

Sureer Hussein, Pirjo Mäntysaari ja Marjaana Vöckler

Muistisairaahan toimintakykyä tukeva hoitoympäristö

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

16.4.2015

Tekijät Otsikko	Sureer Hussein, Pirjo Mäntysaari ja Marjaana Vöckler Muistisairaahan toimintakykyä tukeva hoitoympäristö
Sivumäärä Aika	27 sivua + 4 liitettä 16.4.2015
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja	Lehtori Marja Salmela
<p>Kirjallisuuskatsauksen avulla oli tarkoitus saada näkökulmia siihen, miten muistisairasta voidaan tukea hänen hoitoympäristössään. Opinnäytetyö liittyy Metropolia Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan koulutusohjelmaan. Pyrimme opinnäytetyössämme kuvaamaan ne osa-alueet, jotka hoitoympäristössä oleellisesti vaikuttivat muistisairaahan toimintakykyyn. Ympäristön rajasimme käsittelemään kotia ja ympärivuorokautista hoitoympäristöä.</p> <p>Opinnäytetyömme taustalla on tulevaisuuden haaste väestön nopeasta ikääntymisestä. Tavoitteemme oli, että opinnäytetyön tuloksia voitaisiin hyödyntää niin valmistuvien hoitajien näkemysten vahvistamisessa, samoin kuin jo vuosia muistisairaiden parissa toimineiden hoitajien kyvyssä löytää uusia keinoja tukea muistisairaita selviytymään omassa arjessaan. Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset olivat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Millainen hoitoympäristö tukee muistisairaahan toimintakykyä? 2) Millainen hoitajan toiminta tukee muistisairaahan toimintakykyä? <p>Aineiston keruun aloitimme kesällä 2014 ja opinnäytetyön aineistona toimivat aihepiirimme kannalta keskeiset muistisairaahan toimintakykyyn ja hänen hoitoympäristöönsä liittyvät tutkimusartikkelit. Lopulliseen tutkimusaineistoon valittiin yhdeksän luotettavaa tieteellistä tutkimusartikkelia, yksi kandidaattityö ja yksi pro gradu - tutkielma. Aineisto haut rajattiin vuosille 2006–2014. Aineisto analysoitiin Induktiivisen sisällönanalyysin perusteiden.</p> <p>Tämän työn tulosten perusteella voidaan todeta että toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä luodessa muistisairaalle henkilölle, tulee ottaa huomioon kaikki elämisen toimintojen lähtökohdat. Toimintaympäristön rakentaminen turvalliseksi ja motivoivaksi vaatii moniammatillista osaamista ja selkeitä tilaratkaisuja. Esteettisyys ja esteettömyys, sekä selkeys ympäristössä helpottavat hahmottamista. Ympäristön tulisi johtaa muistisairasta itsenäiseen toimintaan. Jotta toimintakykyä voitaisiin tukea ja sen tuomia haasteita havaita on jatkuva arviointi ja seuraaminen ovat tärkeitä muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitävässä toiminnassa. Yleinen hyvinvointi tukitoimien myötä näyttäytyy henkilön kiinnostuksena ympäristöönsä.</p>	
Avainsanat	muistisairaus, dementia, toimintakyky, hoitoympäristö, kotihoito ympäristön muokkaus

Authors Title Number of Pages Date	Sureer Hussein, Pirjo Mäntysaari and Marjaana Vöckler Caring environment, that supports the persons with memory disorder – a literature review 27 pages + 4 appendices April 16, 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Specialisation option	Health care and Nursing
Instructor	Marja Salmela, Principal Lecturer
<p>The purpose of this study was to describe the evidence-based in care environment that supports the person with memory disorder, and the ability to function in it. This literature review was to provide a perspective on, how to support the patients with memory disorder in their caring environment. This study is linked with the Metropolia University of Applied nurse training program. The study is a part of the primary health care-related theses. Our aim in this study was to describe the parts of the areas that substantially are affected by the performance of the person with memory disorder in their caring environment, which we outlined to deal home and a round-the clock caring environment.</p> <p>In the background of this study is the future challenge of rapidly ageing population. Our goal was that the results of this study, could be used as strengthening and guidance for graduating nurses` views, as for nurses` with years of experience among dementia patients. The questions of this study were:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) What kind of care environment supports the patient with memory disorder, in their ability to function? 2) What kind of nurse`s activity supports the patients with memory disorder? <p>This literature review was conducted by using inductive content analysis. We started to collect the data in the summer of 2014. For the final data we selected nine reliable care and research articles, one bachelor work and one master`s thesis.</p> <p>The results of this study suggest that when creating the care environment that supports the patient with memory disorder, must consider all the starting points in living activities. Creating the operational environment that is safe and motivating requires multi-disciplinary expertise and clear space solutions. Aesthetics and accessibility, as well as the clarity of the environment ease the visualization. The environment should lead the patients to independent activity. In order to support the capacity and the challenges of detecting a continuous evaluation and monitoring are important in patients` capacity to maintain functioning. General well-being of assistance appears to be a person of interest in their surroundings.</p>	
Keywords	memory disorder, dementia, ability to function, caring environment, environmental molding, home care

Sisältö

1	Johdanto	1
1.1	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	2
2	Muistisairaus ja dementia	2
2.1	Muutokset muistisairaana käyttäytymisessä	4
2.2	Muistisairaana käytösoireiden hoitotoimenpiteitä	4
3	Toimintakyky	6
4	Hoitoympäristö	8
4.1	Koti muistisairaana hoitoympäristönä	10
4.2	Pitkäaikaislaitoshoito	11
5	Kirjallisuuskatsaus	14
6	Sisällönanalyysi	16
7	Tulokset	18
8	Pohdinta	19
8.1	Työn eettisyys ja luotettavuus	20
9	Yhteenveto	22

Liitteet

Liite 1. Aineiston tiedonkeruu taulukko

Liite 2. Analyysikehys

Liite 3. Analyysirunko

Liite 4. Analyysitulokset

1 Johdanto

Tämä opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka avulla on tarkoitus saada näkökulmia siihen, kuinka voidaan tukea muistisairasta hänen hoitoympäristössään. Opinnäytetyö liittyy Metropolia Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajan koulutusohjelmaan. Opinnäytetyö on osa perusterveydenhuoltoon liittyviä opinnäytetöitä.

Vuonna 2008 Euroopan parlamentin kommentissa tuotiin esille muistisairauksien suuri merkitys kansanterveydelle ja -taloudelle. Yhtenä työvälteenä mainittiin kansallinen muistiohjelma. Palvelutarpeiden kasvuun vaikuttaminen edellyttää tekoja, joilla muun muassa myötävaikutetaan aivoterveysten, muistisairauksien ennaltaehkäisyä ja muistioireiden aikaista tunnistamista. Lisäksi oikein ajoitetun hoidon, kuntoutuksen ja muiden tukien järjestäminen, niiden turvaaminen ja seuranta edellyttää tekoja. Myös hoito- ja palveluketjun katkeamattomuuteen tulee vaikuttaa. (Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020. 2012: 2.)

Merja Hallikaisen mukaan muistisairautta esiintyy noin 7000–10 000 työikäisistä henkilöistä, näin ollen muistisairaus ei koske ainoastaan iäkkäitä (Hallikainen – Mönkäre – Nukari – Förder 2014: 14). Sosiaali- ja terveystalouden piirissä on runsaasti etenevää muistisairautta sairastavia henkilöitä. Ympäri- ja ympärivuorokautisen hoivan asiakkaina heistä on kolme neljäsosaa, joka kattaa kaiken kaikkiaan 80 prosenttia kaikista ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevista asiakkaista. Ympäri- ja ympärivuorokautisesta hoidosta ja huolenpidon tarpeesta aiheutuu suurin osa kustannuksista. Ympäri- ja ympärivuorokautisen hoidon kustannukset vuonna 2010 olivat keskimäärin 46 000 euroa yhtä henkilöä kohti. (Kansallinen muistiohjelma. 2012–2020. 2012: 7.) Yhden vanhuksen laitoshoidosta vuonna 2010 aiheutui Kuusikko-kunnille (Helsinki, Espoo, Vantaa, Turku, Tampere, Oulu) 148 – 295 euron vuorokausi kustannukset, mikä tekee 54 020–107 675 euroa vuodessa (Ympäristöministeriö 2013: 17). Vastaavasti kotihoidossa kustannukset olivat keskimäärin 19 000 euroa (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. 2012: 7). Sosiaali- ja terveysministeriön esitteessä mainitaan, että 90 prosenttia yli 75-vuotiaista asui kotonaan vuonna 2012 (Sosiaali- ja terveysministeriö, Esitteitä 2014: 18).

Ympäristöministeriö mainitsee valtioneuvoston periaatepäätöksessä, että jos palveluasumisen kustannukset nykyään kunnille ovat 50 000 euroa vuodessa henkeä kohti,

niin vuonna 2030 nykytilanteen jatkuessa palveluasumisen kustannukset ovat 20 000 henkilöltä yli 1 miljardin euron (Ympäristöministeriö 2013: 17). Kustannusten säästämiseksi on ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä lykättävä. Se edellyttää järjestelmällisiä tekoja niin ennaltaehkäisyyn, aikaisen havainnoinnin, kuin kotona asumisen kannustamiseksi (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. 2012: 7.)

1.1 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muistisairaahan toimintakykyä tukevaa hoitoympäristöä. Ihmisten vanhetessa, niin toimintakyvyn vaje kuin muistisairaus alkavat näkyä yhteiskunnassamme mitä suurimmilta osilta. Näin ollen tarvitaan keinoja ennaltaehkäistä toimintakyvyn vajeita tulevaisuutta silmälläpitäen. Tavoitteena on hyödyntää tutkimustuloksia, hoitajien näkemyksen vahvistamiseksi. Tutkimuskysymykset nousevat opinnäytetyön aiheesta itsestään. Opinnäytetyössämme haemme vastausta kysymyksiin:

- 1) Millainen hoitoympäristö tukee muistisairaahan toimintakykyä?
- 2) Millainen hoitajan toiminta tukee muistisairaahan toimintakykyä?

2 Muistisairaus ja dementia

Suomessa sairastuu vuosittain johonkin dementoivaan sairauteen yli 13 000 henkilöä, mikä on noin 36 henkeä päivässä. Arviolta 95 000 henkilöä sairasti vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta ja 30 000 - 50 000 lievää. Arviolta 130 000 henkilöä sairastaa vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta. Muistisairaudet siis yleistyvät nopeasti. (Kansallinen muistiohjelma. 2012–2020. 2012: 7.) WHO:n (1999) mukaan vuoteen 2020 mennessä maailman väestön kesti-ikä on 60 vuotta tai sitä enemmän, ja määrän odotetaan nousevan miljardiin. Keski-ikä ylittäneistä yli 700 miljoonaa on kehitysmaissa. (Ostwald – Dyer 2011: 48.) Tilastokeskus taas on ennustanut, että vuonna 2030 väestöstä 25,6 prosenttia eli 1 496 000 henkeä on yli 65 vuotta täyttäneitä ja 226 000 eli 3,9 prosenttia on yli 85 vuotta (Ympäristöministeriö 2013: 2).

Aivoja rappeuttavia sekä toimintakykyä laajasti heikentäviä sairauksia kutsutaan eteneviksi muistisairauksiksi. Muistisairaudet ovat kansantauti, joita ilmenee eniten vanhemmalla iällä. Etenevät muistisairaudet johtavat useimmiten muistin ja kognitiiviseen heikentymiseen. (Muistiliitto 2013; Hallikainen ym. 2014: 14.) Dementia ei ole sairaus vaan oireyhtymä, joka voi olla pysyvä, ohimenevä tai etenevä. Väestön ikääntyessä muistisairaiden henkilöiden määrä lisääntyy, joten ennaltaehkäisyyn, hyvään hoitoon ja kuntoutukseen tulee kiinnittää huomiota. (Erkinjuntti – Alhainen – Rinne 2004: 44; Muistiliitto 2013.)

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus, joka johtaa etenevään dementiaan. Taudille tyypillisiä aivomuutoksia on arvioitu olevan 75 prosentilla kaikista etenevää muistisairautta sairastavista ihmisistä. Toiseksi yleisempiä demenciasairauksia ovat verisuoniperäiset, eli vaskulaariset demenciat. Muistisairauksien diagnosoinnissa on tärkeää muistaa myös vaskulaarisen demencian mahdollisuus, sillä iso osa aivoverenkiertosairauden aiheuttamista kognitiivisista oireista voi jäädä toteamatta, jos huomio kiinnitetään aivoverenkiertosairauksissa vain Alzheimer – tyyppiseen dementiaan. (Erkinjuntti ym. 2004: 49; Erkinjuntti – Pirttilä 2010: 143.) Sangan yleinen muistisairaus iäkkäillä on myös verenkiertosairauden ja Alzheimerin taudin yhdistelmä. Muut rappeuttavat aivosairaudet, jotka liittyvät dementiaan ovat Lewyn kappale -dementia, otsalohko rappeutumaiset ja Parkinsonin tauti. Keskivaikeista ja vaikeista demencioista 65–75 prosentin osuus johtuu Alzheimerin taudista, ja se on myös osatekijänä erimerkiksi aivohalvauksen jälkeisessä demenciassa ja suurelta osin myös Lewyn kappale -dementiatapauksissa. (Hallikainen ym. 2014: 14; Erkinjuntti ym. 2004: 49, 75.)

Ihminen kykenee edistämään muistiaan terveellisillä elämäntavoilla. Ravinnon hyvä laatu, säännöllinen liikunta ja riittävä unen saanti vaikuttavat positiivisesti muistiin. Motivaatio ja aktiviteetit sekä positiivinen asenne ja mieliala tukevat terveellisten elämäntapojen ohella muistia edistävästi. Heikentävästi muistiin vaikuttavat muun muassa passiivisuus, motivaation puute, liikkumattomuus, syömättömyys, negatiivinen asenne, masennus, väsymys sekä unettomuus. (Hartikainen – Lönnroos 2008: 329.)

2.1 Muutokset muistisairaahan käyttäytymisessä

Muistisairauksien oireet ilmenevät uuden oppimisen ja asioiden mieleen palauttamisen vaikeutumisen aiempaan verrattuna. Häiriöitä voi ilmetä myös kielellisissä ilmaisuissa, tahdonalaisissa liikkeissä, kokonaisuuksien jäsentämisissä sekä abstraktisessa ajattelussa. Muistisairaus vaikuttaa näönvaraiseen hahmottamiseen ja toiminnanohjaukseen, joten ihmisen omatoimisuus heikkenee. (Erkinjuntti ym. 2004: 45–46; Hallikainen ym. 2014: 45.) Muistisairauden edetessä kyky hallita ja työstää omia tunteita heikkenee. Seurauksena voi olla ajatusten ja mielen kaoottisuutta, joka ilmenee poikkeavana käytöksenä. Omien kokemusten, todellisuuden ja tapahtuneiden asioiden vertailukyky heikkenee, joista yleisesti seuraa harhat ja väärinymmärrykset. Muistin heikkeneminen aiheuttaa sairastuneessa muun muassa mielialan vaihtelua, pelokkuutta, ahdistusta ja masennusta, joka aiheutuu sisäisistä ja ulkoisista tekijöistä. Myös väärinkäsitykset sosiaalisissa tilanteissa lisääntyvät. Käyttöoireet ilmenevät esimerkiksi huuteluna, levottomuutena, aggressiona sekä psykologisina oireina. (Kan – Pohjola 2012: 219.)

Tutussa ja turvallisessa ympäristössä käyttöoireet ovat lieviä ja pienimuotoisia, kuten esimerkiksi kotona. Toisaalta muistisairaalle tuttuakin ympäristö voi aiheuttaa pelkotiloja johtuen harhaluuloista, vierauden tunteesta ja desorientaatiosta. Oman merkityksensä tuovat myös ihmisten asenteet ja ympäristön tunnelma, sillä altistavana tekijänä käyttöoireille on muun muassa hoitajien epäasiallinen suhtautuminen muistisairaaseen sekä kiire. Liialliseen rauhoittavien lääkkeiden käyttöön saatetaan päätyä hankalimmissa tilanteissa, mikä taas osaltaan johtaa muistisairaahan toimintakyvyn sekä kokonaistilanteen heikkenemiseen. (Kan – Pohjola 2012: 219, 221.)

2.2 Muistisairaahan käyttöoireiden hoitotoimenpiteitä

Käypä hoito suosituksista ilmenee, että muistisairaahan käyttöoireiden ennakoina lääkkeettömänä hoitotoimenpiteenä on vastata muistisairaahan tarpeisiin ennen ongelmien ilmenemistä (Eloniemi-Sulkava 2010). Käyttöoireiden ehkäisy on muistisairaiden hoidossa ensisijainen tavoite, jota pyritään toteuttamaan lisäämällä heidän hyvinvointiaan ja tukemalla heidän toimintakykyä. Kaikkiin käyttöoireisiin ei kuitenkaan tarvitse puuttua. Toisin sanoen, mikäli oireet rasittavat muistisairasta itseään, hänen läheisiään tai muita ihmisiä, tulevat käyttöoireet hoitaa. Myös silloin, kun käyttöoireet heikentävät

asianomaisen kykyä huolehtia itsestään, estävät sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttavat uhkaa, tulee niihin puuttua. Ennakointi ja itsenäisen asumisen tukeminen ovat tärkeimmät ikääntymiseen liittyvät toimet, sillä käytösoireet ovat johtava syy kotihoidon päättymiseen. Käytösoireet kuormittavat kotihoidossa sekä omaishoitajia että hoitajia ja laitoshoidossa ne vaikuttavat häiritsevästi muiden asukkaiden elinympäristöön heikentäen asukkaiden elämänlaatua. (Kan – Pohjola 2012: 219, 222; Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2014: 18.)

Usein on mahdollista selvittää dementiaa sairastavan potilaan tarpeet, yksinkertaisesti kysymällä mitä hän tarvitsee. Monet muistisairaavat kykenevät kommunikoimaan puhumalla, eleillä, nyökkäämällä tai katsekontaktin kautta. Kysymykset, jotka edellyttävät kyllä tai ei -vastauksia, ovat parhaita. (Evans – Cotter 2008: 42.) Tutkimukset osoittavat, että ympäristön suunnittelulla on vaikutusta dementiaa sairastavien henkilöiden hyvinvoinnissa. Suunnittelussa tulee huomioida, että pitkät käytävät lisäävät asukkaiden levottomuutta ja ahdistusta, kuten myös korkea melutaso. Näiden tekijöiden ja ei-toivotun käytöksen välinen yhteys on vahvasti todistettu. Melutason vähentäminen ja pelottavien esineiden pois siirtäminen voivat vähentää häiritsevää käytöstä. Miellyttävien äänien on todettu olevan positiivisesti stimuloivia, joten musiikki tai miellyttävät aromit voivat vaikuttaa rauhoittavasti. (Marquardt – Bueter – Motzek 2014: 136, 143; Evans – Cotter 2008: 47.)

Ympäristötekijät, jotka vaikuttavat lisäävästi käytösoireiden syntyyn ja niiden muotoon ovat ihmisten vaihtuvuus, ärsykkeiden määrä, melutaso ja vuorokauden ajat. Käytösoireita esiintyy eritoten iltaisin. Käytösoireiden esiintymistä vähentää elinympäristö, joka huomioi muistisairaahan tarpeita. Omaisten ohjeistus, neuvonta, hoitohenkilökunnan osaaminen sekä hyvä somaattinen hoito ennaltaehkäisevät muistisairaahan käytösoireita. Virikkeiden tarjoaminen sopivassa määrässä sekä hoitoympäristöön tehtävät muutokset, jotka lisäävät turvallisuutta, ovat osa hyvää hoitoa. Turvallisuuden tunnetta muistisairaille tuovat kanssakäymisissä selkeys, rauhallisuus ja viestittäminen. Tilanteet, jotka johtavat käytösoireiden syntyyn, vähenevät kehittämällä hoitajien vuorovaikutustaitoja. Huomiota tulee kiinnittää myös hoitajien hyvinvointiin, jotta hyvän hoidon toteutukselle ei olisi hoitajien uupumuksesta tai henkilöstön ristiriidoista johtuvia esteitä. (Kan – Pohjola 2012: 221–222.)

3 Toimintakyky

Yhtenä ihmisen hyvinvoinnin keskeisenä osana nähdään toimintakyky. Se voidaan määrittellä joko toimintakyvyn vajeena, voimavaralähtöisesti tai jäljellä olevan toimintakyvyn tasona. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2014.) Yleisesti toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön valmiutta selvitä arjestaan omassa elinympäristössään. (Suontaka-Jamalainen 2011: 7.) Toimintakyvyn arvioinnissa tarkastellaan myös henkilön omaa arviota toimintakyvystään. Tämä on selkeästi yhteydessä hänen sairauteensa, terveyteensä, asenteisiin ja toiveisiin sekä niihin tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista päivittäisissä perustoiminnoissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2014.)

Omatoimisen liikkumisen tueksi voidaan asentaa erilaisia yksilöllisiä apuvälineitä. Toimintakykyä tukevien ja sitä helpottavien apuvälineiden valikoima on nykypäivänä laaja. Viime vuosina muistisairaana vanhuksen hoitotyötä tukevien apuvälineiden lisäksi kehittyvän ja sopivan turvateknologian määrä on lisääntynyt. Usein taustatekijöinä ovat olleet halu tarjota laadukasta hoitoa sekä henkilöstön resurssien vähyys. Turvateknologiaa apuna käyttäen voidaan esimerkiksi tukea henkilön omatoimista liikkumista, lisätä turvallisuutta toiminnoissa, tarjota tekemistä ajan kulumiseksi, sekä tarkkailla arkisista toimista selviämistä. (Elo – Saarnio – Isola 2013: 18.)

Maailman terveysjärjestö WHO on kehittänyt kansainvälisen ICF -luokituksen (International Classification of Functioning, Disability and Health) toimintarajoitteiden ja toimintakyvyn määrittämiseen. ICF: n luokituksessa on kaksi osaa. Toinen koostuu toimintakyvystä ja toimintarajoitteista jossa tarkastellaan ruumiinrakennetta sekä kehon toimintoja ja toinen kuvaa henkilön elämänpiiriin kuuluvia tilannetekijöitä, ympäristö ja yksilötekijät. Tämä auttaa hahmottamaan käsitettä toimintakyvystä ja pyrkii varmistamaan riittävän arvioinnin henkilön yksilöllisestä elämäntilanteesta, ympäristön huomioiden. Näin ollen se antaa kokonaisvaltaisen kuvan toimintakyvystä. Se mahdollistaa toimintakyvyn määrittämisen tarkasti hierarkkisesti määritettyihin pää- ja alaluokkiin. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2014; Vammaispalvelun käsikirja 2014.)

Kaiken kaikkiaan terveyteen voivat vaikuttaa monet eri tekijät, jotka ovat vanhemman ihmisen kontrollin ulkopuolella – lähinnä fyysinen, sosiaalinen ja taloudellinen ympäris-

tö, jossa kukin asuu. Huono sosiaalinen tilanne, huonot asuinolosuhteet, eristäytyminen, köyhyys ja kouluttautumattomuus todennäköisesti lisäävät toimintakyvyn heikkenemistä sekä nostavat kyvyttömyyden ja riippuvuuden riskiä. (Ostwald – Dyer 2011: 70.) Henkilön toimintakykyyn vaikuttaa kokonaisvaltaisesti hoitoympäristö, eritoten laitos. Siitä syystä pitää tarkistaa miltä osin laitospäristö soveltuu muistisairaahan hoitotyöhön, laadukkaan ja turvallisen hoidon osalta, lisäksi tulee selvittää mitkä osa-alueet kaipaavat vielä lisähuomiota. (Elo ym. 2013: 17.)

Toimintakyky voidaan jakaa neljään eri ulottuvuuteen joiden perusteella kyetään tarkastelemaan henkilön toimintakykyä. Näitä ovat fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen ja kognitiivinen toimintakyky. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2014.) Fyysinen toimintakyky tarkoittaa henkilön päivittäisistä perustoiminnoista suoriutumista, kuten liikkumisesta, pukeutumisesta, peseytymisestä, syömisestä, juomisesta, wc-käynneistä että nukkumisesta. Myös asioiden hoitaminen, omasta terveydentilasta huolehtiminen, hapenotto-kyky, tasapaino, kehonkoostumus, koordinaatio, niveltenliikkuvuus, lihaksiston voima ja kunto, liikkeiden hallinta ja kivuttomuus, sekä ravitsemustila määritellään kuuluviksi käsitteeseen fyysisestä toimintakyvystä. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006; Suontaka-Jamalainen 2011: 7; Hartikainen – Lönnroos 2008: 324 - 325.)

Psyykkinen toimintakyky yhdistyy ihmisen tyytyväisyyteen ja elämänhallintaan, psyykkiseen hyvinvointiin sekä mielenterveyteen. Persoonallisuuden, itsearvostuksen, tunteiden käsittelyn, ilmaisukykyyn, mielenterveyshäiriöiden, mielialan ja käytösoireiden, psyykkisen kestävyuden ja voimavarojen sekä selviytymissuunnitelmat ja turvallisuuden, katsotaan kaikkien kuuluvan psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006; Suontaka-Jamalainen 2011.)

Sosiaalisesta toimintakyvystä puhuttaessa tarkoitetaan usein sosiaalista käytöstä ja tavasta toimia. Tämä liittyy ajoittain fyysisiin ja psyykkisiin taitoihin, kuten asumismuotoon, itseilmaisuuksiin, kykyä kommunikointiin esimerkiksi puhelinta apuna käyttäen, mahdollisuuteen osallistua harrastuksiin ja muihin toimintoihin sekä kykyä ylläpitää sosiaalista verkkoa. Sosiaalisten suhteiden sujuvuus, osallistuminen, kyky olla ja toimia sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden kanssa, sekä suhteet ystäviin ja omaisiin määrit-

televät käsitystä sosiaalisesta toimintakyvystä. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006; Suontaka-Jamalainen 2011.)

Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan muun muassa orientaation, muistin, tarkkaavaisuuden, keskittymisen, oppimisen, hahmottamisen, tiedonkäsittelyn, toiminnanohjauksen, ongelmien ratkaisun ja puheen tuottamista sekä puheen ymmärtämisen alueita. Myös oman toimintakyvyn ja terveydentilan realistinen käsittäminen ovat tärkeä osa kognitiivista toimintakykyä. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

4 Hoitoympäristö

Florence Nightingale oli ensimmäinen hoitaja, joka dokumentoi ympäristön vaikutukset potilaaseen. Nightingale ymmärsi, että ympäristön värillä, melulla ja valolla sekä hoitajien läsnäololla on huomattava merkitys terveyden edistämiseen. Lisäksi hän myös kirjoitti ilmastoinnista, puhtaanapidosta sekä tulehdusten ilmenemisistä. Nightingalella oli ainutlaatuinen kyky ymmärtää ympäristö tekijöiden vaikutukset potilaan kykyyn parantua. (The Legacy of Florence Nightingale's Environmental Theory 2014. Summery.) Rakennuksen tilaa koskevat ratkaisut ovat ensiaskel hoitoympäristön suunnittelussa. Prosessi pitää sisällään valinnat aulan koosta ja muodosta, yleistiloista sekä asukashuoneiden jaottelusta. Lisäksi ovien ja uloskäyntien vähäinen määrä ovat kannustavia suunnitteluominaisuuksia. (Marquardt ym. 2014: 136.) Muistisairaalle suunniteltu fyysinen hoitoympäristö vaatii huolellista paneutumista dementoituneen ihmisen tarpeisiin ja erityispiirteisiin sekä yritystä paremmin eläytyä hänen kokemusmaailmaan. Fyysisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, josta hoitoyksikkö muodostuu. Näitä ovat muun muassa huonekalut, esineet, katto, lattia, seinät ja pihapiiri. Kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat muistisairaahan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. (Juva – Vuotilainen – Huusko – Eloniemi-Sulkava 2010: 526.)

Tutkimukset fyysisen hoitoympäristön ja dementoituneiden henkilöiden hyvinvoinnista ovat osoittaneet, että ympäristö voi tukea sitoutumista, riippumattomuutta ja toimintakykyä. Ympäristöt, jotka todennäköisemmin antavat tukea muistisairaalle ovat selkeitä, helposti suunnistettavissa, miellyttäviä ja turvallisia. Voimavaroja tukevassa ympäristössä on riittävästi aististimulaatioita, valoa, mahdollisuus ulkoiluun ja sosiaaliseen

kanssakäymiseen sekä yksityisyyteen. On myös todisteita siitä, että tietyt ympäristön ominaisuudet edistävät kiihtymistä, aggressiivisuutta ja levottomuutta. (Topo – Kotilainen – Eloniemi-Sulkava 2012: 118–119.) Koska ympäristöllä on syvälinen vaikutus terveyteen, tulee terveydenhuollon tilat suunnitella niissä puitteissa, jotka tunnistavat ensisijaisen terveydenhuollon tehtävän. Se huomioi laajaa kontekstia potilaan ympäristön kohentamisessa, henkilöstön tehokkuudessa ja resurssien johtamisessa. (Zborowsky – Bunker-Hellmich 2010: 116.)

Hoitomuoto, joka välillisesti auttaa muistisairasta, on ympäristön parantaminen muistisairaalle soveliaammaksi. Day – Price määrittivät tutkimuksensa tulosten perusteella vuonna 2000, että muistisairasta tukeva ympäristö edistää hahmottamiskykyä, helpottaa liikkumista myös tasapainon tai liikuntakyvyn heiketessä sekä tukee orientoitumista nykyhetkeen. Tämän lisäksi ympäristö on turvallinen, näkyvyydeltään hyvä, valoisa ja kodikas sekä positiivisesti virikkeellinen aisteille. (Eloniemi-Sulkava – Savikko 2011: 24.) Hyvä fyysinen hoitoympäristö vähentää muistisairaana ei-toivottua ja vahingollista käytöstä. Näin ollen haluttu käyttäytyminen maksimoituu ja parhaimmillaan mahdollistaa laadukkaan ja turvallisen hoidon. (Elo – Saarnio – Isola 2013: 18.) Tilat tulisi suunnitella vähentämään potilaan, omaisten ja henkilökunnan stressiä aina kuin mahdollista, koska stressi voi olla merkittävä haitta potilaan hoidossa. Saatavilla on tutkittuun tietoon perustuvaa materiaalia, joka tukee edellä mainittuja tavoitteita ja ne tulisi myös huomioida tilojen suunnitteluvaiheessa. (Zborowsky – Bunker-Hellmich 2010: 117.)

Ympäristöä havainnoidaan aistien avulla ja sen merkitys hyvinvoinnille tulkitaan tunnepitoisten sekä tiedollisten rakenteiden kautta. Ihmiset antavat ympäristölleen eriäviä merkkejä voidakseen käsitellä ja viestittää tunteitaan, ongelmiaan ja kokemuksiaan. Fyysistä tai selkeää muotoa ei symbolisen ympäristön ominaisuuksilla ole, vaan ne ilmenevät vain ihmisten ajatuksissa. Jos symbolinen ympäristö vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen ja tapahtumien kulkuun, niin silloin siitä tulee merkityksellinen, ja ne ovat sidoksissa ympäristöön. Ikääntyneen Tunteet ja arvot ovat jokaisen omia, niin myös ikääntyneen. Kun arvot jaetaan, niistä tulee osa symbolista ympäristöä, joka koostuu ihanteista, ohjeista ja tapajärjestelmän mukaisista elementeistä. (Juvani – Isola – Kynäs 2006: 26.)

Yksi tärkeimmistä ihmisen perusoikeuksista on itsemääräämisoikeus, joka kuuluu jokaiselle. Itsemääräämisoikeus on jokaisen toimintakykyisen henkilön yhdenvertainen oikeus päättää itseään koskevista asioista. Muistisairaana henkilön kohdalla itsemää-

räämis oikeus tarkoittaa paitsi hänen aiemmin terveenä ollessaan ilmitulleita toiveita, hänen nykyisiä toiveitaan ja niiden kunnioittamista. Sairastuneen arjen kannalta nämä ovat tärkeitä peruseriaatteita. Muistisairauden alkuvaiheessa voidaan tulevaisuutta suunnitella yhdessä sairastuneen kanssa, samoin ennakoinnin ja oikeudellisin keinoin. Näin myös vahvistetaan itsemääräämis oikeutta tilanteissa, joissa muistisairas ei enää kykene hoitamaan asioitaan itse eikä kykene valvomaan oikeuksiaan. Itsemääräämis oikeuden kunnioittaminen tulee säilyä sairauden vaikeassakin vaiheessa. On muistettava, että vaikka jokaisen henkilön itsemääräämis oikeutta on kunnioitettava niin joissain tapauksissa muistisairaana itsemääräämis oikeuden liiallinen kunnioittaminen saattaa johtaa lopputulokseen, joka on hänen etujensa vastainen. (Hallikainen ym. 2014: 171.)

4.1 Koti muistisairaana hoitoympäristönä

Muistisairas joka asuu yksin, on suuremmissa vaarassa joutua pitkäaikaishoitoon kuin kohtaloveri, joka asuu jonkun toisen kanssa. Kodin asuinympäristön pysyvät muutostyöt määritellään ominaisuuksiksi tai sopeuttamiseksi, jolla vähennetään onnettomuuksia ja tuetaan itsenäistä asumista. Potilaan toimintakyvyn tukeminen ja omaisten jaksamisen edistäminen on lyhytaikaishoitojen tavoite. Erilaisten ihmisten tarpeet ja tuenmuodot pitää olla lyhytaikaishoitojen toteutuksen tuotos, eivätkä järjestelmän tarpeita vastaavia. Samaan rakennukseen sijoitettu ympärivuorokautinen dementiayksikkö ja päiväkeskus mahdollistavat joustavan toiminnan, täten se mahdollistaa muistipotilaan oleskelun dementiayksikössä myös aukioloaikojen ulkopuolella. Yhteistyötä tarvitaan kotihoidon ja lyhytaikaishoitopaikkojen välillä, yhtenäisessä hoitoketjussa lyhytaikaishoidot voivat toimia kotona asumisena, tämä tulisi toteuttaa erikoistuneissa dementiayksiköissä. (Eloniemi-Sulkava – Juva – Mäkelä 2010: 512–513; Tanner – Tilse – de Jorge 2008: 197.)

Dementiayksiköiden periaatteisiin kuuluvat vastuu kotihoidon jatkumisesta, yhteistyö läheisten kanssa, heidän tarpeensa tunnistaminen tuenlaadusta, ja taitoa hoitaa riskitekijöitä joita kotona asuvaa uhkaa, kuten ongelmat käytösoireisiin ja fyysiseen toimintakykyyn liittyen. Parhaimmillaan hyviä yhteistyökumppaneita vastuullisessa kotona asumisen tukena ovat muistikoordinaattori ja lyhytaikaishoitopaikkojen henkilökunta. Tämä voi käytännössä tarkoittaa sitä esimerkiksi, että muistikoordinaattorille tulevat

puhelut siirtyvät automaattisesti työajan ulkopuolella ympärivuorokautiseen lyhytaikais-hoitopaikkaan, täten varmistuen jatkuvan ja luotettavan tuen omaisille. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010: 512–513.)

Laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät tulee tunnistaa ja ehkäistä mahdollisimman varhain. Tutkimukset ovat osoittaneet, että muistipotilailla, joilla ilmenee eksymistä ja harhailua, on suurempi riski kaatumiseen, siirtyminen laitoshoidon sekä menehtymiseen. Tämän lisäksi muistipotilailla on seitsenkertainen riski lonkkamurtumiin kaatumisesta johtuen muihin ikääntyneisiin verrattuna. (Lehtiranta – Leino-Kilpi – Koskenniemi – Jartti – Hupli – Stolt – Suhonen 2014: 116.) Kun tutkitaan ympäristötekijöiden vaikutusta kaatumisiin, tulee ensin selvittää aiheuttaja. On osoitettu, että 21–53 prosentissa kaatumistapauksissa, henkilö on itse kyennyt kertomaan kaatumisensa syyn. Noin puolet kotona asuvista pitää kaatumisen syynä ulkoista tekijää. Ulkona kaatuneet ovat olleet parempikuntoisia ja alle 75-vuotiaita. Sisätiloissa ja kotona kaatumiset ovat sitä yleisempiä mitä vanhemmasta tai huonokuntoisemmasta henkilöiden on kyse. Ulkoiset tekijät jotka altistavat kaatumiselle ovat fyysinen ympäristö, huonekalut, kävelypinnat, sekä niiden kunto ja valaistus. Myös liikkumisessa käytettävät apuvälineet sekä liikkumisen rajoitukset, ovat osoittautuneet epäsuorasti kaatumisen syyksi. (Hartikainen – Lönnroos 2008: 296.)

4.2 Pitkäaikaislaitoshoito

Kaikille muistisairaalle koti ei aina ole se paras paikka. Elämä hoitopaikassa voi olla hyvää tai jopa parempaa muistisairauden edetessä. (Hallikainen ym. 2013: 212.) lääkällä nopea sopeutuminen uuteen ympäristöön ja kyky tulkita sen tietoa hidastuu. Ikääntynyt voi kokea stressiä hoivakotiin muuttamisesta ja ympäristön hallinnan menettämisestä. Elintilan rajoittuminen, liikkumattomuus ja masennus voivat olla seurauksina tästä aiheutuneesta stressistä. Myös sairauden edetessä henkilö voi masentua ja ahdistua, koska ei tunnista enää omaisiaan tai ympäristöään. Vuorovaikutus suhteessa muihin ja ympäristön muuttuu dementiaoireisella henkilöllä. Ympärivuorokautinen hoiva on yhteiskunnalle kallis ja vakavasti dementiaoireiselle raskas. Oikeaan lääkitykseen, aikaiseen kuntoutukseen ja ennakoivaan työhön tulee panostaa. Kodikkuuden ja turvallisuuden välillä tasapainoillaan hoivakodin suunnitteluratkaisuissa. Hoivakodista voi tulla tylsä ja laitosmainen tila liiallisella turvallisuushakuisuudella. Tilojen tulee olla kiin-

nostavia, jotta asukkaiden liikkuminen on houkuttelevaa, helppoa ja kiinnostavaa. (Verna 2012: 19)

Laitoshoidon ympäristötekijät voivat joko hankaloittaa tai auttaa sekavaa tai hämmennyttä vanhusta. Vaikuttamalla sisustukseen voidaan tukea muistisairaahan hahmottamista fyysisessä hoitoympäristössä. Esimerkiksi tavoilla, joilla vaikutetaan valaistukseen, väreihin, kontrastieroihin, ärsykkeiden hallintaan sekä asettamalla muistivihjeitä. Nämä mainitut tavat ovat keskeisemmässä roolissa muistisairaahan toimintakyvyn tukemisessa. Hälytysjärjestelmillä sekä kiinteillä tai erilaisilla yksilöllisillä apuvälineillä voidaan tukea turvallista ja omatoimista liikkumista. Marquardt ym. (2014: 143) tutkimus osoitti vahvasti, että sosiaalinen kanssakäyminen, toimintakyky ja hyvinvointi paranevat erikoistuneissa hoitoympäristössä. Ympäristön suunnittelulla voidaan saada aikaan miellyttävä ja dementoituneeseen positiivisesti vaikuttava ympäristö. Valo, kuuluvuus, huoneiden lämpötilat ja värienkäyttö sekä kontrastit ja kuviointi ovat tärkeitä osatekijöitä ympäristön suunnittelussa. Kuitenkin varovaisuus on tarpeen kuvioiden ja tummien viivojen käytössä lattioilla, sillä ne voivat aiheuttaa sekavuutta ja mahdollisesti myös kaatumisia. (Elo – Saarnio – Isola 2013: 18; Marquardt ym. 2014: 143.) Sosiaali- ja terveysministeriön esitteessä (2014) mainitaan, että 85-vuotiaista yli puolet kaatuu toistuvasti ja joka toinen ainakin kerran vuodessa (STM esitteitä 2014: 18).

Muistisairaahan vanhuksen elämässä korostuu ympäristötekijöiden merkitys, koska yksilön kyky ymmärtää ja tehdä päätelmiä ympäristöstä, tapahtumista ja ihmisistä heikenee dementoivan sairauden ollessa kyseessä. Muistisairaahan vanhuksen kaatumisriskiä lisää myös hahmottamisvaikeudet. Ennaltaehkäisyä kaatumisille on muun muassa valonmäärän riittävyys. Sekavaa tai hämmennyttä vanhusta voivat laitoshoidon ympäristötekijät joko hankaloittaa tai auttaa. (Elo ym. 2013: 18.) Rakennuksen ympäristön ja asukkaiden suhde orientaatioon on tutkimuksissa tunnistettu. Vaikuttamalla sisustukseen, voidaan tukea muistisairaahan hahmottamista fyysisessä hoitoympäristössä, kuten vaikuttamalla valaistukseen, väreihin, kontrastieroihin, asettamalla muistivihjeitä sekä ärsykkeiden hallintaan, edellä mainitut seikat ovat keskeisemmässä roolissa. (Elo ym. 2013: 18; Marquardt ym. 2014: 136.)

Omatoimisiin ja minäkuvaa kannustaviin ratkaisuihin tulisikin panostaa hoivalaitosten ympäristön suunnittelussa. Asukkaalle omaa elämänrytmin säilymistä ja yksilöllisiä voimavaroja tulee tukea ikääntyneille sopivan ympäristön käytettävyydellä ja esteettömyy-

dellä. Liikkuminen pitää olla myös turvallista dementiaoireisten asuin- ja toimintaympäristössä. Hoitoympäristön pitäisi antaa iäkkäälle tarpeeksi virikkeitä ja opasteita löytää paikasta toiseen, koska dementiaa kärsivällä esiintyy huomattavasti levottomuutta ja hahmottamisvaikeuksia. Vaeltelu voi johtua kävelystä, joka johtuu normaalina pidettävästä aivotoiminnasta, tekemisen puutteesta tai desorientoitumisesta eli hämmentyneisyydestä paikan ja ajan suhteen. (Verna. 2009: 19.) On todettu, että asukkaiden kykyä suuntien ja paikkojen tunnistamiseksi voidaan tukea mahdollistamalla suora näköyhteys relevantteihin tiloihin ja uniikeilla ilmeillä varustettuihin käytössä oleviin alueisiin. (Marquardt ym. 2014: 136).

Ympäristötekijöiden merkitys korostuu ympäristössä, joissa oleilee henkilöitä, joiden toimintakyky on heikentynyt ja riski kaatumiseen kasvanut. Ympäristö voi olla uhkatekijä ja vaara kaatumiselle tai voimavara turvalliseen liikkumiseen. Jotta iäkkään elinympäristö olisi turvallinen, tulisi ensisijaisesti huolehtia valaistuksesta, lattioiden pintamateriaaleista ja kalusteista, kuten esimerkiksi sängystä ja tuoleista. Havainnoinnin tukemiseksi on myös tärkeää muokata ympäristöä. (Hartikainen – Lönnroos 2008: 299.)

Miellyttävä huoneilma voi edistävasti myötävaikuttaa parantavasti asukkaan käytökseen ja hyvinvointiin. Aikuisilla näköhäiriöt ovat yleisiä, sitä esiintyy myös dementoitu-neilla henkilöillä, siksi se tulee ottaa huomioon ympäristön suunnittelussa. Tarjoamalla asukkaille ympäristön joka ei ole laitospäinen vaan kodikas ja joka sallii yksilöllisiä muutoksia, on positiivisesti vaikututtava käyttäytymiseen, hyvinvointiin, sosiaalisiin kykyihin ja hoitotuloksiin. Ympäristön tulee tarjota aistien stimulointia näön, kuulon, tuntoaistin ja hajuaistin kautta. Todisteet osoittavat, että ei toivotut käytökset, eritoten levottomuus voivat vähentyä ja hoito tulokset parantua. Kuitenkin on tarpeellista tarkkailla aististimulaatiota, jotta ei kumoa positiivisten vaikutusten suuntaa päinvastaisiksi. Visuaaliset vihjeet voivat tukea dementoituneen henkilön kykyä suunnistamiseen. Tehokkaimmiksi vihjeiksi on tunnistettu suuntamerkeillä, huone numerot ja värit, kuitenkin vihjeiden laadulla ja muotoilulla on suuri merkitys. (Marquardt ym. 2014: 143–144.)

Lisäämällä valaistusta päiväaikaan sekä tarjoamalla riittävästi virikkeitä ja liikuntaa voidaan jossain määrin vähentää dementiaoireisten uni-valverytmin häiriöitä. Riittäväällä valaistuksella sekä värien ja kontrastien avulla voidaan helpottaa ympäristön hahmottamisongelmia. Punaisen ja oranssin sävyt auttavat dementiaoireista hahmottamaan ympäristönsä paremmin, kun taas sinisen ja vihreän sävyt hahmottuvat heikommin. Näin ollen ympäristön suunnittelussa tulee kiinnittää huomiota virikkeiden ja aistien

saamaan laatuun sekä aistiviestien vahvistumiseen. Aisteja voidaan herättää muun muassa äänten, valon ja tuoksujen avulla. Hajuhaittojen torjuminen lisää ympäristön viihtyvyyttä ja on myös tärkeä asuinympäristön ilmanlaadun parantava tekijä. (Verna 2009: 19–21.)

5 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus tarkoittaa metodia, jossa tunnistetaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa, arvioidaan sen laatua sekä yhdistetään tuloksia määritetystä ilmiöstä retrospektiivisesti sekä kattavasti. Kirjallisuuskatsaus on tutkimusprosessi, joka rakentuu kumulatiivisesti, se on aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävän tietyn ilmiön kuvaavaa perusteltua täsmentämistä. Sen vaiheet ovat nimettävissä ja jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti nivoutuen edelliseen vaiheeseen. Nämä vaiheet ovat, tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymysten laatiminen, tutkimusten haku ja niiden valinta, tutkimusten laadun arviointi ja analysointi sekä lopulta tulosten esittäminen. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 37; Kangasniemi – Utriainen – Ahonen – Pietilä – Jääskeläinen – Liikanen 2013: 295.)

Ensimmäisenä vaiheena on tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelma ohjaa koko prosessin etenemistä. Usein tutkimuskysymysten muotoutumista edeltää valmistava kirjallisuuskatsaus joka toimii apuna suurempaa teoreettista kehystä ja jonka avulla tutkimuskysymysten määrittäminen selkeytyy. (Kangasniemi ym. 2013: 295.) Tutkimussuunnitelman laatimisessa määritetään tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategia alkuperäisten tutkimusten keräämiselle, sekä valintakriteerit niiden sisänotolle. Valintakriteereinämme oli, että artikkelit olivat tieteellisiä artikkeleja, jotka ajoittuivat vuosille 2006–2014. Näin pyrimme varmistamaan, että tieto oli mahdollisimman tuoretta ja tieteellisesti tutkittua.

Tutkimussuunnitelma edellyttää riittävästi aikaisempaa tietoa, jotta tutkimuskysymykset kyetään muotoilemaan merkityksellisiksi ja hakustrategiat voidaan suunnitella. Toisena vaiheena on tutkimuskysymysten laatiminen. Tässä vaiheessa tutkimuskysymykset määritetään sekä rajataan niin, että ne vastaavat sitä mihin kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Kysymyksiä voi olla joko useampia tai vain yksi. Ne voivat olla joko tarkkaan muodostettuja tai vapaasti muotoiltuja. Prosessissa olennaista on kuitenkin

kin se että kysymykset ovat määritelty selkeästi. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 39.) Opinnäytetyömme kysymykset nousivat suoraan tutkitusta tiedosta ja tarpeesta löytää laajempaa näkemystä dementoituneen toimintakyvyn tukemisesta.

Tutkimusten haku prosessina on systemaattista ja kattavaa. Tarkoituksena oli että haut kohdistuivat tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietokantoihin ja lähteisiin, joista oletettiin saatavan keskeistä tietoa tutkimusten kannalta. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 39.) Aineiston kokoamista varten tehtiin elektronisia hakuja (Liite 2. analyysikehys), joissa käytimme erilaisia tietokantoja, kuten EBSCO, Medline, PubMed, Medic, OVID, Lisäksi teimme manuaalisen etsinnän avulla harmaata hakua, kuten myös koulun kirjaston tietokantoja, sekä Hoitotiede lehteä, Tutkiva hoitotyö lehteä sekä Gerontologia lehteä. Hakusanoina käytimme suomen- ja englanninkielisissä hauissa; sanoja demen-tia, muistisairaus, toimintakyky, hoitoympäristö ja kotihoito.

Tutkimusten aineiston valinnassa on tarkoituksena, että se valitaan mahdollisimman tarkasti. Tutkimusaineisto koostuu aiemmin julkaisuista tutkimuksista. Aineiston valinnassa huomio kiinnittyy alkuperäistutkimusten rooliin suhteessa tutkimuskysymykseen ja siihen vastaamiseen. Tutkimuskysymykset määräävät aineiston riittävyyden. (Kangasniemi ym. 2013: 295.)

Tutkimusten valinta tapahtui vaiheittain ja perustui siihen, vastasivatko hauissa saadut tutkimukset kirjallisuuskatsaukselle asetettuja sisäänottokriteerejä. Vastaavuuden tarkastelu tapahtuu portaittain, ensin katsotaan otsikot, sitten valintaa selkeytetään abstraktin avulla ja viimeiseksi koko tutkimuksen kautta. Jos yhdestä tutkimuksesta on useampi julkaisu, valitaan siihen kattavin, jotta vältetään toistojulkaisemishaara. Tutkimuksen laadun arvioinnissa kiinnitetään huomiota alkuperäistutkimukseen ja siinä käytettyjen menetelmien käyttöön, sovellettavuuteen ja laatuun. Laadun arvioinnissa on mukana kaksi tai useampia arvioijia, jotta sen validiteetti ja reliabiliteetti säilyvät. Vasta laadun arvioinnin jälkeen saadaan alkuperäistutkimusten lopullinen määrä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 42.)

Tieteellisten julkaisujen aineiston haut rajattiin vuosille 2006–2014, jotta saisimme mahdollisimman tuoretta tietoa ja tarpeeksi kattavasti. Ensimmäisenä valintakriteerinä oli otsikko, jonka piti vastata tutkimuskysymystemme tarkoitusta ja koko julkaistu teksti olisi saatavilla. Seuraavana valintakriteerinä käytimme tiivistelmää, jonka sisältö ratkaisi aineiston valinnan seuraavaan osioon. Lopullista aineistoa varten luim-

me vielä tieteelliset artikkelit ja jätimme sieltä pois joko samaa asiaa toistavat tai liikaa aihealueesta poikkeavat artikkelit. Viimein meillä oli koossa yksitoista artikkelia, jotka hyväksyttiin osaksi lopullista aineistoa. Tämän jälkeen kävimme huolella tutkimusten sisällön läpi ja punnitsimme tarkkaan tutkimusaineiston soveltuvuuden ja laadun, jotta saimme parhaan mahdollisen aineiston kasattua opinnäytetyötämme varten. (Ks. liite 1. Aineiston keruu taulukko)

Opinnäytetyön lopullinen tutkimusaineisto sisältää yhdeksän tieteellistä artikkelia, yhden kandidaatin työn ja yhden pro gradu -tutkielman. Tutkimuksista kaikki käsittelevät opinnäytetyön kannalta keskeisiä asioita. Kaikki yksitoista aineistoa käsittelevät iäkään toimintakyvyn tukemista ja viisi niistä käsittelee nimenomaan muistisairaana toimintakyvyn tukemista. Artikkeleista neljä oli englanninkielistä ja seitsemän suomenkielistä. Liite 1.

6 Sisällönanalyysi

Valitsimme aineiston analyysimenetelmäksi Induktiivisen sisällön analyysin jolla saimme aineistosta konkreettisen ja relevantin tiedon nostettua esille. Aineistoin analyysissä voidaan käyttää joko induktiivista tai deduktiivista analysoinnin lähestymistapaa. Deduktiivisessa aineiston luokittelussa analyysi perustuu aiempaan viitekehykseen ja analyysiä ohjaa jokin käsitejärjestelmä tai teema. Deduktiivinen analyysi sisältää aineiston luokittelun ja se on teorialähtöistä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä alkuperäistutkimuksissa käytetyt ilmaisut pelkistetään ja luokitellaan. Analyysin toteuttamisessa ja lopputuloksessa eivät vaikuta aikaisemmat ilmiöstä tehdyt havainnot, tiedot tai teoriat. Aineistolähtöisellä analyysillä saadut luokat eivät toimi kirjallisuuskatsauksen tuloksena, vaan ne ovat apukeino tutkittavana olevan tiedon tarkastelemisessa. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91–95, 113,123.)

Analysoitava aineisto muodostuu valituista tutkimuksista. Aineiston analysoinnin sekä tulosten esittämisen lähtökohtana on vastata mahdollisimman kattavasti ja ulkokohtaisesti että selkeästi ja ymmärrettävästi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Analyysissä kuvataan tulokset sekä niiden yhtäläisyydet ja erot. Tärkeää on, että varotaan ylitulkintaa. (Kääriäinen - Lahtinen 2006: 43.) Analysointi toteutettiin ryhmätyönä induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysin menetelmällä. Analyysiin saimme kerättyä yh-

teensä yksitoista artikkelia, joista suomenkielisiä oli seitsemän ja englanninkielistä neljä. Aineiston analyysin teimme kolmisin ja otimme sitä varten huomattavan määrän ohjausta. Analyysin teko vaati useaan kertaan tarkentamista ja hiomista.

Analyysiyksikkönä voi toimia joko yksittäinen sana tai lause (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167). Aineiston analyysin pohjana toimivat kysymykset jotka olivat nousseet jo aiemmin esille opinnäytetyön alkuvaiheessa. Opinnäytetyömme tutkimuskysymykset ohjasivat meitä aineiston valinnassa. Analyysi eteni pelkistämisen, ryhmitelyn sekä abstrahoinnin vaiheihin. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167.) Ensin etsimme tekstistä olennaiset alkuperäisilmaukset, jotka sitten pelkistimme. Pelkistyksestä saatiin alakategoriat ja alakategorioista yläkategoriat joita saatiin neljä. Yläluokat yhdistyivät vielä yhdistäviin tekijöihin joita oli lopulta kaksi.

Liite 3 Analyysirunko

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
osanottajat voivat hyötyä kirkaasta valosta	valaistus ja luonnonvalo	Esteettisyys toimintaympäristössä
sitoutumiseen voidaan vaikuttaa tummennetulla ympäristöllä	tummennettu ympäristö	
hyötyä kirkaasta valosta	valaistus	
käyttämällä valaistusta tilanmäärittelyssä		
häikäsemätön yleisvalaistus on tarpeen		
valoa optimaaliseen sitoutumiseen	valo	
riittävä valaistus		
yövaloja tai valaistuja reittejä		
hyvä päivänvalo	päivänvalo	
useat sisustuselementit, kuten kalustus	materiaalit	
seinäpinnat, lattia päällysteet		
puhtaanapitoa helpottavat materiaalit		
seinien värit tulisi olla neutraalit	värit	
viimeistellä eriävällä värillä	eriävät värit	
tekemällä tiloista visuaalisen	aistiympäristö	
taideteos ja ikkunat		
tuoksut, äänet, värit, valaistus ja rakenteet		
lämpötilan, kosteuden, ilmanlaadun		

7 Tulokset

Opinnäytetyön tuloksista nousi ylös kaksi yhdistävää tekijää muistisairaahan toimintakykyä tukevasta hoitoympäristöstä, fyysistä toimintakykyä tukeva tieto-taito sekä hyvinvointia tukeva turvallinen hoitoympäristö. Fyysistä toimintakykyä tukeva tieto-taito jaotui yläkategorioihin ammattiosaamisen lähtökohdat sekä fyysisen toimintakyvyn tukeminen. (Liite 4. analyysintulokset)

Ammattiosaamisen lähtökohtina analyysistä alakategorioina esille nousivat moniammatillisuus, toimintakyvyn säännöllinen seuraaminen, ammattiosaaminen, motivoiminen, toiminnan kehittäminen, suunnitelmallisuus ja kokonaisvaltainen arviointi. Moniammatillisuus nähtiin vahvana yhteistyönä hoitajien, fysioterapeuttien, toimintaterapeuttien sekä lääkärin välillä. Itsenäinen kotona selviytyminen vaatii moniammatillista osaamista ja yhteistyötä, tieto-taito fyysisen toimintakyvyn tukemisessa erimenetelmiä käyttäen vaatii sekä perustiedon että kokemuksen ja hiljaisentiedon yhdistämistä.

Toimintakyvyn kartoittaminen laaja-alaisesti vaatii erilaisten mittareiden käytön osaamista. Ympäristöä muokkaamalla pystytään motivoimaan muistisairasta toimimaan omatoimisemmin. Tämä tarkoittaa muun muassa vessojen näkyvyyden lisäämistä.

Henkilökunnan tietämyksellä muistisairauden aiheuttamista toiminnan vajeista ja näkemyksellä tarvittavista tukitoimista oli suuri merkitys toimintakyvyn tukemisessa. Oikeanlainen toiminnan ohjaus, ympäristön suunnittelu muistisairaahan henkilön motivoimiseksi vaatii suunnitelmallisuutta ja kokonaisvaltaista arviointia. Toimintakyvyn tukemisessa ja seuraamisessa sekä sen ylläpidossa tulee käyttää monipuolisia menetelmiä. Oikeanlainen ravitsemus, lääkehoito ja nopea avunsaanti edesauttavat muistisairaahan selviytymistä omassa toimintaympäristössään.

Fyysisen toimintakyvyn tukeminen avautui asiakaslähtöisyytenä, toimintakyvyn tukemisena, voimavaralähtöisyytenä sekä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena. Toimintakyvyn tukemisessa tulee huomioida henkilön mielipide ja näkemys omasta kykeneväisyydestään ja mieltymyksistä. Voimavaralähtöisellä toiminnalla saadaan huomioitua niin psyykinen, fyysinen kuin henkinen hyvinvointi. Fyysisen toimintakyvyn tukemiseen käytettävät apuvälineet tulevat myös olla yksilöllisesti huomioitu.

Ympäristön itsensä tulisi johtaa muistisairasta itsenäiseen toimintaan, asiakaslähtöisellä ympäristösuunnittelulla voidaan edistää tai estää henkilön toimintaa toivotuilla osaluilla. Ovien naamiointi ja lukoilla varustetut ovet tai ikkunat voivat estää vaaratilanteita tai ehkäisee haitallista toimintaa. Yleinen hyvinvointi näkyi henkilön kiinnostuksena ympäristöönsä.

Hyvinvointia tukeva turvallinen hoitoympäristö jaottui esteettisyyteen toimintaympäristössä sekä itse hoitoympäristöön. Toimintakykyä tukeva esteettinen toimintaympäristö koostuu väreistä, valistuksesta, erilaisia aisteja herättävästä ympäristöstä. Asiakaslähtöisellä sisustuksella kuten värien ja valojen kontrasteilla sekä yhteydellä luontoon saatiin parannettua henkilön mielialaa. Ympäristöä muokkaamalla pystytään rakentamaan muistisairaahan toimintakykyä tukeva ympäristö hyvinvointia tukevaksi, rentoutumisen mahdollistavaksi sekä visuaalisesti miellyttäväksi.

Itse hoitoympäristön tärkeys nähtiin hahmotuskykyä tukevana, esteettömänä, turvallisena ympäristönä jonka tilaratkaisut ja siirrettävät kalusteet mahdollistavat yksilöllisen asiakaslähtöisen asuinympäristön rakentamisen. Muistisairaahan hahmotuskykyä tukevassa tilaratkaisussa tulee ottaa huomioon järjestelmällisyys, esteettömyys ja selkeys. Opasteet ja niiden selkeys, tilojen näkyvyys, eri toiminnoille selkeästi suunnatut tilat saadaan helposti ympäristöä muokkaamalla aikaiseksi. Hoitoympäristössä toimimisen oleellinen asia oli myös oikeanlaisten kiinteiden apuvälineiden asettelu ja niiden käytön ohjaus.

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää millä keinoin voidaan tukea muistisairasta hänen omassa hoitoympäristössään. Määritimme teoriaosuudessa toimintakyvyn ja hoitoympäristön sekä muistisairauden että Dementian ja niistä oireet ja hoitokeinot.

Analyysin pojalta tehtyjen tulosten, sekä aineiston sisällön perusteella, tulokset muistisairaahan toimintakykyä tukevan hoitoympäristön luomisesta ja sen perustasta, nivoutuvat moniammatillisen osaavan henkilökunnan yhteistoiminnallisen työryhmän tulokseksi. Työntekijöiltä löytyy hyvin paljon monipuolista osaamista iäkkään omatoimisuuden

edistämiseksi, mutta ajanpuute ja asenteet kehkeytyvät esteeksi. Laitoshoidossa fyysisen toimintakyvyn tukeminen onnistuu paremmin kuin kotihoidossa. (Kuusela – Hupli – Johansson– Routasalo – Eloranta 2010: 97 – 103.) Hoitoympäristön kokonaisuuden hahmottamisen tukena, voidaan käyttää ICF: n luokitusta, joka huomio muistisairaahan henkilön tarpeet kokonaisvaltaisesti.

Tutkituissa tiedoissa tuli esille esteettömyyden sekä apuvälineiden tärkeys toimivassa hoitoympäristössä. Fyysisen kunnon laskiessa toimintakyky heikentyy ja vaikeuttaa usein asumista sekä vaikuttaa hyvinvointiin että turvallisuuteen heikentävästi. Tällöin tulee huomioida toimintaympäristön käyttö ja sen kehittäminen. Tulevaisuuden haasteena tulevat olemaan asuntojen korjaustyöt toimintakykyä ja turvallisuutta parantavammiksi. (Puumalainen 2011: 32.) Fyysisen, psyykkisen ja henkisen hyvinvoinnin edellytyksenä on toimintaa tukeva hoitoympäristö. Hoitoympäristön esteettisyys nähdään myös merkittävänä osana muistisairaahan näkökulmasta katsottuna toiminnanohjauksen tukea. Koska fyysisellä ympäristöllä tarkoitetaan niin luonnollista, kuin rakennettua ympäristöäkin tulee ympäristön merkitys myös huomioida hoitotyössä. (Kivelä 2012: 6, 18.)

Tarkastelluista artikkeleista tärkeänä osana nähdään muistisairaahan toimintakykyä tukeva hoitoympäristö, joka koostuu osaavan henkilökunnan lisäksi tilaratkaisuista ja suunnittelusta, käytettävistä materiaaleista, valon määrästä ja laadusta sekä akustiikasta. Väreillä ja kontrasteilla taataan mahdollisuus lisätä halutusti henkilön toimintaa tietyissä paikoissa. Lämmöllä voidaan lisätä viihtyvyyttä ja opasteilla sekä tiedotteilla voidaan tukea turvallisuuden tunnetta. Ammattitaitoisen ja kehityshaluisen henkilökunnan toimintaratkaisuiden merkitys muistisairaahan arjessa korostuu huomattavasti. Asiakaslähtöisyys ja yksilöllisyys sekä tarvelähtöinen motivointi, edellyttävät huomattavaa kehittämistaitoa ja jatkuvaa arviointia. Ihanteellista olisi jos tulevaisuudessa kyettäisiin järjestämään jokaiselle osastolle oma fysioterapeutti, joka toimisi yhteistyössä hoitajien ja asukkaiden kanssa. (Mäkinen – Roivas 2009:35.)

8.1 Työn eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tutkimus edellyttää eettisesti noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Työn eettisyyttä tulee tarkastella aiheenvalinnasta työn loppuun saakka. Kirjallisuuskatsauksen

eettisiä vaatimuksia ovat tekijöiden rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Työnteossa tulee kunnioittaa aikaisempia tutkijoita ja heidän saavutuksiaan, eikä heidän osuuttaan tulisi vähätellä. Raportointi ei saa olla puutteellista eikä harhaanjohtavaa, myöskään aikaisempia tutkimustuloksia ei saa vääristellä. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2012: 23–27.) Tekstissä käytettyjen viittauksien tulee olla merkitty oikein, eikä työ saa sisältää plagioituja kohtia (Mäkinen 2006: 123).

Eettiset kysymykset liittyvät työssämme tutkimuskysymysten muotoiluun sekä tutkimuseetiikan noudattamiseen kaikissa vaiheissa. Aineiston valinnassa kiinnitimme huomiota alkuperäistutkimusten rooleihin suhteessa tutkimuskysymykseen vastaamiseen. Aineisto haettiin sähköisesti tieteellisistä tietokannoista sekä tieteellisistä julkaisuista manuaalisilla hauilla. Aineisto koostuu aikaisemmin julkaistuista tutkimusaiheen kannalta merkittävistä tutkimustiedoista. Tutkimuskysymyksen laajuus määrää aineiston riittävyyden. (Kangasniemi ym. 2013: 291–295.) Eettisyys ja luotettavuus ovat tiiviisti sidoksissa toisiinsa ja niitä voidaan parantaa koko prosessin läpinäkyvällä ja johdonmukaisella etenemisellä tutkimuskysymyksistä johtopäätöksiin (Kangasniemi ym. 2013: 297).

Laadulliselle tutkimusprosessille on olennaista etenevä prosessi, joka ei ole lineaarinen ja se voidaan vaiheistaa siten, että aina tiedetään mitä tehdään. Ominaista tutkimusprosessille on myös sen sykliisyys. Tutkimuksen luotettavuutta tarkkaillaan jatkuvasti ja siinä tulee näkyä riittävä dokumentaatio. Myös tutkimuksen tulosten tulee olla vahvistettavissa. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on kerätty valmiista kirjallisuusmateriaalista, joita työssämme kuvastaa asiantuntijatietoon pohjautuva materiaali. (Kananen 2014: 27 – 28,150.) Luotettavuuden kannalta tärkeää on tutkimuskysymysten selkeä esittely sekä tutkimuksen teoreettisen perustelun erittely (Kangasniemi ym. 2013: 297). Kaikkiin valmiina oleviin aineistoihin tulee suhtautua kriittisesti ja niiden luotettavuutta tulee punnita. Hyvä katsausartikkeli sisältää kokoavasti ja jäsennellysti suuren määrän tutkimustuloksia sekä selkeän katsauksen niiden keskinäisiin suhteisiin, mahdollisiin puutteisiin, epäjohdonmukaisuuksiin että ristiriitaisuuksiin. (Hirsjärvi ym. 2012: 189, 269.)

Teimme opinnäytetyön ryhmätyönä, mikä lisäsi työn eettisyyttä ja luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen tiedonhankinnassa pyrimme hyödyntämään tutkittua tietoa, jonka olimme hakeneet rajatuilla hakusanoilla. Haun rajauksia teimme myös hyväksymällä työhömmme vain viimeisen 10 vuoden sisällä julkaistuja artikkeleja sekä asiantuntijoiden tutkimuksia ja teoksia. Eettisyyttä ja luotettavuutta tarkastelimme yhdessä pohtimalla

sekä keskustelemalla kirjallisuuden sisällöstä. Meillä ei ollut aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen laatimisesta, joten hyödynsimme ohjaajalta saamamme palautetta ja ohjausta opinnäytetyössämme. Pyrimme olemaan vääristelemättä tutkimustuloksia ja johtamatta lukijaa harhaan. Tutustuimme lähdemateriaaliin huolellisesti ja puolueettomasti. Lisäksi pyrimme kuvaamaan hakuprosessin selkeästi työssämme siten, että se on kaikkien nähtävissä. Objektiivisuuden ongelmaa tarkastellessa, on totuuskysymyksen lisäksi laadullisessa tutkimuksessa syytä erottaa toisistaan, havaintojen puolueettomuus ja niiden luotettavuus.

Puolueettomuudessa nousee kysymykseksi esimerkiksi miten tutkija ymmärtää ja kuulee tiedonantaja vai suodattuuko kertojan antama tieto tutkijan oman kehityksen läpi? Esimerkiksi vaikuttaako tutkijan ikä, sukupuoli, poliittinen asenne, uskonto, kansalaisuus tai vaikka virka-asema siihen, mitä hän havainnoi tai kuulee? Näin ollen tutkija toimii itse tutkimusasetelman luojana ja tulkitsejana. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 135–136.)

9 Yhteenveto

Tulevaisuudessa ihmisten ikääntyessä sairauksien määrä tulee kasvamaan. Etenkin muistisairauksien määrään odotetaan lisääntyvän vuoteen 2020 mennessä 130 000:n henkilöön. Muistisairaudet siis yleistyvät nopeasti. (Kansallinen muistiohjelma. 2012–2020. 2012: 7.) Muistisairaus aiheuttaa palveluasumisessa huomattavan määrän kustannuksia kunnille. Nykyään kustannukset ovat noin 50 000 euroa vuodessa henkeä kohti, kun taas kotihoidon kustannukset nousevat 19 000:n euroon. (Ympäristöministeriö 2013: 17). Kustannusten säästämiseksi on siis ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä pyrittävä lykkäämään. (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. 2012: 7.)

Ympärivuorokautisen hoidon tarpeen lykkääminen vaatii radikaaleja metodeja henkilön toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Suurin osa-alue on fyysisen toimintakyvyn säilyvyyden alueella. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan henkilön selviytymistä jokapäiväisistä arkisista toimista. Myös ravitsemustila, asioiden hoitaminen ja kivuttomuus lasketaan fyysiseen toimintakykyyn. (Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006; Suontaka-Jamalainen 2011: 7; Hartikainen – Lönnroos 2008: 324 - 325.)

Hoitomuoto, joka välillisesti auttaa muistisairasta, on ympäristön parantaminen muistisairaalle soveliaammaksi. Muistisairasta tukeva ympäristö edistää hahmottamiskykyä, helpottaa liikkumista myös tasapainon tai liikuntakyvyn heiketessä sekä tukee orientoitumista nykyhetkeen. (Eloniemi-Sulkava – Savikko 2011: 24.) Näin ollen hoitoympäristöjen tilaratkaisut ja esteettömyys sekä turvallisuus vaikuttavat muistisairaahan toimintakykyyn.

Näin ollen, tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota kokonaisuuksien hallintaan ja asiakaslähtöisyyden huomioimiseen. Liian usein nykyään, hoitajien työskentelytapojen rutinoituminen vaikuttaa muistisairaahan hoitotyössä. Myös ajan puute ja henkilökunta vaje ovat estäviä tekijöitä toimintakyvyn säilymisen ja tukemisen kannalta. Työn tuloksia voisi jatkossa hyödyntää, valmistuvien hoitajien näkemyksen vahvistamiseksi sekä auttavan jo vuosia muistisairaiden parissa työskennelleitä hoitajia näkemään uusia keinoja tukea muistisairaita selviytymään omassa arjessaan. Toivomme, että tulevaisuudessa pystyisimme hyödyntämään opinnäytetyön tuloksia toimintakyvyn ylläpitämisessä omalta osaltamme ja jakamaan tietotaitoa myös muille.

Lähteet

Analyysissä käytetyt lähteet on merkitty * -merkillä

*Cohen-Mansfield, Jiska – Thein, Khin – Dakheel- Ali, Maha – Marx, Marcia. 2010. Engageing nursing home residents with dementia in activities: The effects of modeling, presentation order, time of day, and setting characteristics. *Aging Ment Health*. 14 (4): 471–480.

*Dobrohotoff, John – Llewellyn-Jones, Robert. 2011. Psychogeriatric inpatient unit design: a literature review. *International Psychogeriatrics* 23 (2): 174–189.

*Elo, Satu – Kyngäs, Helvi. 2009. Induktiivis-deduktiivisen keskitason teorian kehittäminen: Esimerkkinä teoria pohjoissuomalaisten kotona asuvien ikääntyneiden hyvinvointia tukevasta ympäristöstä. *Hoitotiede* 21 (1): 54–66.

Elo, Satu – Saarnio, Reetta – Isola, Arja 2013. Hoitajien näkemyksiä muistisairaana fyysisestä hoitoympäristöstä. *Tutkiva Hoitotyö* 11 (3): 17–24.

Eloniemi-Sulkava, Ulla 2010. Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypä hoito suositus. Duodecim. Helsinki. Verkkodokumentti. <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>>. Luettu 26.7.2014.

Eloniemi-Sulkava Ulla – Juva, Kati – Mäkelä, Matti. 2010. Kotona asuvan muistisairaana hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. (toim) Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Eloniemi-Sulkava, Ulla – Savikko, Niina 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos- tutkimus- ja kehittämishanke 2007–2010, tutkimusraportti 3. Vanhustyön keskusliitto. Päivitetty 16.1.2014. Verkkodokumentti. <http://www.vtkl.fi/fin/sahkoiset_julkaisut/>. Luettu 17.8.2014

Erkinjuntti, Timo – Alhainen, Kari – Rinne, Juha 2004. Muistihäiriöt. Muistipulmia voidaan ehkäistä, tutkia ja hoitaa. Edessä on hyviä muistoja. Kustannus Oy Duodecim ja Maarit Huovinen (Toim) Helsinki. Duodecim ja Suomen apteekkariliitto.

Erkinjuntti, Timo – Pirttilä, Tuula 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa. Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilikka. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Evans, Lois – Cotter, Valerie 2008. Avoiding Restraints in Patients with Dementia: Understanding, prevention, and management are the keys. *American Journal of Nursing* 108 (3): 40 – 49.

Hallikainen, Merja – Mönkäre, Riitta – Nukari, Toini – Forder, Marjo (toim) 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim.) 2008. Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula. 2012. Tutki ja Kirjoita. 15-17. painos. Hämeenlinna. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013–2017. Ympäristöministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. Verkkodokumentti. <http://www.ym.fi/fiFI/Ajankohtaista/Tiedotteet/Ikaantyneiden_asumisen_kehittamisohjelma%288954%29>. Luettu 14.10.2014

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kuntainfo (5). Verkkodokumentti. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=207651&name=DLFE-8728.pdf> . Luettu 28.11.2014

Juva, Kati – Vuotilainen, Päivi – Huuska, Tiina – Eloniemi-Sulkava, Ulla 2010. Pitkäaikaishoitoon joutumisen vaaratekijät ja hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soinin, Hilikka. Muistisairaudet. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Juvani, Satu – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi 2006. Pohjoissuomalaisten ikääntyneiden kokemuksia hyvinvointia tukevasta symbolisesta ympäristöstään. Hoitotiede 18 (1): 25–35.

Kan, Suvi – Pohjola, Leena 2012. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet ja niiden hoito. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: SanomaPro.

Kananen, Jorma. 2014. Laadullinen tutkimustyö opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä. Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4): 291–301.

Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. 2012. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012.10. Verkkodokumentti. <www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1800855>. Luettu 9.7.2014.

*Kivelä, Kirsti. 2012. Hoitoympäristöjen suunnittelu – Potilaan näkökulma. Tampereen yliopisto terveystieteiden yksikkö. Hoitotyön johtamisen koulutusohjelma. Kandidaatin työ. Saatavilla sähköisesti osoitteesta: <http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/Kivela_kandi.pdf>.

*Kotilainen, Helinä – Topo, Päivi. 2011. Hyvän elämän mahdollisuudet. Iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisen hoidon ympäristössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Memo 3: 9–11.

*Kuusela, Marja - Hupli, Maija – Johansson, Kirsi – Routasalo, Pirkko – Eloranta, Sini. 2010. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa. Hoitotiede. 22 (2): 96–107.

*Kylén, Maya – Ekström, Henrik – Haak, Maria – Elmståhl, Sölve – Iwarsson, Susanne. 2014. Home and Health in the Third Age – Methodological Background and Descriptive

Findings. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 11 (7): 7060–7080.

Kääriäinen, Maria - Lahtinen, Mari. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* . 1. (18). 37–45.

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2014. Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 6.6.2014. Verkkodokumentti. <www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1883777>. Luettu 30.6.2014.

Lehtiranta, Susanna – Leino-Kilpi, Helena – Koskenniemi, Jaana – Jartti, Laura – Hupli, Maija – Stolt, Minna – Suhonen, Riitta. 2014. Muistisairaahan henkilön kotoa laitoshoitoon siirtymistä jouduttavat tekijät. *Hoitotiede*. 26 (2). 113–124.

Muistiliitto ry. Muisti ja muistisairaudet. Helsinki. Sivut päivitetty. 6.9.2013. Verkkodokumentti. <www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>. Luettu 16.6.2014.

*Mäkinen, Elisa – Roivas, Marianne. 2009. Jotta jokaisella olisi hyvä - Voimavaroja vahvistava vanhuskeskus. Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja C Artikkelit 1. Verkkodokumentti. <http://www.metropolia.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisutoiminta/C1_Jotta_jokaisella_oli_hyva.pdf> . Luettu 16.1.2015

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Ostwald, Sharon – Dyer, Carmel 2011. Fostering resilience, promoting health and preventing disease in older adults. An introduction to Gerontology. Ian Stuart-Hamilton (toim) United Kingdom. 70. Cambridge University Press.

*Puumalainen, Päivi. 2011. Ikääntyneiden asuminen ja hyvinvointi. Itä-Suomen Yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta . Yhteiskuntatieteiden laitos. Sosiaalipolitiikka. Pro gradu –tutkielma. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110124/urn_nbn_fi_uef-20110124.pdf>.

Suontaka-Jamalainen, Kirsti 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Hoitotiede. Tampere. Tampereen yliopisto. Saatavilla sähköisesti osoitteessa. <<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1>>.

Tanner, Bronwyn – Tilse, Cheryl – De Jorge, Desleigh 2008. Restoring and Sustaining Home: The impact of Home Modification on the Meaning of Home for Older People. *Journal of Housing For the Elderly*, Vol. 22(3), 2008:195–215. Saatavilla sähköisesti osoitteessa: <http://scholar.google.fi/scholar?start=10&q=journal+of+housing+for+the+elderly&hl=fi&as_sdt=0,5&as_vis=1> .

The Legacy of Florence Nightingale`s Environmental Theory: Nursing Research on the Impact of Healthcare Environments. 2014. Executive Summary of Key Concepts. *Health Environment Research & Design Journal*. HERD. 7 (4).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Toimintakyky. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/toimintakyky>>. Luettu 26.11.2014.

Topo, Päivi – Kotilainen, Helinä – Eloniemi-Sulkava Ulla. 2012. Affordances of the Care Environment for People With Dementia – An Assessment Study. Research. Health Environments Research & Design Journal. HERD 5 (4): 118–119.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

*Turja, Tiina – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva Hoitotyö 4 (1): 4–8.

Vammaispalvelun käsikirja 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Toimintakyvyn arviointi. Saatavilla sähköisesti osoitteesta <<http://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/palvelutarpeen-selvittaminen/toimintakyvyn-arviointi>>. Luettu 26.11.2014.

Verna, Ira (toim.) 2009. Dementiaoireisten asuin- ja hoivaympäristöt. SOTERA. Arkkitehtuurin laitos. Teknillinen korkeakoulu. Julkaisu. Verkkodokumentti. <http://www.sotera.fi/pdf/Dementiaoireisten_asuin%20ja%20hoivaymparistot_web.pdf> Luettu 21.7.2014.

*Wood-Nartker, Jeanneane – Guerin, Denise A. – Beuschel, Emily. 2014. Environmental cues: Their influence within assisted living facilities. Health environments research & design journal. 7(3): 120–143.

Zborowsky, Terri – Bunker-Hellmich, Lou. 2010. Integrating Healthcare Design Research Into Practice: Setting a New Standard of Practice. Environments Research & Design Journal. HERD 4 (1): 116–117

Taulukko 1. Aineiston tiedonkeruu taulukko

Tietokanta	Hakusanat ja rajaukset	Osumat	Hylätyt	Valitut otsikon ja/tai abstraktin mukaan
Melinda	muistisairaus dementia, dementia hoitoympäristö muistisairas dementia muistihäiriöt Gerontologia 2004–2014, kokotekstin saatavuus	11 30 2 157 266	Otsikon tai abstraktin perusteella. Ei tutkimusartikkeli	Viite1. Hallikainen, Merja – Mönkäre, Riitta – Nukari, Toini – Forder, Marjo (toim). 2014. Viite 7. Erkinjuntti, Timo – Rinne, Juha – Soininen, Hilka. 2010. Viite 4. Verna, Ira. 2009. Viite 1. Kan, Suvi – Pohjola, Leena. 2012. Viite 23. Eloniemi-Sulkava, Ulla – Savikko, Nina. 2011. MielenMuutos- tutkimus – ja kehittämishanke. 2011. Viite 64. Memo: Suomen muistiasiantuntijat: julkaisuja. Viite 139.. Erkinjuntti – Rinne – Alhanen. 2004. Viite 151. Hartikainen, Sirpa – Lönnroos, Eija (toim. 2008). Geriatria: Arvioinnista kuntoutukseen.
Ebsco	dementia, environment 2009–2014 journals, full text available	114	Koko tekstiä ei saatavilla. Otsikon tai abstraktin perusteella.	6. Zborowsky, Terry. 2010. The Legacy of Florence Nightingale's Environmental Theory. 2014. Marquardt, Gesine – Bueter, Kathrin – Motzek, Tom. 2014. Topo, Päivi – Kotilainen, Helinä – Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2012. Dobrohotoft, John – Llewellyn-Jones, Robert. 2011. Wood-Narcker, Jeanneane – Guerin, Denise – Beuschel Emily. 2014.
OVID	dementia, environment journals, full text available	7	Otsikon tai abstraktin perusteella.	2. Evans, Lois – Cotter, Valerie. 2008. American Journal of Nursing. Tanner, Bronwyn – Tilse, Cheryl – De Jonge, Desleigh. 2008. Journal of Housing For the Elderly.
Medic	dementia AND toimintakyky vain kokoteksti 2009–2014	3	Otsikon tai abstraktin perusteella	Viite 3. Suontaka-Jamalainen, Kirsti 2011. Pro gradu tutkielma.
Pubmed	Modeling environment for dementia journals, full text available 2009–2014.	9	Ei vastaa kysymyksiin Koko tekstiä ei saatavilla	Kylen, Maya – Ekstöm, Henrik – Haak, Maria – Elmståhl, Solve – Iwarsson, Susanne. 2014. International Journal of environmental and Public Health. Cohen-Mansfield, Jiska – Thein, Khin – Dakheel-Ali, Maha – Marx, Marcia. 2010. Ageing Ment Health.
Harmaa-haku	Tieteelliset artikkelit. Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehdet sekä ammattikirjallisuus. 2004–2014			Tutkiva Hoitotyö, STM selvityksiä, STAKES raportti ja julkaisuja. Environments Research & Design Journal. Pro gradu -tutkimukset, Käypä hoito suositus 2010. Sosiaali- ja Terveysministeriön selvityksiä. ja Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisu. Sarja C. Artikkelit 1.

Liite 2. Analyysikehys

Tekijät, vuosi, nimi, maa	Tarkoitus	Kohderyhmä (otos)	Analyysin keruu	Päätulos
<p>1. Cohen-Mansfield, Jiska – Thein, Khin–Dakheel-Ali, Maha – Marx, Marcia 2010. Engagein nursing home residents with dementia in activities: USA.</p> <p>International Journal of Environmental research and Public Health</p>	<p>The impact of setting characteristics and presentation effects on engagement with stimuli.</p> <p>Ympäristön vaikutukset ja ominaisuudet, tarjottujen virikkeiden esitystapa, sitoutuminen.</p>	<p>In a group of 193 nursing home residents with dementia</p> <p>ryhmä 193 vanhainkodin asukasta joilla dementia.</p>	<p>Observational study of agitation in agitated nursing home residents.</p> <p>Havainnointi, tutkimus levottomista vanhainkodin asukkaista.</p>	<p>Engagement duration increased significantly and participants has a significantly more positive attitude for trials that included modeling of appropriate behavior relative to those that did not.</p> <p>Sitoutuneisuus kasvoi merkittävästi ja osanottajilla oli huomattavasti parempi asenne koettelemuksiin, jotka sisältävät asianmukaista käytöksen mallintamisen suhteessa niihin, jotka eivät.</p>
<p>2. Dobrohotoft, John – Llewellyn-Jones, Robert. 2011. Psychogeriatric inpatient unit design: a literature review. Australia.</p> <p>International Psychogeriatrics.</p>	<p>Literature provides useful guidance on how PGU (psychogeriatric inpatient units) design can optimize patient and staff safety and improve clinical outcomes.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus tarjoaa hyödyllistä ohjausta kuinka (vanhuspsykiatrisissa yksiköissä) suunnittelu voi optimoida potilaan ja henkilökunnan turvallisuutta sekä parantaa kliinisiä tuloksia.</p>	<p>Over 200 papers were reviewed and 130 were included.</p> <p>Yli 200 artikkelia oli tarkasteltiin ja 130 otettiin mukaan.</p>	<p>Literature review</p> <p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>There are few good quality studies to guide the design of acute PGUs and much of the existing literature is based on opinions and anecdote or, at best, based on observational studies</p> <p>On olemassa muutamia laadukkaita tutkimuksia akuutista vanhuspsykiatrisista yksiköistä ja paljon olemassa olevista kirjallisuuskatsauksista perustuu mielipiteisiin ja kaskuihin tai parhaimmillaan havainnointi tutkimuksiin</p>
<p>3. Elo, Satu - Kyngas, Helvi. 2009. Induktiivis-deduktiivisen keskitason teorian kehittäminen: Suomi</p> <p>Tutkimusartikkeli Hoitotiede</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää kuvaava ja selittävä keskitason teoria ikääntyneiden omiin kokemuksiin perustuen, jolloin he itse määrittivät hyvinvointia tukevat ympäristötekijät.</p>	<p>Kolmesataa kaksikymmentä kahdeksan pohjoissuomalaista ikääntynyttä henkilöä</p>	<p>Haastattelu</p>	<p>Lopputuloksena saavutettiin induktiivisen teorian muodostuksen mukaisesti hypoteettisten mallien käsitteet ja käsitteiden sisällöt, jotka kuvasivat fyysistä, sosiaalista ja symbolista ympäristöä.</p>
<p>4. Kivelä, Kirsti, 2012. Suomi. Hoitoympäristöjen suunnittelu - Potilaan näkökulma.</p> <p>Kandidaattityö</p>	<p>Kuvata potilaiden tärkeinä pitämiä asioita, suunniteltaessa hyvin toimivia ja viihtyisiä sairaaloiden hoitoympäristöjä</p>	<p>Tuloksia voivat hyödyntää sairaaloiden hoitoympäristöjen suunnitteluryhmiin osallistuvat edustajat ja muut suunnittelijat</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus</p>	<p>Sairaaloiden ja hoitoympäristöjen suunnittelussa potilaiden tärkeinä pitämiä asioita ovat perhekeskeisyyttä, yksityisyyttä ja turvallisuutta sekä viihtyvyyttä ja esteettisyyttä tukevat tilaratkaisut.</p>

<p>5. Kotilainen, Helinä – Topo, Päivi. 2011. Suomi. Hyvän elämän mahdollisuudet iäkkäiden ihmisten ympärivuorokautisessa ympäristössä.</p> <p>Tutkimus artikkeli. Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.</p>	<p>Tavoitteena oli tunnistaa asioita, joiden avulla asukkaiden oloa voidaan parantaa.</p>	<p>Yhdentoista eri hoitoyksikön tilat, ympärivuorokautista hoitoa vaativien muistisairaiden hoitoympäristöstä.</p>	<p>Tutkimusartikkeli. Arvioitiin yhdentoista hoitoyksikön tilat lomakkeen avulla.</p>	<p>Hoito ympäristöjen kehittämiseen on syytä tarttua määrätietoisesti jos halutaan niiden palvelevan paremmin muistisairaiden ihmisten arkea.</p>
<p>6. Kuusela, Marja – Hupli, Maija – Johansson, Kirsi – Routasalo, Pirkko – Eloranta, Sini. 2010. Suomi. Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.</p> <p>Tutkimusartikkeli. Hoitotiede</p>	<p>Moniammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.</p>	<p>Kaksikymmmentäviisi harkinnanvaraaisesti valittua kotihoidon ammattihenkilöä jotka työskentelivät yhdenlänsisuomalaisen kaupungin piirissä.</p>	<p>Aineisto kerättiin Fokusryhmähaastattelulla yhden länsisuomalaisen kotihoidon kahdeltäkymmeneeltä viideltä kotihoidon ammattihenkilöltä.</p>	<p>Ammatillinen osaaminen iäkkään kotihoidon asiakkaan fyysisen toimintakyvyn tukemisessa koostui yhteisosaamisesta ja tieto-taidosta fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.</p>
<p>7. Kylan, Maya – Ekström, Henrik – Haak, Maria – Elmståhl, Solve – Iwarsson, Susanne. 2014. USA Home and Health in the Third Age. International Journal of Environmental research and Public Health</p>	<p>Understanding of the relationship between the home environment, well-being and daily functioning in the third age.</p> <p>Koti ympäristönä, hyvinvoinnin ja päivittäisen toimintakyvyn, suhteen ymmärtäminen kolmannessa ikä vaiheessa (vanhuus)</p>	<p>Included 371 people aged 67-70, living in ordinary housing in south of Sweden.</p> <p>Mukana oli 371 henkilöä iältään 67–70 vuotta, he asuvat tavallisissa asunnoissa Ruotsin eteläpuolella</p>	<p>Structured interviews and observations were conducted to collect data about objective and perceived aspect of home and health.</p> <p>Strukturoidut haastattelut ja havainnot tehtiin keräämällä tavoitteellista tietoa ja näkökulmaa kodista ja terveydestä.</p>	<p>Women had more functional limitations and reported more symptoms than men. Environmental barriers were found in every home investigated: the most were found in the kitchen and hygiene area. Environment barriers were more common in multi-family than in one-family dwellings.</p> <p>Naisilla oli enemmän toiminnallisia rajoitteita ja raportoitu enemmän oireita kuin miehillä. Ympäristön esteitä löytyi jokaisesta tutkitusta kodista: eniten niitä löytyi keittiöstä ja hygienialueilta. Ympäristö esteet olivat yleisiä usean perheen kuin yhden perheen asunnoissa.</p>

<p>8. Mäkinen, Elisa – Rovas, Marianne. 2009. Suomi. Jotta jokaisella olisi hyvä. Metropolian ammattikorkeakou- lun julkaisu</p>	<p>Näkökulmia siihen, miten ympäristöllä voidaan vahvistaa ikäihmisen voimavaroja.</p>	<p>Ikäihmisten kuntoutumis- ta tukevien toimintaympä- ristöjen kehittämi- nen yhdessä asiakkaiden ja henkilökun- nan kanssa.</p>	<p>Julkaisu perustuu kuntoutus- ja sosiaali-alan sekä hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetöihin Kirjoittajat ovat tarkastelleet ikäihmisten toimintaympäri- stöön liittyviä tekijöitä.</p>	<p>Kuntouttavan työotteen avulla voidaan monipuolisesti tukea vanhuksen toimintakykyä ja ylläpitää sitä.</p>
<p>9. Puumalainen, Päivi. 2011. Suomi. Ikääntyneiden asuminen ja hyvinvointi. Progradu- tutkielma</p>	<p>Luoda kokonaiskuva ikäntyneiden asumismuodoista Suomessa ja tarkastella, kuinka ikääntyneiden hyvinvointi ja toimintakyky on otettu huomioon asumisratkaisuisissa.</p>	<p>Ikääntyneid en asumisen vaihtoehdot, ikäntyneid den kotona asumista tukevat tukipalvelut sekä ikäntyneen toimintaky- vyn muutokset ja niiden vaikutus asumisen tarpeisiin.</p>	<p>Kirjallisuuskats aus</p>	<p>Tutkimuksesta käy esille että hyvinvoinnin tukemiseksi asumisen tulisi olla esteetöntä ja turvallista sekä tukea ikäntyneen toimintakykyä. Lisäksi lähipalveluiden ja harrastusmahdollisuuksien saatavuus vaikuttavat omatoimisuuteen, yksinäisyyden ehkäisyyn, ja elämänlaatuun.</p>
<p>10. Turja, Tiina – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Suomi Tutkiva hoitotyö Tutkimusartikkeli</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää, Miten hoitajat arvioivat oman toimintansa vakiintumista pysyväksi toimintamalliksi.</p>	<p>Tutkimuk- sen kohderyh- mänä olivat sairaanhoita- jat ja perushoita- jat siitä osastosta, joka oli osallistunut toimintatut- kimukseen iäkkään potilaan kuntoutu- mista edistävästä hoitotyöstä.</p>	<p>Tutkimusartik- keli. Toimintatutki- mus.</p>	<p>Tulokset osoittivat, että hoitajien toimintaan oli jäänyt pysyväksi potilaan terveys- ja toimintakyvyn systemaattinen arviointi, mikä on kuntoutumista edistävän hoitotyön lähtökohtana.</p>

<p>11. Wood-Nartker, Jeanneane – Guerin, Denise – Beuschel, Emily. 2014. USA. Environmental cues: Their influence within assisted living facilities. Health environments research and design journal.</p>	<p>Observational study examined relationship between the number of environmental sensory cues with assisted living facilities. Havainnointi tutkimuksessa tutkittiin suhdetta ympäristön aistivihjeiden määrän ja kotihoidon tilojen kesken.</p>	<p>Design professionals should have a thorough understanding of the nature of the facility and the need to control some factors in facilities, especially when including environment cues. Ammattisuunnittelijoilla pitäisi olla perusteellinen käsitys tilojen luonteesta ja tarve hallita joitakin ympäristötekijöitä, eritoten ympäristön vihjeitä.</p>	<p>On-site interviews were scheduled with 140 ALF (assisted living facilities) directors located in the lower peninsula of Michigan. Haastattelut toteutettiin 140 kotihoidon tiloissa, alemman Michiganin niemimaalla.</p>	<p>Findings showed that fall rates and environmental cues sometimes have a negative correlation. A positive correlation was found between the number of residents living in an ALF and the mean number of cues included in the overall environment. Havainnot osoittivat, että joskus kaatumisten määrällä on negatiivinen riippuvuus suhde ympäristön vihjeisiin. Positiivinen riippuvuus suhde löytyi useista kotihoidon asukkaista ja luku määrän keskiarvo sisältää koko ympäristön vihjeet.</p>
--	---	---	--	---

Liite 3. Analyysirunko

Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka
osanottajat voivat hyötyä kirkkaasta valosta	valaistus ja luonnonvalo	Esteettisyys toimintaympäristössä
sitoutumiseen voidaan vaikuttaa tummennetulla ympäristöllä	tummennettu ympäristö	
hyötyä kirkkaasta valosta	valaistus	
käyttämällä valaistusta tilanmäärittelyssä		
häikäisemätön yleisvalaistus on tarpeen		
valoa optimaaliseen sitoutumiseen	valo	
riittävä valaistus		
yövaloja tai valaistuja reittejä		
hyvä päivänvalo	päivänvalo	
useat sisustus elementit, kuten kalustus	materiaalit	
seinäpinnat, lattia päällysteet		
puhtaanapitoa helpottavat materiaalit		
seinienvärit tulisi olla neutraalit	värit	
viimeistellä eriävällä värillä	eriävät värit	
tekemällä tiloista visuaalisen	aistiympäristö	
taideteos ja ikkunat		
tuoksut, äänet, värit, valaistus ja rakenteet		
lämpötilan, kosteuden, ilmanlaadun		
luonnon näkymät tai mahdollisuus luontokontaktiin		
hillittyjä värejä, koska ne koetaan rauhoittaviksi tuoksut ja taideteokset		
Ympäristön ominaisuuksilla: virike, lämpötila ja ajankohta päivästä	ympäristön ominaisuudet	
tekemällä tiloista visuaalisen	visuaalisuus	
kontrastien ottaminen huomioon	visuaaliset kontrastit	
mukavat levähdysalueet	rentoutuminen	
pirteys on liitetty potilas tyytyväisyyteen	hyvinvointi	

antaa näkyvän viestin, hälytysääni	opasteet	
käyttämällä sopivia opasteita		
Opasteiden tulee olla helposti luettavia ja selkeitä	selkeys	
opasteet geriatrisessa ympäristössä tulisi olla selkeitä ja korostettuja	opasteet selkeitä	
Suunnitteluratkaisut akustiikan parantamiseksi	akustiikka / melu	
miellyttävät äänet		
meluttoman ympäristön rakentamiseksi		
vaaditaan tietyn tason ääntä		
äänen voimakkuus		
tilojen esteettömyys ja turvallisuus	suunnitelmallisuus ja arviointi	Hoitoympäristö
hahmottamista tukevat tilaratkaisut	hahmotuskyky	
toiveen helppokulkuisista, esteettömistä ulkotiloista	esteettömyys	
ympäristön esteiden poistamiseen		
hyvä ja esteetön asuminen		
esteiden poistaminen harhailevilta potilailta		
tilojen esteettömyys		
riittävän leveitä, vapaita kulkureittejä ja erilaisia tukirakenteita		
tilojen väljyys, esteettömyys ja viihtyisyys		
viihtyisyyttä ja esteettisyyttä tukevia tilaratkaisuja		
ovien lukot tulee poistaa	turvallisuus	
makuhuoneen ja WC ovien tulee kääntyä ulos huoneesta		
rutiinien tärkeyttä asukkaiden turvallisuudentunteen kannalta		
kengättömyys on liitetty lisääntyneisiin kaatumisiin		
potilashuoneen kalusteita siirtämällä järjestyy tilaa perheelle	tilaratkaisut	
perhekeskeisyyttä tukevia tilaratkaisuja		
ulkoilutilaan ja järjestämällä pääsyn avoimiin yhteistiloihin		

erillisten tilojen luominen tarkoin määritetyille toiminnolle	toiminnalle suunnatut tilat	
kylpyhuone tilat jotka ovat näkyviä ja kodin omaisia	näkyvät tilat	
tilojen koolla ja huone tyypillä on merkitystä kaatumisiin	huonetyypit tilojen koot	
yksinasuminen on uhka hyvinvoinnille	yhteisössä asuminen	
kaiteet ja tukikahvat, eritoten kylpyhuoneissa ja suihkuissa	apuvälineen	
apuvälineiden oikean käytön opastaminen	apuvälineet	
selkeä ympäristö, joka tarjoaa kohtuullisesti myönteisiä virkeitä	selkeys	
ilmanlaatua parantavat suunnitteluratkaisut ja	suunnittelu ratkaisut	
ympäristön muokkaus	ympäristön muokkaus	
yksityisyys ja tilojen pirteys on liitetty potilas tyytyväisyyteen	yksityisyys	Fyysisen toimintakyvyn tukeminen
kaiken kaikkiaan siisteys, sisustus, hiljaisuus		
luontonäkymiin väreihin ja kontrasteihin liittyvät tilaratkaisut	asiakaslähtöisyys	
toimintakykyä edisti asukaslähtöisyys		
huomioon potilaan näkökulman päätöksiä tehdessään		
perus toiveen lohdusta, mukavuudesta, turvallisuudesta, viihteestä ja tiedoista	toimintakyvyn tukeminen	
sisältää ovien naamiointia		
ympäristön tulisi johtaa itsenäiseen toimintaan	itsenäinen toiminta	
ympäristön tulisi johtaa rentoutumiseen		
kokee elämänsä mielekkääksi ja mielialansa hyväksi.	psykykinen hyvinvointi	
asuin ympäristön on pystyttävä tukemaan myös henkistä hyvinvointia	henkinen hyvinvointi	
voidaan tukea niin fyysistä, sosiaalista kuin psyykkistä hyvinvointia	yleinen hyvinvointi	
ikäntyneen väestön autonomian tukemisessa	autonomia	

toimintakykyä edistävien toimintojen valinnassa ja ajoituksessa	itseääräämis-oikeus	
itseääräämis-oikeutensa kunnioittamisena.		
yksityisyyden korostaminen		
lähipalveluiden saatavuus vaikuttaa omatoimisuuteen ja elämänlaatuun	toimintakyvyn tukeminen	
asuminen tulisi olla esteetöntä ja turvallista sekä tukea ikääntyneen toimintakykyä		
tukemaan potilaan omatoimisuutta ja jäljellä olevaa toimintakykyä	omatoimisuuden tukeminen	
asukkaiden omatoimisuutta tuettiin järjestelmällisesti arjen tilanteissa		
kodin ympäristö luominen terveellistä vanhenemista tukevaksi	voimavara-lähtöisyys	
vapauden liikkuu vähentävät tilanteita, joissa aggressiivista käytöstä		
fyysisen toimintakyvyn tukeminen		
erityisesti suunniteltu ulkotilojen käyttö		
riippuvuuden tasot olivat korkeammat suurimmissa tiloissa kuin pienimmissä tiloissa		
potilaan omatoimisuuden tukemiseen		
kääntyneen toimintakyky ja voimavarat		
harrastusmahdollisuuksien tukeminen ja kuljetuksen järjestäminen		
iloiset värit ja kauniit esineet ympäristössä herättivät keskustelua ja aktivoivat asukkaita		
mahdollisuus myös itsenäiseen oleskeluun pihalla ja ulkotiloissa		
hoitajat kuuntelevat ja ottavat huomioon potilaan toiveet		potilaan kuunteleminen
ympäristö mahdollistaa turvallisesti fyysisen aktiivisuuden ylläpitäen toimintakykyä		fyysinen aktiivisuus
voidaan parantaa hyvinkin iäkkäiden ja huonokuntoisten henkilöiden lihasvoimaa		
kuntoutumista edistävän työotteen mukaisesti ja toiminta	kuntoutumista tukevan toiminta	

päätöksentekoa varten tarvittavaa tietoa ja tukea	toimintakyvyn säilyvyys	
asukkaiden mielialan ja tahdon kuuleminen	asiakkaan lähtökohdasta toimiminen	
yhteiset "pelisäännöt" arjessa tulivat esiin asukkaiden aktiivisuutta lisäävänä tekijänä	aktiivisuutta lisäävänä	
työskentelynsä kuntoutumista edistävän näkökulman	kuntoutumisen edistäminen	Ammattiosaamisen lähtökohdat
peruskoulutuksessa saatuun tietoon, kokemukseen ja hiljainen tieto	tietotaito	
avun saaminen, yhteydenpito omaisiin, ystävät hyvinvoinnin tukijoina	tuen antaminen	
itsenäisen selviytymisen edistämiseksi edellyttää toimijoiden tieto-taitoa	moniammatillisuus	
itsenäisen kotona selviytymisen tukeminen vaatii moniammatillista osaamista		
moniammatillisella yhteistyöllä on suuri merkitys		
tieto-taidosta fyysisen toimintakyvyn tukemisessa.		
menetelmiä ikäihmisten omatoimisuuden edistämiseksi		
kartoittivat potilaan toimintakyvyn laaja-alaisesti	toimintakyvyn kartoittaminen	
potilaan terveys ja toimintakyky pyrittiin kartoittamaan käyttämällä mittareita		
ympäristön olosuhteet ovat tärkeitä	motivoiminen	
vessojen näkyvyyden lisäämistä		
osoittaa yhtä näkökulmaa ympäristöstä	ympäristön muokkaus	
suunnittelun olennaiset piirteet ovat kodinomaisuus,	ympäristöjen suunnittelu	
koulutuksella ja luomalla selkeät toimintaperiaatteet kaatumisen ehkäisemiseksi	toimintaperiaatteet	
henkilökunnan tietämyksellä ja näkemyksellä on suuri merkitys	toiminnan ohjaus	
henkilökunnan vastuuta asukkaiden toiminnan ohjauksesta, motivoinnista ja valvonnasta	henkilökunnan tietämys	
arjen tilanteissa sekä toimiminen hänen lähtökohdistaan käsin		
lisääntynyt valvonta ja tarkkailu potilaiden ja henkilökunnan välillä.	valvonta ja kontrolli	

kognitiivisen toimintakyvyn arvioinnissa hoitajat käyttivät MMSE-mittaria	arviointi
portaikon arvioitiin lisäävän päivittäistä itsenäistä toimintakykyä	
palvelut asiakkaiden kotona koettiin toimintakyvyn tukemisen kannalta välttämättömiksi	
fyysisen toimintakyvyn tukemisessa koostui yhteistyöosaamisesta	
kotona asumisen tukeminen nähtiin yhteisvastuullisena tehtävänä	
itsensä määräämisoikeus toteutuu, kun ikäihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja	toimintakyvyn säännöllinen seuraaminen
lääkityksen ja ravituksen tärkeitä	
hoitajien tilat ovat lähellä	avunsaanti
pitempään säilyvä toimintakyky ja tehostuva sairauksien hoito	suunnitelmallisuus ja kokonaisvaltainen arviointi
palvelujen määrän lisääminen, hälytysjärjestelmät	
ikäihmisten fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä	
kollegojen säännöllisen sisäisen konsultaation tärkeäksi	toiminnan kehittäminen
FIM-mittarin pohjalta kehittämäänsä arviointilomaketta.	
hyvät mahdollisuudet hoitotyön tavoitteiden laatuun	
fyysistä aktiivisuutta lisäävällä muutoksella voidaan saavuttaa hyviäkin tuloksia	
toimintakykyä edisti asukaslähtöisyys, asukkaiden mielialan ja tahdon kuuleminen	henkilökunnan tietämys

Analyyysin tulokset

