäminen voi

siis tukea asukkaiden hyvinvointia, vaikka toisaalta se on kyseenalaista asukkaiden autonomian kannalta. (Kotilainen ym. 2007, 28.)

3.4. Ulkoalueet

Puutarha tai pihamaa tarjoaa asukkaille toisenlaisen ympäristön ja vaihtelua tavallisiin päivärutiineihin. Pihalle pääsy merkitsee dementoituneen elämässä suurta parannusta. Stimuloiva ympäristö kutsuu tuttuihin askareisiin, kastelemaan kukkia, ripustamaan pyykkiä ja seurustelemaan muiden kanssa sekä virkistää ruumista ja mieltä. Kun puutarha on yksityinen, turvallinen alue, asukkaat voivat kulkea ulos ja sisään mielensä mukaan. Myös vaeltelevat asukkaat voivat nauttia puutarhan väljyydestä. (Kotilainen ym. 2007, 36–37.)

Kodin paikkaa valittaessa olisi ulkotilojen tarve otettava huomioon. Ulkoalueiden tulisi näkyä kodin oleskelutiloihin, jotta ne houkuttelisivat asukkaita lähtemään liikkeelle. Norjalaisen puutarhaprojektin mukaan puutarhan tärkein merkitys dementoituneelle on elämänlaadun parantaminen. Jokainen meistä pitää luonnollisena vuodenaikojen vaihtelua, auringon kuumuutta, sadetta ja pakkasta. Dementoituminen ei saisi sulkea pois näitä kokemuksia. (Kotilainen ym. 2007, 37–38.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä tietoa muistisairaahan hyvän hoitoympäristön erityispiirteistä. Tavoitteena oli selvittää sitä, millaiset tilaratkaisut hoitoympäristössä on muistisairaiden kannalta koettu hyviksi. Keskeinen tutkimuskysymys oli: Millainen on muistisairaahan hyvä fyysinen hoitoympäristö? Alakysymyksenä: Millaiset viriketilat ovat hyviä muistisairaille. Tarkoituksena oli selvittää asiaa nimenomaan muistisairaiden hyvinvoinnin näkökulmasta, kuitenkin hoitajilta kysymällä.

Tutkimus oli kvalitatiivinen. Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161.) Kuitenkin tutkimusten jakaminen kvalitativiin ja kvantitatiivisiin on osittain keinotekoisia. Töttö (2004) onkin todennut, että esimerkiksi kvantitatiivinen tutkimus ole pelkästään numeroita, vaan tuloksia tulkitaan ja niitä kuvataan tulkinnan perusteella sanallisesti. Vastaavasti kvalitatiivisen tutkimusaineiston analyysissä tehdään luokituksia ja kategorioita. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013,75.)

4.2 Tutkimusympäristö ja aineistonkeruu

Tutkimuksessa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, jossa tutkija valitsee tietoisesti tietyt tapahtumat, osallistujat, osiot tutkimuksensa aineistoksi. Tällöin tutkija valitsee tiedonantajikseen sellaisia, jotka tietävät asiasta paljon tai joilla on siitä paljon kokemusta. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013,112.)

Tutkimuksen kohteena olivat nimenomaan muistisairaiden hoitoyksiköt. Tutkimuskohteet valitsin pääsääntöisesti Internetistä löytyvien hoitokotien esittelyjen perusteella. Hoitokotien esittelyissä kiinnitin erityisesti huomiota siihen, että kyseisen yksikön esittelyssä mainittiin se, että yksikkö on tarkoitettu muistisairaille asukkaille. Näin sain varmistettua sen, että esille tulee nimenomaan muistisairaiden asukkaiden käytös ja tarpeet tietyissä tilanteissa. Jos tutkimukseen olisi osallistunut yksiköitä, jotka on tarkoitettu yleisesti ikääntyneille, niin silloin en olisi saanut luotettavaa otantaa nimenomaan muistisairaiden tarpeista. Suuri osa yksiköistä joihin kysely lähetettiin oli yksityisiä hoitokoteja. Kyselyyn vastaajat olivat hoitoyksiköiden hoitajia tai muita yksikön toiminnassa tiivistä mukana olevia henkilöitä esim. yrittäjiä.

Sähköpostiviesti (Liite1: Sähköpostiviesti tutkimukseen pyydetyille yksiköille), jossa oli esiteltynä kysely ja sen tarkoitus lähetettiin 60 yksikköön, joista 20% oli kunnallisia hoitokoteja ja loput yksityisiä. Sähköpostiviestissä kysyttiin myös

mahdollisesti tarvittavasta tutkimusluvasta. Sähköpostin saaneista yksiköistä 21 yksikköä lupasi vastata ja näihin yksiköihin lähetettiin linkki Webropol-kyselyyn (Liite 3: Webropol-kysely), lopulta vastauksia tuli 17 kappaletta. Vastanneista yksiköistä 3 oli kunnallisia. Neljä yksikköä vaati tutkimusluvan. Aineistonkeruu tapahtui ajalla 23.10.2013- 30.12.2013.

Aineistonkeruussa käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta, eli kyselyä jossa on sekä valmiit vastaus vaihtoehdot sisältäviä kysymyksiä, kuin myös avoimia kysymyksiä. Yleisesti käytetyissä strukturoiduissa lomakkeissa kysymysten järjestys ja sisältö on kaikille sama. Kyselylomakkeen tulisi olla riittävän lyhyt, ja suosituksena onkin, ettei vastaamisen saisi kulua yli 15 minuuttia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013, 116.)

Kyselylomakkeen kysymykset 18, 24, 25, 27 ja 28 vastaavat kysymykseen: Millaiset viriketilat on koettu hyväksi muistisairaille. Muut kysymykset käsittelevät fyysistä hoitoympäristöä yleisesti.

4.3 Aineiston analysointi

Lähes kaiken kerätyn tiedon voi muuttaa numeeriseen muotoon, vaikkakaan se ei ole aina tarkoituksen mukaista. Määrällinen tarkastelu ei siis rajoitu ainoastaan esimerkiksi kyselylomakkeen yhteyteen. Se ei myöskään tarkoita automaattisesti tilastotieteen menetelmien hyväksi käyttöä, vaan numeerisesta aineistosta saatua tietoa voidaan käyttää hyödyksi myös laadullisen tutkimuksen alueella. (Aaltola & Valli 2007, 184.) Yleensä aineistoa kuvaillaan käyttämällä prosentti osuuksia ja frekvenssejä. Prosenttiosuudet kuvataan tasalukuina. On tärkeää, että tutkija tarkistaa muodostuuko kokonaisluvuksi 100 prosenttia. Hoitotieteessä käytetään usein Likert-asteikkoa (täysin eri mieltä- täysin samaa mieltä). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 130–133) Likert-asteikko tarjoaa mahdollisuuden kartoittaa mielipiteitä.

Valmiit vastausvaihtoehdot sisältävien kysymysten vastausten jakauma on tässä raportissa esitetty prosenttiluvuilla, jotka on saatu vastausten määrä kaikkien vastauksien määrällä. Esimerkiksi kysymys, johon 10 vastaaja 17:sta on vastannut kyllä tarkoittaa että 59% vastaajista on vastannut kyllä. Likert-asteikoilla saadut vastaukset on esitetty myöskin prosenttilukuina ja niissä on mainittu se, miten suurin osa vastaajista on vastannut ja/tai mikä muuten on merkittävää. Suurin osa määritelmää olen käyttänyt vastausprosentin ollessa yli 50%.

Kuvion avulla pyritään antamaan visuaalisempi kokonaiskuva asiasta. Kuvioilla pyritään säästämään lukijaa yksityiskohtaisten tarkastelujen tekemiseltä, mutta kuitenkin tarjoamaan hyvä yleiskuva aineiston jakautumisesta. Käytetyimmät kuviot ovat pylväs- ja piirakka kuviot. (Aaltola & Valli 2007, 185–188.) Tässä raportissa esitetyt kuviot on laadittu Webropol-ohjelmalla suoraan saaduista vastauksista.

Tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita myös kahden muuttujan yhteyden selvittämisestä (Aaltola & Valli 2007, 190.) . Tässä tutkimuksessa ei ole kuitenkaan mielestäni tarpeen analysoida eri muuttujien suhdetta toisiinsa, esimerkiksi sillä ei ole merkitystä, onko kaikissa yksiköissä joissa on vain yhden hengen huoneita käytetty jotain tiettyä väriä seinissä tai onko niissä yksiköissä ulkoilumahdollisuus koettu vähemmän tärkeäksi.

Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, sisällönanalyysiksi Tuomi ja Sarajärvi(2002) määrittelevät dokumentin sisällön sanallisen kuvaamisen. Sisällönanalyysin tavoitteena on siis ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013,166.) Sisällönanalyysi tapahtuu siis esimerkiksi niin, että tutkija lukee aineistonsa läpi useaan kertaan. Analyysiyksikkönä toimii sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Samaa merkitsevät lauseet yhdistetään samaan kategoriaan ja se nimetään mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavalla nimellä. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2013,169). Tai kuten Raine Valli on ilmaissut: saadut vastaukset kirjoitetaan yleensä ensin sanasta sanaan ja tämän jälkeen pyritään huolellisen tarkastelun

avulla löytämään yhteisiä teemoja eri haastateltavien vastauksista (Aaltola & Valli 2007, 185).

Avoimiin kysymyksiin saadut vastaukset keräsin yhteen niin, että jokaisen kysymyksen alla näkyi kaikkien vastaajien vastaukset ilman nimiä. Sen jälkeen yhdistin kunkin kysymyksen kohdalla samaa tarkoittavat asiat tai sanat yhteen ja nimesin ne yhdellä kaikkia vastauksia mahdollisimman hyvin kuvaavalla nimellä. Esimerkiksi sanat vaalea, valkoinen, vaaleat sävyt, vaaleiden eri sävyt, maalarin valkea yhdistin yhteen ja kaikki näin vastanneet analysoin samalla tavalla vastanneiksi. Eli että kaikki he tarkoittivat vaaleita seiniä. Viriketiloja koskevassa kysymyksessä sanat olohuone, oleskelutila, ryhmätila/tvhuone, iso päiväsalit/tupakeittiö, päiväsalit, olohuone tila on tiivistetty sanoihin yksi yhteinen olohuone ja/tai tupakeittiö. (LIITE 4: Sisällönanalyysi)

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Se on tärkeä vaihe; siihen tähdättiin tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa tutkijalle selviää, minkälaisia vastauksia hän saa ongelmiin. Niinkin voi käydä, että analyysivaiheessa tutkijalle selviää, miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 221.)

5 MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITOYMPÄRISTÖ -KYSELYN TULOKSET

5.1 Fyysinen hoitoympäristö

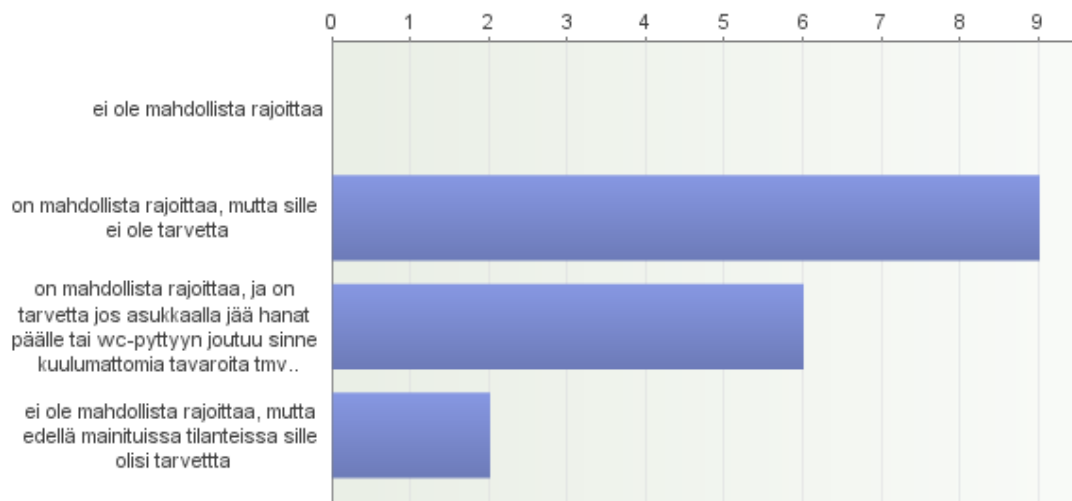
5.1.1 Tilaratkaisut

Tutkimukseen osallistuneiden hoitoyksiköiden asukasmäärät olivat väliltä 10 - 46. Keskimäärin yksikössä oli 18 asukasta. Kaikki 17 vastaajaa vastasivat tähän kysymykseen. Pinta-alaltaan yksiköt olivat 250 -1100 m². Keskimäärin yksikön koko oli 581,8 m². Tähän kysymykseen vastasi 15 vastaajaa.

Yksiköistä 59 %:ssa oli sekä kahden- että yhden hengen huoneita. 6 %:ssa yksiköistä oli vain kahden hengen huoneita ja 35 %:ssa yksiköistä oli vain yhden hengen huoneita. Yhdessäkään hoitoyksikössä ei ollut useamman kuin kahden hengen huoneita.

Kysymykseen kahden hengen huoneiden toimivuudesta, kymmenestä vastaajasta 30 % vastasi asukkaiden tunteneen olonsa turvallisemmaksi ja olleen vähemmän levottomia. Vastaajista 60 % koki, että kahden hengen huoneissa asukkaat ovat sekä tunteneet olonsa turvallisemmaksi ja olleet vähemmän levottomia, mutta on ollut myös toistuvia konflikteja asukkaiden kesken. Nämä vastaajat kuitenkin kokivat, että kahden hengen huoneet ovat enimmäkseen hyvä ratkaisu. 10 % vastaajista koki, ettei kahden hengen huoneilla ole ollut asukkaita rauhoittavaa vaikutusta, muttei ole syntynyt konfliktejakaan asukkaiden kesken. Nämä kymmenen vastasivat myös että kahden hengen huoneissa on molemmille asukkaille selkeästi oma alue tai puoli. Yksi vastaaja oli lisäksi kommentoinut asiaa näin: ”Minä toivoisin, että muistisairaiden hoitoyksiköissä luovuttaisiin tästä yhden hengen huoneiden vaatimuksesta. Monet ovat paljon turvallisemmalla mielellä kun vastapäisellä seinustalla nukkuu joku.”

Oma wc asukashuoneessa oli kaikista vastaajista 76 %:n mielestä tärkeä tai melko tärkeä. Eräs vastaaja oli sitä mieltä, että kun wc-tiloja on 5kpl eri puolilla hoitokotia, niin vessaan lähtiessä on aina liikuttava pidempi matka ja se puolestaan tuo mukanaan kuntouttavan työotteen. Kyselyssä tuli esille, että wc-tiloissa tarvitaan hyvät kaapit tai hyllyt hoitotarvikkeita varten. Esille tuli myös se, että suihkutilojen on oltava lämpimät. Seuraavassa kuviossa on esitetty vastausten jakauma kysymykseen, jossa on kysytty mahdollisuutta rajoittaa wc-tiloihin pääsyä tai onko sellaiselle yleensäkin tarvetta. 16 vastaaja on vastannut tähän kysymykseen. Vastaajat ovat voineet valita useamman vastausvaihtoehdon.



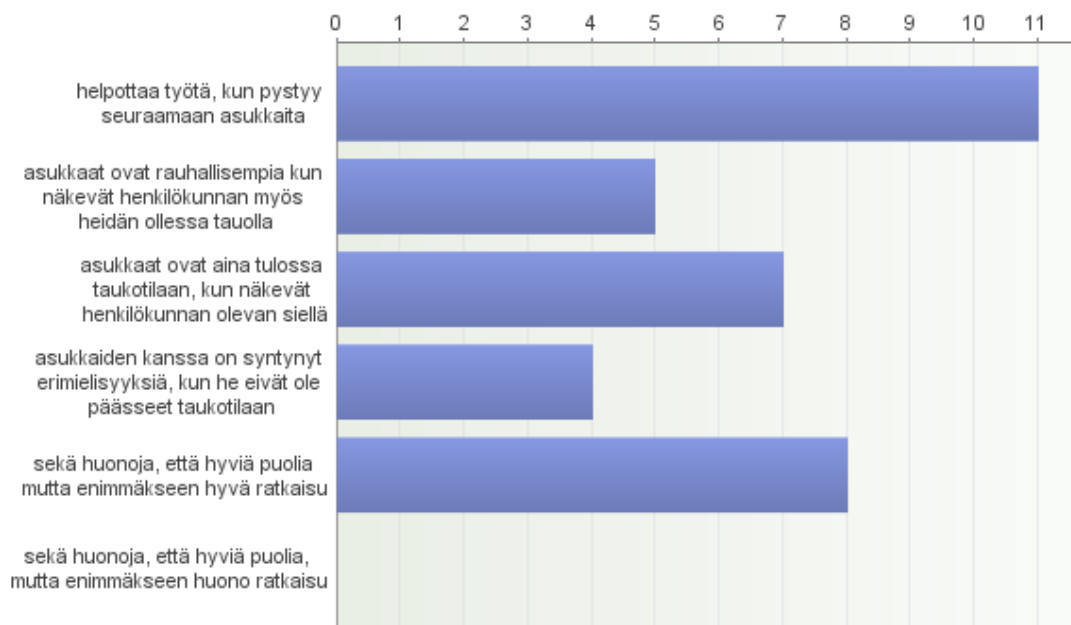
KUVIO 1. Wc-tiloihin pääsyn rajoittaminen

Kyselyyn vastanneista hoitoyksiköistä 50 % ilmoitti, että hoitoyksikössä valmistetaan ruoka paikan päällä. 41 %:ssa hoitoyksiköistä keittiö oli ns. avoin keittiö. 65 % vastaajista ilmoitti että keittiö on sijoitettu keskeiselle paikalle hoitoyksikössä, jolloin ruoan tuoksu, astioiden kilinä ym. kantautuu hyvin asukkaiden tiloihin. Kymmenestä vastaajasta 90 % oli kokenut, että keittiön sijoittaminen keskeiselle paikalle on saanut asukkaat tuntemaan olonsa kotoisammaksi. Näistä 90 %:sta 60 % oli myös sitä mieltä että keittiön sijainti auttaa asukkaita hahmottamaan milloin on ruoka-aika. 70 % vastaajista oli lisäksi vielä sitä mieltä että asukkaat seuraavat mielellään keittiön touhuja. 10 % vastaajista oli kokenut, että keittiön sijoittaminen keskeiselle paikalle hoitoyksikössä on saanut asukkaat tuntemaan olonsa kotoisammaksi, seuraamaan keittiön touhuja ja helpottanut asukkaita hahmottamaan milloin on ruoka-aika, mutta samalla jotkut asukkaista ovat tulleet levottomiksi ja keittiön sijainti on aiheuttanut myös vaaratilanteita.

Kaikista hoitoyksiköistä 47 %:ssa henkilökunnalla ei ollut omaa taukotilaa, vaan tauot pidettiin asukkaiden kanssa saman ruokapöydän ääressä. 12 %:ssa hoitoyksiköistä tauot pidettiin joko kansliassa josta on hyvä näköyhteys asukkaiden puolelle tai kuten 47 %:ssa hoitoyksiköistä asukkaiden kanssa samoissa tiloissa. 6 %:ssa hoitoyksiköistä hoitajat ruokailevat asukaskeittiössä, josta on hyvä näkyvyys hoitokodin puolelle. 29 %:ssa hoitoyksiköistä hoitajien taukotilasta on

näköyhteys asukkaiden puolelle ja 6 %:ssa näistä on lisäksi kameravalvonta. 12 %:ssa vastauksista oli kuvattu lisäksi, että kansliasta on näköyhteys asukkaiden puolelle, vaikkei siellä taukoja vietettäisikään. 6 %:ssa hoitoyksiköistä näköyhteyttä henkilökunnan taukotilasta asukkaiden puolelle ei ollut lainkaan.

Seuraavassa on esitetty vastausten jakauma kysymykseen, jossa on kysytty onko hoitajien taukotilasta näköyhteys asukkaiden puolelle ja onko sillä ollut jotain esitetyistä vaikutuksista. Kysymykseen on vastannut yhteensä 12 vastaajaa. Vastaajat ovat voineet valita useamman vastausvaihtoehdon.



KUVIO 2. Asukkaiden tiloihin näköyhteydessä olevan taukotilan vaikutuksia

Kuudestatoista yksiköstä 31 %:ssa ei ollut pitkiä käytäviä, 56 %:ssa hoitoyksiköistä oli pitkiä käytäviä, mutta ne eivät vastaajien mielestä aiheuttaneet liiaksi vaeltelua. 13 %:ssa hoitoyksiköistä pitkät käytävät aiheuttivat paljon vaeltelua. Hoitoyksiköistä 53 %:ssa oli hissi. Hissi oli järjestetty turvalliseksi muistisairaille eri tavoin. Yhdessä yksikössä hissi oli yksikön ulkopuolella. Kahdeksassa muussa tapauksessa se on lukittu. Yhdessä näistä hoitoyksiköistä asukkaat pääsevät hissiin, mutta avain ei ole paikallaan. Toisessa hoitoyksikössä taas hissi oli verhojen takana, jotka jatkuvat ikkunoiden eteen ikkunaverhoksi ja toi-

sessä yksikössä taas lukollisen oven/aulan takana. Yhdessä vastauksessa mainittiin, etteivät asukkaat juurikaan reagoi hissiin. Yksi vastaaja oli vastannut, että ei suosittelen hissiä vaan käynti suoraan ulos on ehdottomasti paras ratkaisu.

5.1.2 Tilojen ulkonäkö ja tunnelma

Omat tavarat asukashuoneessa koki tärkeiksi 82 % vastaajista ja melko tärkeiksi 18 % vastaajista. Televisio asukkaan omassa huoneessa oli vastaajista 24 %:n mielestä tärkeä tai melko tärkeä, 58 % vastaajista koki sen vähemmän tärkeäksi tai tarpeettomaksi. Vastaajista 6 %:n mielestä televisio asukkaan omassa huoneessa aiheuttaa levottomuutta. 12 %:ssa yksiköitä asukkaiden omassa huoneessa ei ollut televisiota. Radio asukkaan omassa huoneessa oli vastaajista 76 %:n mielestä tärkeä. Jokaisessa hoitoyksikössä asukkaan omassa huoneessa olikin radio. Eräs vastaaja oli lisäksi tuonut esille sen, että asukashuoneissa tarvitaan paljon kaappitilaa asukkaan omille vaatteille ja usein myös vaipoille. Kaikissa yksiköissä huoneen ovesa oli asukkaan nimi, 41 %:ssa yksiköistä oli myös numero huoneen ovesa. 6 %:ssa yksiköistä asukkaiden huoneet oli merkitty nimen lisäksi jotenkin muuten.

Asukkaiden huoneiden seinäpinnoissa oli käytetty 88 %:ssa yksiköistä vaaleita sävyjä, joita oli kuvattu näin; vaaleaa, valkoista, maalarin valkoista ja yhdessä näistä vaaleaa, ei kuitenkaan vitivalkoista sävyä. 6 %:ssa yksiköistä oli käytetty vaaleanpunaista huoneiden seinäpinnoissa, kun taas 6 %:ssa oli käytetty lämmintä keltaista ja lohen punaista. Yksiköistä, joissa oli käytetty vaaleita sävyjä seinissä, oli 12 %:ssa käytetty lisäksi keltaista, 6 %:ssa roosaa ja 6 %:ssa vihreää. Yhdessä yksikössä, jossa huoneiden seinäpinnat olivat vaaleat, oli lisäksi yksi tehosteseinä joka on joko maalattu tai tapetoitu.

Yksiköistä 29 %:ssa oli käytetty kerman, valkoisen tai vaalean sävyjä myös muissa kuin asukashuoneiden seinäpinnoissa. 24 %:ssa yksiköistä oli käytetty muualla hoitoyksikössä vihreää väriä. Punaista ja vaaleaa tiiliseinää oli käytetty 12 %:ssa yksiköistä. 18 %:ssa yksiköistä oli käytetty sinisen sävyjä. Myös kel-

taista oli käytetty 18 %:ssa yksiköistä. Lisäksi yksittäisiä mainittuja värejä tai materiaaleja olivat; kukkakuviot, roosanpunainen, tummahko puupinta, punaruskeat tukikaiteet, vaalea roosa, vaalea ruskea, violetti, punainen, lämpimät sävyt ja vaalea puu.

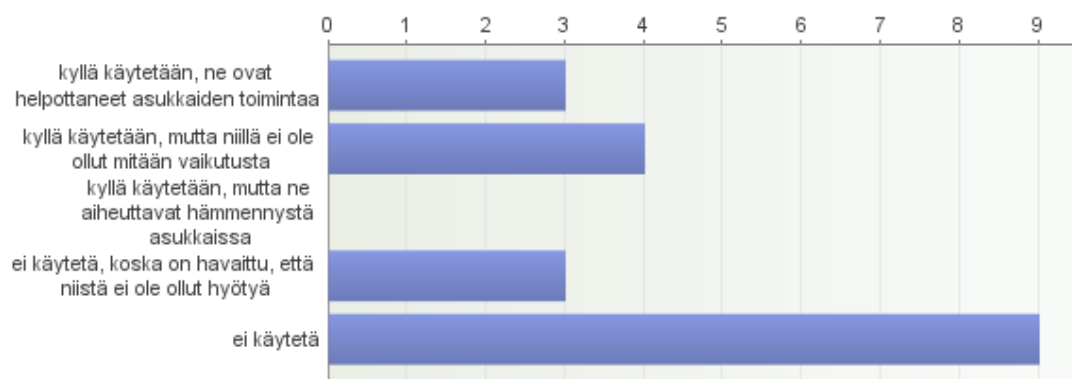
Kuudestatoista vastaajasta 81 % vastasi, että mikään väri ei ole aiheuttanut pelkoa tai levottomuutta. 6 % vastaajista vastasi, ettei asiaa ole tutkittu. Yhdessä yksikössä saunatilojen kuvioitu lattiapinta ja metalliset kynnykset ovat aiheuttaneet pelkoa. Toisessa yksikössä taas punainen 50 cm. leveä rajausta vaaleassa lattiassa on paikka, josta osa asukkaista pelkää mennä ylitse.

65 %:ssa yksiköistä oli seinäpinoissa käytetty esimerkiksi kuvioita sisältäviä tapetteja, 53 %:ssa yksiköistä ne eivät ole herättäneet erikoisempia reaktioita. 12 % vastaajista vastasi, että ne ovat herättäneet asukkaissa kiinnostusta. 16 vastaajaa vastasi kysymykseen, onko hoitoyksikössä käytetty esimerkiksi verhoilukiveä tai muita materiaaleja. 94 %:ssa yksiköistä niitä ei ole käytetty lainkaan, mutta 6 %:ssa yksiköistä jossa edellä mainittuja materiaaleja on käytetty, ovat ne innostaneet asukkaita tunnustelemaan erilaisia pintoja.

Vastaajista 65 % oli sitä mieltä, että hoitoyksikössä on hyvä valaistus, eikä pimeitä nurkkia juurikaan ole. 35 % oli sitä mieltä, ettei ole huomannut että asukkaat pelkäisivät varjoja tai pimeitä nurkkia. Eräs vastaaja oli valaistuksesta maininnut lisäksi, että: ”kattolamput on hyvä olla yhtenäiset, jolloin niiden huolto on helpompaa, kun jokaisella ei ole erilaisia valaisimia.”

Hoitoyksiköistä 59 %:ssa ulko-ovi oli selvästi erottuva, mutta asukkaat eivät juurikaan välittäneet siitä, 6% näistä 59 %:sta oli kokenut samalla että asukkaat ovat usein myös pyrkimässä ulos selvästi erottuvasta ulko-ovesta. 12 %:ssa hoitoyksiköistä asukkaat olivat usein pyrkimässä ulos ulko-ovesta. 29 %:ssa hoitoyksiköistä ulko-ovi oli huomaamaton ja sitä pidettiin hyvänä ratkaisuna. Eräs vastaaja oli kommentoinut ovikysymystä näin: ” Osa asukkaista ei välitä vaaleasta ovesta, osa pyrkii välillä ovelle, mutta päivät vaihtelevat, eikä ongelma ole suuri. Osa kulkee ja etsii ovea, eivät tunnista ja muista sitä.”

Hahmottamista helpottavat ratkaisut kuten värillinen wc-pytyn reuna koettiin 63 %:ssa yksiköistä tärkeiksi tai melko tärkeiksi, 37 % hoitoyksiköistä tällaisia ratkaisuja ei ole käytössä ollenkaan. Seuraavassa on esitetty vastausten jakauma kysymykseen, jossa on kysytty ohjelappujen käytöstä ja niiden mahdollisista vaikutuksista. Vastaajat ovat voineet valita useamman vastausvaihtoehdon. Tähän kysymykseen ovat vastanneet kaikki 17 vastaajaa.



KUVIO 3. Muisti- ja ohjelappujen käyttö

5.2 Virikemahdollisuudet

Kuudessatoista yksikössä oli ainakin yksi olohuone ja tai vastaava esimerkiksi tupakeittiö. Erillinen toimintahuone viriketoimintaa varten oli 13 %:ssa näistä yksiköistä. 13 %:ssa yksiköistä mainittiin olevan sali, jossa järjestetään tapahtumia, esiintymisiä jne.. Kuntosali oli 18 %:ssa yksiköistä, uima-allas 13 %:ssa yksiköistä ja 6 %:ssa yksiköitä oli erillinen pyöräily- ja pelihuone, lisäksi 6 %:ssa yksiköitä oli mahdollisuus kuntopyöräilyyn oleskeluhuoneessa. Virike toiminnoista mainittiin jumppa, askartelu, leipominen, lukeminen, käsitöiden teko, pelien pelaaminen, tanssiminen, laulaminen, kanala kesäisin, muistelu sekä hoi-vamusiikkiryhmä. 18 %:ssa kyselyyn vastanneista hoitoyksiköistä ei ollut käy-

tössä saunaa, 24 % vastaajista piti sitä tärkeänä, 41 % melko tärkeänä ja 17 % ei niin tärkeänä.

Vastaajista 24 %:n mielestä harrastus- ja oleskelutiloissa ei ole mitään kehitettävää. Näissä vastauksissa mainittiin, että turhia kalusteita on poistettu ja tiloja voidaan muuttaa huonekalu ratkaisulla. 12 %:n mielestä harrastus- ja oleskelutilojen tulisi olla suuremmat. 12 % vastaajista toivoi, että tilat olisivat paremmin rajattavissa, ettei olisi esim. oleskelutila ja ruokapöydät liian lähekkäin. 6% vastaajista puolestaan oli sitä mieltä, että pitäisi olla nimenomaan yksi yhteinen keittiö ja oleskelutila. Lisäksi vastauksissa tuli ilmi, että huonekalut on tärkeä suunnitella vanhusten tarpeisiin. Kodikkuutta ja lisää istuinryhmiä toivottiin yhdessä vastauksessa. 6 % vastaajista toivoi hoitoyksikköön ”aistipinta seinää”. Eräs vastaajista kuvasi harrastus- ja oleskelutilojen tärkeitä ominaisuuksia näin: ” Helppo pääsy tiloihin ja lähellä asukkaita, niin niitä tulee käytettyä useammin. Tilat täytyy olla riittävän isot ja helppokulkuiset, esteettömät.”

Televisio yhteisissä tiloissa oli vastaajista 56 %:n mielestä tärkeä ja melko tärkeä 43 %:n mielestä. Käytävän varrella oleva lehtienluku tmv. pysähtymispaikka oli vastaajista 65 %:n mielestä tärkeä tai erittäin tärkeä. Asukkaiden mahdollisuutta osallistua pyykkihuoltoon, esim. pyykinripustukseen piti tärkeänä 71% vastaajista, 6 %:ssa yksiköistä mahdollisuutta osallistua pyykkihuoltoon ei ollut. Asukkaiden mahdollisuutta osallistua ruoanlaittoon piti tärkeänä tai melko tärkeänä vastaajista 31 %, 44 %:ssa yksiköistä osallistuminen ruoanlaittoon ei ollut mahdollista.

Kaksitoista vastaajaa oli vastannut avoimeen kysymykseen siitä, miten hoitoyksikössä asukkailla oli mahdollisuus osallistua keittiön toimintaa esimerkiksi leipomiseen. 42 %:ssa yksiköistä leipominen tapahtui ruokapöytien ääressä. 8 %:ssa yksiköistä leivottiin erillisessä toimintahuoneessa, 8 %:ssa yksiköistä yhteisissä tiloissa. 34 % vastaajista ilmoitti, että leivonta tapahtui yhteisessä keittiössä, johon asukkaat joissain tapauksissa voivat tulla auttamaan myös muissa keittiön töissä. 8 %:ssa hoitoyksiköistä oli asukkaille oma tiski leivontaa varten.

Yksiköistä 18 %:ssa oli piha-alue, joka ei ole aidattu, 12 %:ssa yksiköistä ei ollut ollenkaan piha-aluetta ja 70 %:ssa yksiköistä oli aidattu piha-alue. Seuraavassa kysymyksessä kysyttiin, miten tärkeäksi vastaajat kokivat erilaiset asiat piha-alueella. Laatoitetut kulkureitit olivat vastaajista 65 %:n mielestä tärkeitä ja 29 %:ssa hoitoyksiköistä kulkureittejä ei ollut laatoitettu. Yksiköistä 53 %:ssa lasitettua terassia ei ollut käytössä, muista vastaajista 41 % koki sen tärkeäksi. Ruokailu/kahvittelumahdollisuus ulkona oli kaikkien vastaajien mielestä tärkeä tai melko tärkeä. Istutukset pihalla olivat vastaajista suurimman osan mielestä tärkeitä, 6 %:ssa yksiköistä istutuksia ei ollut ollenkaan. Vapaata pääsyä aidatulle pihalle sää salliessa piti tärkeänä 63 % vastaajista, 37 %:ssa yksiköistä ei ollut mahdollisuutta vapaaseen pääsyn aidatulle pihalle. 81 %vastaajista piti tärkeänä ulkoilumahdollisuutta omalla pihalla myös talvella. 12 %:ssa yksiköistä tätä mahdollisuutta ei ollut.

6 TULOSTEN VERTAILU TEORIAAN JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tilaratkaisut

Tutkimukseen osallistuneiden hoitoyksiköiden koko vaihteli suuresti, keskimäärin yksikössä oli 18 asukasta. Kotilaisen ym. mukaan kustannuksiltaan järkevä hotiokodin koko olisi 12-15 asukasta, ilman että hoidonlaatu kärsii (Kotilainen ym. 2007, 10). Kotilainen ym. mukaan 12-15 asukkaan hoitoyksikkö olisi hyvä jakaa vielä kahteen erilliseen osaan. Mielestäni tällainen 6-8 hengen yksikkökoko tuntuisi parhaalta, jos samassa rakennuksessa on vaikka kaksi tällaista kotia, niin niillä voisi kuitenkin olla yhteisiä toimintatiloja ym. Tilojen määrän asukasta kohti olisi oltava n. 40 m² (Kotilainen ym. 2007, 20), tähän tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä oli keskimäärin 33 m² tilaa asukasta kohden.

Asukashuoneet olivat tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä sekä kahdenettä yhden hengen huoneita. Tässä asiassa ei myöskään Kotilaisen ym. mukaan ole yhtä oikeaa ratkaisua. Kahden hengen huoneissa on kuitenkin oltava molemmille selkeä oma alue (Kotilainen ym. 2007 21). Myös tutkimukseen osal-

listuneissa yksiköissä joissa oli kahden hengen huoneita, oli niissä selkeä oma alue. Tutkimuksessani esille tulleiden vastausten ja teorian perusteella muistisairaiden hoitoyksikön huonekoosta ei löydy yhtä oikeaa mallia. Kahden hengen huoneissa muistisairaille on monesti paljon turvaa toisesta henkilöstä. Tilanteet ja asukkaiden luonteet vaihtelevat kuitenkin niin paljon, että pelkät kahden hengen huoneet eivät mielestäni riitä. Suurimmaksi osaksi pitäisin kuitenkin kahden hengen huoneita hyvänä ratkaisuna, yhden hengen huoneita olisi kuitenkin yksikössä oltava ainakin muutamia. Hoitokoteja mainostetaan usein paikkoina, joissa asukas voi asua elämänsä loppuun asti. Tällöin ainakin on tärkeää, että saattohoitovaiheessa asukkaalle on oma huone.

Kotilaisen ym. mukaan oma wc-pesutila kuuluu jokaiseen asukashuoneeseen. Tutkimukseen osallistuneista hoitoyksiköistä 76 %:ssa oma wc koettiin tärkeäksi. Itse olen myös sitä mieltä, että wc on ehdottomasti oltava jokaisessa asukashuoneessa. Se lisää asukkaan yksityisyyden suojaa. Wc-tiloihin pääsyn rajoittamista kyselyyn vastanneista henkilöistä noin puolet piti tarpeettomana ja puolet tarpeellisenä. Tämän perusteella wc-tiloihin kannattaisi asentaa valmius, että tarvittaessa kulkua voidaan rajoittaa.

Tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä hieman yli puolessa oli pitkiä käytäviä, mutta ne eivät aiheuttaneet liiaksi vaeltelua. Vaeltelua voidaan kuitenkin pitää todennäköisenä. Jatkuva vaeltelu on yksi tavallisimmista muistisairauksien aiheuttamista levottomuusoireista (Erkinjuntti, Huovinen 2008, 184–185). Myös itse uskon, että hoitoyksikkö jossa on mahdollisimman vähän pitkiä käytäviä, tuntuu kodikkaimmalta. Hyvä idea hoitoyksikön malliksi olisi kyselytutkimuksessa esille tullut tilaratkaisu, jossa asukashuoneet oli sijoitettu hevosenkengän muodossa oleskelutilan ympärille. Hissin en usko olevan hyvä ratkaisu muistisairaiden hoitoyksikössä, mutta jos se on oltava niin tietenkin lukittava tai kuten eräs kyselyyn vastannut oli maininnut, verhojen takana.

Käytävän varrella oleva pysähtymispaikka lehtien lukua tmv. varten oli suurimman osan kyselyyn vastanneiden mielestä tärkeä. Juuri vaeltelun vuoksi on tär-

keää, että liikkumiselle on tarpeeksi tilaa ja houkuttelevia pysähtymiskohteita (Kotilainen ym. 2007, 28.)

Dementiakodin keittiön tulisi olla koko ajan asukkaiden käytettävissä. Suurimassa osassa hoitoyksiköitä ruoka valmistetaan paikan päällä ja tupakeittiömalli on yleistynyt (Kotilainen ym. 2007, 26.) Tutkimukseen osallistuneista hoitoyksiköistä vain 31 % piti tärkeänä tai melko tärkeänä asukkaiden mahdollisuutta osallistua ruoanlaittoon. 70 %:ssa yksiköistä viriketoimintoihin kuului kuitenkin leivontaa. Ruoan valmistus paikan päällä ja avoin keittiö- tupakeittiömalli toteutuivat noin puolessa kyselyyn vastanneista yksiköistä. Avoimen keittiön positiivinen vaikutus asukkaiden viihtyvyyteen ja hahmottamiseen oli niin tutkimukseen osallistuneiden kuin Kotilaisenkin ym. 2007 mukaan tärkeä. Tupakeittiö on varmasti ehdottomasti paras malli toteuttaa keittiö muistisairaiden hoitoyksiköissä. Tärkeää on suunnitella keittiö siten, että asukkaat voivat osallistua mahdollisimman paljon keittiön toimintaan.

Henkilökunnan taukotila pitäisi järjestää siten, että henkilökunta on näkyvillä, mutta ratkaisun on oltava myös kodikas. Lasiseinäinen toimisto luo helposti tarkkaamon tunteen. Monissa kodeissa henkilökunta ruokailee ja juo kahvit asukkaiden kanssa. (Kotilainen ym. 2007, 29–30.) Tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä puolessa henkilökunnan taukotilasta oli näköyhteys asukkaiden puolelle, ja puolessa hoitoyksiköistä tauot pidettiin asukkaiden kanssa saman ruokapöydän ääressä.

Henkilökunnan taukotilan toteuttaminen muistisairaiden hoitoyksikössä on mielestäni aika moniulotteinen asia. Toisaalta henkilökunnan olisi saatava pitää taukonsa rauhassa, mutta yksin ollessaan hoitaja ei voi lähteä näköetäisyydeltä pitkäksi aikaa. Itse en pitäisi huonetta, jossa on isot ikkunat, kotia rikkovana tekijänä. Kuitenkin se voi olla muistisairaalle hämmentävä, kun hän näkee kaiken huoneessa olevan mutta ei voi mennä sinne. Ehkä tuollaisen toimiston voisi toteuttaa niin, että ikkunoihin saisi verhot tai sälekaihtimet jotka aukaistaisiin vain silloin kun olisi tarvetta. Muuten hoitohenkilökunta voisi pitää tauot esim.

asukkaiden kanssa samassa ruokapöydässä. Kuten myös kyselyssä tuli ilmi, tämä lisää yhteisöllisyyden tunnetta.

6.2 Tilojen ulkonäkö ja tunnelma

Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa yksiköissä asukkaan huoneen ovesta oli nimi, lisäksi 41 %:ssa yksiköistä huoneen ovesta oli numero, vain 6%:ssa yksiköistä asukas huone oli merkitty nimen lisäksi vielä jotenkin muuten. Kotilaisen ym. mukaan oma huone löytyy kuitenkin helpoimmin tutun esineen ja nimen avulla, kuin pelkän nimen avulla (Kotilainen ym. 2007, 28). Asukkaiden huoneet olisi varmasti hyvä merkitä nimen lisäksi myös jotenkin muuten, kuten Kotilainen ym. ovat esittäneet. Jos ei ole mahdollisuutta asettaa jotakin asukkaan omaa esinettä oven lähelle, niin joku oma taulu, valokuva tai seinäkoriste voisi toimia.

Dementoituneelle on lisäksi tärkeää, että mahdollisimman monet esineet ja kalusteet ovat asukkaan omia (Kotilainen ym. 2007, 21). Myös kyselyyn vastanneista kaikki kokivat ne tärkeiksi. Asukashuoneessa omat tavarat ovat ehdottomasti tärkeitä, kuten myös kyselytutkimuksessa tuli esille. Tutkimuksessa tuli ilmi, että televisiota ei pidetä tärkeänä asukashuoneessa. Televisio ei tosiaankaan ole ehkä muistisairaalle potilaalle niinkään tärkeä omassa huoneessa, koska yleensä hoitokodissa olevilla asukkailla sairaus on jo siinä vaiheessa, että esimerkiksi mielisarjojen seuraaminen on unohtunut. Jossain vaiheessa sairautta televisio voi aiheuttaa myös levottomuutta, jos samalla tuntee olonsa turvattomaksi yksinäisessä huoneessa. Yhteisissä tiloissa televisio voi toimia myös jonkinlaisena keskustelun innoittajana. Televisio asia olisi ehkä parasta järjestää niin, että jokainen asukas voisi halutessaan tuoda huoneeseensa television.

Kyselyyn vastanneista yksiköistä jokaisessa oli radio asukkaan omassa huoneessa. Se onkin varmasti muistisairaalle kannalta tärkeämpi kuin televisio. Radion pitää olla tietysti sellainen, että sillä voi kuunnella myös cd-levyjä. Näin asukas voi kuunnella juuri itselleen mieluista musiikkia.

Hieman yli puolessa tutkimukseen osallistuneista hoitoyksiköistä ulko-ovi oli selvästi erottuva, mutta asukkaat eivät juurikaan reagoineet siihen mitenkään. Muissa yksiköissä ulko-ovi oli huomaamaton tai asukkaat olivat usein pyrkimässä ovesta ulos. Kotilaisen ym. mukaan ulko-oven näkeminen voi laukaista tai voimistaa suuren kaipuun jonnekin muualle (Kotilainen ym. 2007, 28). Ulko-oven tekeminen mahdollisimman huomaamattomaksi olisi mielestäni varmin ratkaisu. Ulko-oven ollessa huomaamaton, ei tulisi kenenkään asukkaan kohdalla sitä ongelmaa, että ulko-ovi aiheuttaa levottomuutta ja kaipuuta muualle. Vaikka suurimmalle osalle ulko-ovi ei olisikaan mikään ongelma, voi ulos pyrkiminen viedä yhden muistisairaana päivästä suurimman osan ajasta.

Vastaajista 35 % oli sitä mieltä, ettei ole huomannut että muistisairaant pelkäisivät pimeitä nurkkia tai varjoja, voihan olla ettei näissä yksiköissä ole niitä pääsyt syntymäänkään. Hoitoyksikön valaistus olisikin mielestäni suunniteltava niin, että pimeitä nurkkia ja varjoja syntyisi mahdollisimman vähän, samalla valaistuksen olisi kuitenkin oltava kodikas.

Tutkimukseen osallistuneista yksiköistä suurimmassa osassa ei käytetty muisti- tai ohjelappuja asukkaille, muutamat olivat vastanneet että niistä ei ole ollut mitään hyötyä. Myöskään Kotilaisen ym. mukaan erilaisia neuvoa antavia A4-arkkeja ei pitäisi käyttää edes puku- ja pesutiloissa, koska ne rikkovat kodinomaisuutta (Kotilainen ym. 2007, 28). Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä kolme oli kuitenkin vastannut että muistilaput helpottavat asukkaiden toimintaa. En pitäisi muistilappujen käyttöä täysin poissuljettuna mahdollisuutena, niiden asukkaiden kohdalla jotka selvästi hyötyvät niistä. Kuitenkaan niitä ei pidä automaattisesti käyttää koko hoitoyksikössä.

Wijk ym. ovat tutkineet dementoituneiden värien näkemistä. Heidän mukaansa dementoituneiden mieliväreiksi osoittautuivat sininen, punainen ja vihreä. Murrettut ruskehtavat sävyt ja tummat sävyt eivät miellyttäneet dementoituneita. (Wijk ym. 1999, 1000–1005.) Seinäpinnoissa vaaleat sävyt näyttäisivät olevan suuressa osassa, lisäksi vihreä, sininen ja punainen olivat käytetyimpiä sävyjä niin tutkimukseni kuin Wijk ym. mukaan. Kuviollisten tapettien ja erilaisten pinto-

jen, kuten verhoilukivi katselu, ihastelu ja tunnustelu näyttäisi muutamien kyselyyn vastanneiden mielestä olevan tärkeää. Myös itse kokisin, että erilaisten pintojen käyttö jossain kohdin hoitoyksikön seinää ei olisi poissuljettu ajatus. Tässä on kuitenkin mietittävä tarkkaan, että mihin kohtaan erilaiset pinnat sijoitetaan. Joku asukas voisi olla aivan haltioissaan kukka tapetista huoneessaan, kun taas toiselle se voi aiheuttaa suurta ahdistusta. Myös kynnyksissä ym. on otettava huomioon, etteivät ne ole liian selvästi erottuvia tai suurpiirteisiä.

Hahmottamisen kannalta ympäristöstä erottuvien värien käyttö on hyödyllistä, tästä esimerkkejä ovat mm. wc-istuimen väri tai lautasen väri (Kotilainen ym. 2007, 11). Tutkimukseen osallistuneista yksiköistä 63 %:ssa näitä ratkaisuja pidettiin tärkeinä, muissa niitä ei pidetty tärkeinä tai ne eivät olleet käytössä lainkaan. Kukaan ei kuitenkaan ollut määritellyt niitä tarpeettomiksi tai levottomuutta aiheuttaviksi tekijöiksi. Mielestäni hahmottamista helpottavia ratkaisuja kannattaisi ilman muuta käyttää, mutta tutustua huolella erilaisiin vaihtoehtoihin, ettei joku hahmottamista helpottavaksi tarkoitettu ratkaisu aiheuta muistisairaana silmissä pelkoa tai levottomuutta. Kahdessa yksikössä oli tullut ilmi, että kuvioitu lattiapinta, metallinen kynnyks ja punainen rajaus lattiassa aiheuttivat pelkoa ja levottomuutta. Myös Kotilaisen ym. mukaan kuvioitu lattiapinta tai lattiavärien muutokset voivat vaikeuttaa hahmottamista ja usein ympäristön hallitsemattomuus ahdistaa tai ärsyttää dementoitunutta, mikä voi ilmetä käytösoireena (Kotilainen ym. 2007, 11).

6.3 Virikemahdollisuudet

Hieman yli puolessa kyselyyn osallistuneista hoitokodeista oli olohuoneen lisäksi erillinen toimintahuone tmv. Regnierin mukaan dementoituneiden hyvän ympäristön suunnittelun avaintekijöitä ovat mm. houkuttelevuus yhdessäoloon- ja puuhailuun sekä jokapäivisten taitojen säilyttäminen (Regnier 2002). Tutkimuksessa tuli ilmi, että suurimmassa osassa hoitoyksiköitä asukkailla on mahdollisuus osallistua päivittäisiin askareisiin ja sitä myös pidetään tärkeänä. Jo hoitoyksikön suunnittelussa olisi siis hyvä huomioida se, miten tämän mahdollisuus saadaan toteutettua.

Oleskelu- ja toimintatilojen osalta tutkimuksessa nousi esille se, että tilojen tulee olla riittävän tilavat ja helposti näkyvillä. Vastauksissa esille tulleiden asioiden perusteella pitäisin tärkeänä myös sitä, että toimintatiloja olisi useita. Myös liikunta mahdollisuudet olisi tärkeä huomioida, muistisairailla liikuntakyky voi säilyä hyvänä pitkään. Tärkeä huomioitava asia, joka vastauksissa tuli esille on se, että kalusteet pitää suunnitella vanhusten tarpeisiin. Myös tilojen helppo muunneltavuus olisi tärkeää huomioida hoitoyksikön suunnittelussa. Mielestäni sauna olisi ehdoton ratkaisu muistisairaiden hoitoyksikössä, myös vastaajista suuri osa piti sitä tärkeänä. Kaikissa hoitoyksiköissä saunaa ei ollut.

Erää Kanadalaisen tutkimuksen mukaan puutarhassa oleskelu vaikutti myönteisesti mielialaan 95 % dementoituneista (Mooney 1992, 23–29). Myös opinnäyteyteni kyselyyn vastanneista henkilöistä suurin osa ilmoitti, että hoitoyksikössä on aidattu piha ja että vapaa ulkoilumahdollisuus aina sään salliessa on tärkeä. Lisäksi ulkoilumahdollisuutta talvella pidettiin tärkeänä.

Suurin osa kyselyyn vastanneista ilmoitti, että laatoitetut kulkureitit ovat tärkeitä piha-alueella, 29 %:ssa hoitoyksiköistä kulkureittejä ei ollut laatoitettu. Myös Norjalaisessa puutarha projektissa suositellaan 1,5 metrin levyisiä asfaltoituja polkuja, joita on helppo kulkea. Istutukset ovat myös olennainen osa puutarhaa, koska monet dementoituneet ovat tottuneet kasvattamaan puutarhan antimia ja puutarhan hoidon katselu voi tuntua samalta kuin itse tekeminen. (Kotilainen ym. 2007, 37.) Kyselyyn vastanneissa yksiköissä lähes kaikissa istutuksia pidettiin tärkeinä.

Piha-alueen osalta myös tutkimuksen perusteella näyttäisi ehdottomasti tarpeellinen ratkaisu olevan aidattu piha ja vapaa ulkoilu mahdollisuus. Myös se, että pihalla on mahdollisuus esimerkiksi ruokailuun on mielestäni ehdottoman tarpeellista. Monessakaan yksikössä ei ollut lasitettua terassia, joka mahdollistaisi terassilla oleilun myös sateella tai viileämmälläkin ilmalla. Kuitenkin 41 % vastaajista oli sitä mieltä, että lasitettu terassi on tarpeellinen. Tämän perusteel-

la olisin sitä mieltä, että lasitettu terassi olisi tärkeä hoitoyksikössä. Istutukset kuuluisivat myöskin ehdottomasti piha-alueelle, kuin myös laatoitetut kulkureitit.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä, mutta silti tulosten luotettavuus ja pätevyys vaihtelevat. Tämän vuoksi kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Reliabelius voidaan todeta esimerkiksi niin, että jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää reliabelina. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius eli pätevyys. Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.)

Monissa laadullisen tutkimuksen oppaissa (esim. Miles&Huberman 1994) ehdotetaan käsitteiden validius ja reliabiliteetti hylkäämistä tai korvaamista laadullisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Nämä käsitteet ovat saaneet monia erilaisia tulkintoja ja suomalaisessa kirjallisuudessa lisäksi erilaisia käännöksiä. Laadullisen tutkimuksen tulosten arvioinnista ei ole olemassa minkäänlaisia yksiselitteisiä ohjeita, mutta useimmissa tapauksissa seuraavasta listasta voi olla apua. Tutkimuksen kohde ja tarkoitus, omat sitoumuksesi tutkijana tässä tutkimuksessa, aineisto keruu, tutkimuksen tiedonantajat, tutkija-tiedonantaja suhde, tutkimuksen kesto, aineiston analyysi, tutkimuksen luotettavuus, tutkimuksen raportointi. (Tuomi& Sarajärvi 2009, 137–140.)

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida pitää täysin luotettavina, koska opinnäytetyön puitteissa toteutetussa tutkimuksessa otanta on liian pieni. Kuitenkin jotain suuntaa-antavia tuloksia esimerkiksi jatkotutkimuksia varten voi löytyä. Kyselys-

sä esitetyt kysymykset eivät ole ammattimaisesti laadittuja, koska kyseessä on ensimmäinen tekemäni tutkimuskysely. Tutkimuksen kohteet, siis tiedonantajat on mielestä oikein valittu. Minulla ei myöskään ole mitään intressejä, minkä vuoksi yrittäisin hakea tietynlaisia tuloksia tai pitäisin toisia vastauksia tärkeämpinä kuin toisia. Ne vastaukset, mitä kyselyyn on saatu on tässä raportissa kerrottu totuutta muuntelematta ja mielestäni tarkasti. Reliaabelius toteutuu jollain tasolla tässä tutkimuksessa, mutta validius ei ehkä ole hyvä, koska kyselylomakkeen laatimisessa en ole millään tavalla asiantuntija.

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin. Viime aikoina on korostettu sitä, että jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti, mutta erityisesti myös sitä, miten tutkimus vaikuttaa siihen osallistuviin. Tutkimusetiikan periaattena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Tutkimukseen osallistumisen tulee perustua tietoiseen suostumukseen. Tämä tarkoittaa, että tutkittavan on tiedettävä täysin mikä on tutkimuksen luonne. Oikeudenmukaisuus ja anonymiteetti on myös huomioitava. Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen mukaisesti. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat myös keskeinen lain säädäntö ja erilaiset ohjeet. (Kankkunen&Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–221.) Lisäksi Suomen Akatemia on laatinut tutkimuseettiset ohjeet. Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuus perustuu siihen, että tutkijat noudattavat hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tuomi&Sarajärvi 2009,133.)

Eettisesti tämä tutkimus on mielestäni toteutettu hyvin. Tutkimus ei ole loukannut kenenkään yksityisyyttä, eikä mitään arkaluontoista tietoa ole päätynyt väärin käsiin, tässä tutkimuksessa ei tosin arkaluonteisia asioita ole kysytykään eikä sille ole ollut tarvettakaan. Tutkimuksessa ei myöskään ole vertailtu hoitoyksiköitä tai yritetty etsiä epäkohtia siinä tarkoituksessa, että joku joutuisi niistä vastuuseen. Tutkimuksessa on ollut tavoitteena löytää hyviä ratkaisuja nimenomaan muistisairaiden näkökulmasta, eikä lähtökohtana ole ollut esimerkiksi raha.

8 JATKOTUTKIMUSAIHEET

Muistisairaahan hoitoympäristöön liittyen ei ole olemassa paljoa kirjallisuutta tai tutkimustietoa. Tämän perusteella asiaa olisi tutkittava enemmän. Tulevaisuudessa hoidon laatuun tullaan varmasti kiinnittämään yhä enemmän huomiota, joten olisi tärkeää saada tietoa siitä, mitä erityispiirteitä muistisairaahan asuinympäristössä on otettava huomioon. Tämän myötä vahvistuisi entisestään käsitys siitä, että muistisairaahan paras hoitopaikka on nimenomaan pieni yksikkö joka on erikoistunut juuri tähän asiaan. Suuremmassa tai esimerkiksi vuodeosasto tyyppisessä hoitopaikassa muistisairas voi joutua melkoisten kaaoksen kokemusten valtaan.

Tutkimusta asiaan liittyen pitäisi mielestäni tehdä ainakin siitä näkökulmasta, että miten muistisairauden mukanaan tuomat oireet esim. levottomuus, pelot ja harhat voitaisiin hoitoympäristön ratkaisujen avulla useimmissa tapauksissa välttää tai ainakin minimoida niitä. Tähän tarvittaisiin kuitenkin niin laajaa ja erityisosaamista vaativaa tutkimusta, että tutkimuksen toteuttamiseen voi olla aika pieni todennäköisyys. Tämä ei ilmeisesti myöskään ole valtaosaa terveydenhoitoalalla työskenteleviä kiinnostava aihe. Ainakin mitä olen itse huomannut, niin vanhustyö kiinnostaa vain murto-osaa esimerkiksi alalle opiskelevista.

Jotta voitaisiin toteuttaa luotettava tutkimus siitä, miten hoitoympäristössä esiintyvät asiat vaikuttavat muistisairaahan käytökseen ja viihtyvyyteen olisi mielestäni ensinnäkin saatava mukaan laaja otos erilaisia hoitoympäristöjä ja ehkäpä myös ainakin muutama uusi yksikkö, jotka olisi suunniteltu siltä pohjalta, mitä asiasta jo tiedetään ja minkälaisen ympäristön oletetaan olevan muistisairaalle hyväksi. Lisäksi hoitokotien henkilökunnan tai henkilöiden jotka asuinympäristön vaikutusta tarkkailevat, olisi saatava yhtenäistä tietoa siitä, miten käytöstä on tarkoitus arvoida. Tutkimusta pitäisi tehdä pitkältä ajalta, ja sen vuoksi voisi olla hankala saada työntekijöitä sitoutettua arviointiin. Henkilökunta resursseja olisi varmasti monessa paikassa lisättävä tai sitten havaintoja tekevät ihmiset olisivat

erikseen ja he voisivat kerätä tietoa myös haastattelemalla hoitajia silloin tällöin, jolloin hoitajien ei tarvitsisi säännöllisesti kirjata havaintojaan ylös.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön teko on ollut mielenkiintoinen projekti ja olen tyytyväinen valitsemaani aiheeseen, koska aihe kiinnostaa minua ja on näin ollen auttanut myös motivoitumisessa työn tekemiseen. Syyskuun lopussa 2013 aloin ideoida kyselylomaketta ja heti sen valmistuttua aloitin aineistonkeruun. Vastausten saaminen osoittautui melko vaikeaksi ja sähköpostien lähettely yksiköihin vei paljon aikaa. Loppuvuodesta aloin etsiä myös teoria tietoa ja kirjoittaa sitä raporttiin. Marras-joulukuussa 2013 opinnäytetyön tekemiseen kului arviolta 10-15 tuntia joka viikko. Kun olin saanut vastaukset kerättyä tammikuussa 2014, aloin analysoida niitä ja kirjoittaa raporttia loppuun, myös tammi-maaliskuun ajan aikaa opinnäytetyön tekemiseen kului viikoittain keskimäärin ainakin 10-15 tuntia. Vaikka en olekaan tarkkoja tuntimääriä merkinnyt ylös, uskon että 270 työtuntia ei ole kaukana.

Tutkimusta tehdessäni olen oppinut paljon niin itse tutkimuksesta kuin myös muistisairaahan hoitoympäristöstä. Kokisin, että oman ammatillisen kehittymiseni ja mahdollisen tulevaisuuden haaveeni, hoitokodin suunnittelun kannalta olen saanut uutta tietoa. Toki nyt jälkeenpäin ajateltuna olisin tehnyt joitakin asioita ja kysymyksiä toisin, mutta se on melkein selvä asia koska minulla ei ole aiempaa kokemusta tutkimuksen tekemisestä tai kyselyiden laatimisesta.

Luotettavan tutkimuksen tekeminen vaatisi paljon enemmän aikaa, mutta myös moniammatillista osaamista. Minulla ei vielä tällä kokemuksella ja koulutuksella olisi mahdollista olla tekemässä ns. luotettavaa ja virallista tutkimusta, ainakaan yksin. Tutkimusmetodeista ja yleensäkin tutkimustoiminnasta olisi saatava lisätietoa. Kuten jo jatkotutkimusaiheita käsittelevässä luvussa totesin, muistisairaahan hoitoympäristöstä olisi tehtävä lisää tutkimusta ja saatava tietoa, mutta asian tutkiminen ei ole yksinkertaista.

Opinnäytetyötä tehdessäni olen alkanut pohtia yrityksen perustamista hoitoympäristön suunnittelun lisäksi myös muuten, ja olen alkanut ottaa selvää kaikesta hoitokodin perustamiseen liittyvästä kuten määräyksistä ym. Opinnäytetyön teko on siis vahvistanut mielenkiintoani yrittäjyyttä kohtaan. Näin ainakin vaikuttaisi, että opinnäytetyöstäni on ollut hyötyä vaikkei se ollutkaan mikään suoraan työelämästä tullut aihe vaan oma keksimäni. Laajemmassa mittakaavassa tästä opinnäytetyöstä ei varmaankaan ammattialleni ole suurta hyötyä, mutta ainakin minulle itselleni. Lähetän tämän opinnäytetyöni niihin yksiköihin, jotka kyselyyn ovat vastanneet, he voivat ehkä saada jotain ideoita hoitoympäristön suunnitteluun liittyen. Hyötyä voi koitua työllistävällä vaikutuksella siinä vaiheessa jos hoitokodin perustamis haaveesta joskus tulee totta.

Opinnäytetyön teko on vahvistanut myös mielenkiintoani tutkimus- ja kehittämistoimintaa kohtaan, jota olen myös miettinyt mahdollisena työnkuvanani ainakin osaltaan. Jatkokoulutus esimerkiksi terveystieteiden maisteriksi on ollut mielestäni yrittäjyyden ohella. Kaiken kaikkiaan olen tyytyväinen opinnäytetyöhöni ja ylpeä tekemästäni työstä.

LÄHTEET

- Aaltola, Juhani & Valli, Raine 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2. 2. korjattu ja täydennetty painos. Jyväskylä: Ps-kustannus
- Ahoranta, Pia & Virolainen, Arja 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Atula, Sari 2012. Lewyn kappale –tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.11.2013. Saatavilla http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105. Tuloste tekijän hallussa.
- Atula, Sari 2012. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 12.11.2013. Saatavilla http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106. Tuloste tekijän hallussa.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Erkinjuntti, Timo; Huhtamäki-Kuoppala, Minna; Jolkkonen, Juha; Kontturi, Jaakko; Lupsakko, Taina; Malmivaara, Antti; Olkkonen-Nikula, Anu; Palomäki, Heikki; Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa; Soininen, Hilka; Strandberg, Timo; Suhonen, Jaana & Virnes, Eevaliisa. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Viitattu 29.10.2013. Saatavilla http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf. Tuloste tekijän hallussa.
- Erkinjuntti, Timo; Alhainen, Kari; Rinne, Juha & Huovinen, Maarit 2004. Muistihäiriöt. Helsinki : Kustannus Oy Duodecim.
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää –muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. Porvoo WSOY.
- Heikkilä, Katariina & Kirveenummi, Anna 2009. Vanhusten hoiva ja huolenpito tulevaisuudessa -näkökulmia Loimaan seudulla järjestetyn tulevaisuusverstaan pohjalta. TUTUe-julkaisu. Tulevaisuuden tutkimuskeskus, Turun kauppakorkeakoulu. Viitattu 15.11.2013. Saatavilla https://www.utu.fi/fi/yksikot/ffrc/julkaisut/e-tutu/Documents/eTutu_2009-4.pdf. Tuloste tekijä hallussa.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi (toim.) 1997. Dementoituvaa hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen Päivi (toim.) 1998, Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Hervonen, Antti & Lääperi, Pirjo 2001. Muisti pettää -jättääkö järki. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Juva, Kati 2011. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.11.2013. Saatavilla http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699&p_haku=alzheimerin+tauti. Tuloste tekijän hallussa.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen- Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

- Kivelä, Sirkka-Liisa. Kohtaavatko suositukset, tiedot ja käytännöt vanhustenhoi-
dossa nyt ja tulevaisuudessa?. Turun yliopisto. Viitattu 15.11.
2013.Saatavilla
http://www.tredea.fi/@Bin/142353/TAMPERE_17+3+11_pp-esitys+Sirkka-Liisa+Kivel%C3%A4.pdf. Tuloste tekijän hallussa
- Knopman D., Ritchie K., Polge K. ym.. Alzheimers disease. Kirjassa Evidence-
based dementia practice. Blackwell publishing Oxford 2002.
- Koskiahho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. Tampere: Vasta-
paino.
- Kotilainen, Helinä 2003. Dementian erityispiirteet tulisi huomioida asumisympä-
ristöä suunniteltaessa. Sairaala 8/2003 s. 35-37.
- Kotilainen, Helinä 2004. Hukassa ympäristössä. Suomen lääkärilehti 25-
26/2004 (59) s. 2622-2623.
- Kotilainen, Helinä; Virkola, Carita; Eloniemi-Sulkava, Ulla & Topo, Päivi 2007.
Dementiakoti- koti hyvää elämää varten . Helsinki: Suomen demen-
tiahoitoyhdistys ry.
- Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 1999. Hoitotieteen perusteet. Porvoo: Werner
Söderström osakeyhtiö.
- Liukkonen, Arja 1990. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun
yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Mooney P. and Nicell CHE. 1992. The importance of exterior environment for
Alzheimers residents: Effective care and risk management. Health
Care Forum 5 (2):23-29.
- Parjanne, Marja Liisa 2004. Väestön ikärakenteen muutoksen vaikutukset ja
niihin varautuminen eri hallinnonaloilla. Sosiaali- ja terveysministe-
riön selvityksiä 2004:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Vii-
tattu 15.11.2013. Saatavilla
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4075.pdf. Tuloste tekijä hallussa.
- Pirttilä, Tuula 2006. Dementia- muistihäiriöistä ja dementiasta –missä men-
nään?. Erikoislääkäri-lehti 2/2006 (16) s. 73-76.
- Pohto-Kapiainen, Paula 1997. Ajatukseni ovat maailmani rajat. Gerontologian ja
kansanterveyden pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Pro
gradu-tutkielma.
- Regnier, Victor 2002. Design for Assisted Living. Guidelines for housing the
Physically and Mentally Frail. John Wiley & Sons, New York.
- Sulkava, Raimo 2006. Dementia- muistisairauksien taloudelliset vaikutukset.
Erikoislääkäri-lehti 5/2006 (16) s. 217-220.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.
Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Wijk, Helle; Berg, Stig; Sivik, Lars & Steen, Bertil 1999. Colour Discrimination,
Colour Naming and Colour Prefereces among Individuals with Alz-
heimers Disease. International journal of Geriatric Psychiatry
14/1999, 1000-1005.
- Virkola Elisa, Dementikodin asukkaiden toimijuus ryhmätoimintatilanteissa. Ge-
rontologia 3/2009.
- YliViikari, Anja; Lilja, Taina; Heikkilä Katariina; Kirveennummi Anna; Kivinen
Tapani; Partanen, Ulla; Rantamäki- Lahtinen, Leena & Soini, Katrii-
na (2009) Green Care – terveyttä ja hyvinvointia maatilalta. Maa- ja

elintarviketalous 141. Jokioinen: Maa- ja elintarviketalouden tutkimuskeskus. Viitattu 16.11.2013. Saatavilla <http://www.mtt.fi/met/pdf/met141.pdf>. Tuloste tekijän hallussa.

LIITE 1: Sähköpostiviesti tutkimukseen pyydetyille yksiköille

Hei!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Diakonia ammattikorkeakoulun Porin toimipaikassa. Olen nyt teke-
mässä opinnäytetyötä, jonka aihe on muistisairaahan hyvä hoitoympäristö. Siihen liittyen teen
kyselytutkimuksen, johon vastataan sähköisellä Wepropol-kyselyllä. Olen etsinyt kyselytutki-
muksen kohteiksi hoitokoteja, jotka on suunniteltu nimenomaan muistisairaille asukkaille. Kyse-
lyssä ei tarvitse ilmoittaa, kuka on vastannut kyselyyn ja opinnäytetyön raportissani mainitaan
vain kyselyyn osallistuneet yksiköt, mutta tulosten raportoinnissa ei mainita mistä yksiköstä
mikäkin vastaus on tullut.

Olisitteko siis valmiita vastamaan tuohon kyselyyn, johon menee aikaa n. 15-20 min. Jos halu-
atte vastata, niin vastamaalla tähän viestiin saatte viestin, jossa on linkki kyselyyn. Ilmoittakaa
myös, jos yksikkönne vaatii tällaisessa tapauksessa tutkimusluvan, niin lähetän sitten myös
koulumme mallilla tehdyn lupapaperin. Vastausaikaa kyselyyn on tammikuun loppuun asti. Kii-
tos vastaajille jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin. Jenni Kyllönen puh.

LIITE 2: Webropol-kyselyn saateviesti

Hyvä vastaanottaja!

Tämän viestin alanurkassa olevaa linkkiä klikkaamalla pääset vastaamaan kyselyyn, jonka aiheena on muistisairaana hyvä hoitoympäristö. Kysely on osa opinnäytetyötäni, joka kuuluu sairaanhoitajan opintoihini Diakonia ammattikorkeakoulussa. Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa sitä, millaiset tilaratkaisut ovat toimivia muistisairaiden hoitoyksiköissä. Idea opinnäytetyöhöni on peräisin mielenkiinnosta vanhustyötä kohtaan ja haaveesta perustaa joskus oma hoitokoti.

Kyselyyn vastamiseen menee aikaa n. 15-20 minuuttia ja vastausaikaa on 10.1.2014 asti. Jos Teillä on mahdollisuus vastata kyselyyn, niin olisin siitä hyvin kiitollinen. Näin saisin opinnäytetyötäni varten tietoa siitä, millaisia ratkaisuja käytännössä on toteutettu ja miten ne ovat toimineet. Kyselyssä ei ole erikseen pakollisia kysymyksiä, vaan vastauksia toivotaan kaikkiin kysymyksiin. Kaikissa kysymyksissä voitte valita useamman vastaus vaihtoehdon. Voitte myös täyttää kyselyn useammassa osassa, vastaukset tallentuvat kun painat lähetä-palkkia kyselyn lopussa.

Ystävällisin terveisin Jenni Kyllönen, sairaanhoitaja-opiskelija Diakonia ammattikorkeakoulu.

LIITE 3: Webropol-kysely

Muistisairaahan hyvä hoitoympäristö

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa muistisairaiden hoitoyksiköiden tilaratkaisuja. Kysely on osa Diakonia-ammattikorkeakoulussa tekemääni opinnäytetyötä. Kysymyksiä ei ole erikseen luokiteltu pakollisiksi/vapaaehtoisiksi, vaan vastauksia toivotaan kaikkiin kysymyksiin. Kaikissa kysymyksissä voitte valita useamman vastaus vaihtoehdon. Kiitos ajastanne!

Ystävällisin terveisin Jenni Kyllönen, sairaanhoitaja-opiskelija Diakonia-amk.

1. Kuinka monta asukasta yksikössä on?

2. Mikä on yksikönne pinta-ala noin suunnilleen? (m²)

3. Kuinka monta asukas-huonetta yksikössä on?

4. Ovatko asukas-huoneet

- yhden hengen
- kahden hengen
- useamman hengen

5. Jos asukas-huoneet ovat kahden tai useamman hengen huoneita, niin onko sillä ollut jotain seuraavista vaikutuksista;

- asukkaat ovat tunteneet olonsa turvallisemmaksi ja ovat vähemmän levottomia
- toistuvia konflikteja huonetovereiden kesken
- molempia, mutta enimmäkseen hyvä ratkaisu
- molempia, mutta enimmäkseen huono ratkaisu
- ei ole ollut mitään näistä vaikutuksista

6. Onko kahden hengen huoneissa molemmille selkeä oma alue/puoli?

kyllä

ei

7. Miten asukkaiden huoneet on merkitty?

nimi ovessa

numero ovessa

oma tavara huoneen ovella

oma kuva huoneen ovessa

muuten

8. Mitä värejä huoneiden seinäpinnoissa on käytetty?

9. Mitä värejä muualla hoitoyksikössä on käytetty seinäpinnoissa?

10. Onko jokin väri aiheuttanut pelkoa tai levottomuutta?

11. Onko jossain seinäpinnoissa käytetty kuvioita sisältäviä esim. tapetteja, millaisia reaktioita ne ovat herättäneet?

kiinnostus

ihastelu

pelko

14. Valmistetaanko hoitoyksikössänne ruoka paikanpäällä?

kyllä

ei

15. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin vastaa myös kysymyksiin 15-18. Onko keittiö tupakeittiö tai ns. avoin keittiö?

kyllä

ei

16. Onko keittiö sijoitettu niin, että se on keskeisellä paikalla yksikössä, jolloin ruoan tuoksu, astioiden kilinä ym. kantautuu hyvin asukkaiden tiloihin?

kyllä

ei

17. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen kyllä, niin onko tuo ratkaisu aiheuttanut jotakin seuraavista?

asukkaat ovat tunteneet olonsa kotoisammaksi

asukkaat tietävät helpommin, milloin on ruoka-aika

asukkaat seuraavat mielellään keittiön touhuja

asukkaat tulevat levottomiksi

keittiön sijainti on aiheuttanut vaaratilanteita

18. Jos asukkailla on mahdollisuus osallistua keittiön töihin tai jos hoitoyksikössänne järjestetään esim. leivontaa, niin miten se on käytännössä toteutettu? Onko asukkailla esim. oma puoli keittiössä, oma tiski tai pöytä jossa he voivat touhuilla?

19. Millainen henkilökunnan tauko- ja/tai työtila on, onko se näköyhteydessä asukkaiden tiloihin, esim. ikkunan kautta?

20. Jos taukotilasta on näköyhteys asukkaiden puolelle, niin onko sillä ollut jotakin seuraavista vaikutuksista?

- helpottaa työtä, kun pystyy seuraamaan asukkaita
- asukkaat ovat rauhallisempia kun näkevät henkilökunnan myös heidän ollessa tauolla
- asukkaat ovat aina tulossa taukotilaan, kun näkevät henkilökunnan olevan siellä
- asukkaiden kanssa on syntynyt erimielisyyksiä, kun he eivät ole päässeet taukotilaan
- sekä huonoja, että hyviä puolia mutta enimmäkseen hyvä ratkaisu
- sekä huonoja, että hyviä puolia, mutta enimmäkseen huono ratkaisu

21. Onko hoitoyksikössänne pitkiä käytäviä ja aiheuttavatko ne vaeltelua?

- Ei ole pitkiä käytäviä
- On pitkiä käytäviä, ei aiheuta liiaksi vaeltelua
- On pitkiä käytäviä ja aiheuttaa paljon vaeltelua

22. Onko hoitoyksikkönne ulko-ovi selvästi erottuva tai onko sitä verhoiltu jotenkin?

- ulko-ovi on selvästi erottuva ja asukkaat ovat usein ovella pyrkimässä uloa
- ulko-ovi on selvästi erottuva, mutta asukkaat eivät juurikaan välitä siitä
- ulko-ovi on huomaamaton, mutta asukkaat tuntevat olevan hukassa kun eivät löydä ulko-ovea
- ulko-ovi on huomaamaton ja se on hyvä ratkaisu
- ulko-ovea ei ole, vaan hoitoyksiköstä poistutaan hissillä

23. Jos hoitoyksikössänne on hissi, niin miten siihen kulkua on rajoitettu ja aiheuttaako hissi vaaratilanteita/erimielisyyksiä potilaiden kanssa kun he eivät pääsekään hissiin?

24. Millaisia oleskelu- ja harrastustiloja yksikössä on?

25. Onko oleskelu- ja harrastustiloista ollut mitään negatiivista vaikutusta? Tai tuleeko mieleenne jotain miten niitä voisi kehittää?

26. Oletteko huomanneet, että hyvällä valaistuksella olisi positiivista vaikutusta asukkaiden elämään, esimerkiksi niin, ettei pääse syntymään varjoja tai pimeitä nurkkia joita asukkaat pelkäävät?

- kyllä, hoitoyksikössä on hyvä valaistus eikä pimeitä nurkkia juurikaan ole
- en ole huomannut, että asukkaat pelkäisivät varjoja tai pimeitä nurkkia

27. Onko hoitoyksikössä käytössä oma piha-alue ja onko se aidattu?

- kyllä on piha-alue, ei ole aidattu
- ei ole piha-aluetta
- kyllä on piha-alue, joka on aidattu

28. Onko piha-alueella jotakin näistä ja miten tärkeäksi koette ne asukkaiden kannalta? Tarvitessa voitte valita useamman vaihtoehdon.

	erittäin tärkeä	melko tärkeä	ei tärkeä	aiheuttaa vaarallanteita	ei ole käytössä tässä yksikössä
keinu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruokailu/kahvittelu mahdollisuus ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
istutukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laatoitetut kulkureitit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mahdollisuus ulkoilla omalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pihalla myös talvella

lasitettu terassi

29. Onko wc-tiloihin pääsyä mahdollista rajoittaa tai onko sellaiselle yleensäkin tarvetta?

ei ole mahdollista rajoittaa

on mahdollista rajoittaa, mutta sille ei ole tarvetta

on mahdollista rajoittaa, ja on tarvetta jos asukkaalla jää hanat päälle tai wc-pyttyyn joutuu sinne kuulumattomia tavaroita tms..

ei ole mahdollista rajoittaa, mutta edellä mainituissa tilanteissa sille olisi tarvetta

30. Käytetäänkö hoitoyksikössä muistilappuja asukkaille, esim. muista pestä kädet yms.. Ja onko niillä ollut jotain seuraavista vaikutuksista? Tarvittaessa voit valita useamman vaihtoehdon.

kyllä käytetään, ne ovat helpottaneet asukkaiden toimintaa

kyllä käytetään, mutta niillä ei ole ollut mitään vaikutusta

kyllä käytetään, mutta ne aiheuttavat hämmennystä asukkaissa

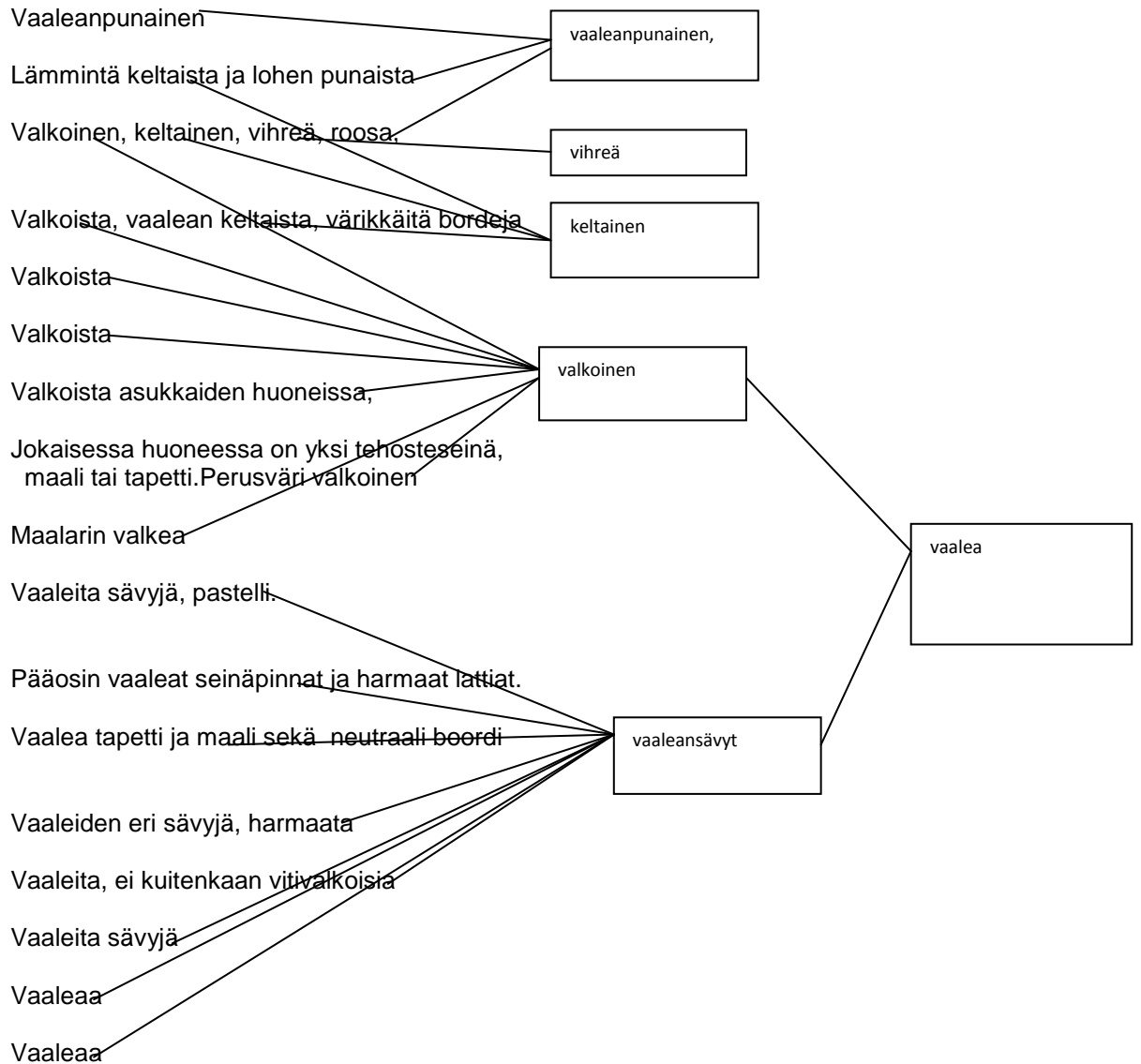
ei käytetä, koska on havaittu, että niistä ei ole ollut hyötyä

ei käytetä

31. Tuleeko mieleenne vielä jotain hoitoyksikön suunnitteluun liittyvää, jota voisi kehittää?

LIITE 4: Sisällönanalyysi

8. Mitä värejä huoneiden seinäpinnoissa on käytetty?



18. Jos asukkailla on mahdollisuus osallistua keittiön töihin tai jos hoitoyksikössä järjestetään esim. leivontaa, niin miten se on käytännössä toteutettu? Onko asukkailla esim. oma puoli keittiössä, oma tiski tai pöytä jossa he voivat touhuilla?

