

Virpi Hasu

# KUNTOUTTAVAA TOIMINTAA KEHIT- TÄVÄN KOOKOS-PROJEKTIN VAIKU- TUS IKÄÄNTYNEIDEN HENKILÖIDEN TOIMINTAKYKYYN JA ELÄMÄNLAA- TUUN

Opinnäytetyö

Vanhustyön koulutusohjelma

Joulukuu 2016



**KYAMK**  
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Virpi Hasu	Geronomi	joulukuu 2016
<b>Opinnäytetyön nimi</b> Kuntouttavaa toimintaa kehittävän KOOKOS-projektin vaikutus tehostetun palveluasumisen yksiköissä asuvien ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun		sivua 58 liitesivua 20
<b>Toimeksiantaja</b> Mehiläisen ikääntyneiden palvelut		
<b>Ohjaaja</b> Sari Ranta, yliopettaja, FT		
<b>Tiivistelmä</b> KOOKOS-projektissa tarkoituksena oli kouluttaa Mehiläisen tehostetun palveluasumisen yksiköiden henkilökuntaa käyttämään mm. musiikin, muistelun ja fyysisen kuntoutuksen keinoja arjessa asukkaiden toimintakyvyn parantamiseksi. Tämän opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tavoitteena oli tutkia kyseisen projektin vaikuttavuutta pääasiassa kahdessa Kouvolan seudulla sijaitsevassa tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvien ikääntyneiden henkilöiden fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Tämän kvantitatiivisen tutkimuksen tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella, joiden lisäksi harkinnanvaraisessa satunnaisotannassa valikoituneiden asukkaiden (N=40) fyysistä toimintakykyä testattiin EMS-mittaria käyttäen. Kognition mittaamiseen käytettiin MMSE-testiä. Kaikki mittaukset toistettiin tutkimuksen alussa ja lopussa. Tilastollisissa kuvauksissa käytettiin apuna SPSS-ohjelmaa. Avointen kysymysten vastaukset kirjattiin erilliseen liitteeseen. Käytettävät mittarit valittiin niin, että ne olivat selkeitä, osittain hoitohenkilöstölle entuudestaan tuttuja ja nopeita toteuttaa jotta henkilökunnan olisi jatkossa helppo tehdä samat mittaukset ja näin jatkaa vaikutusten seuranta luotettavia mittaustuloksia saaden.  Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa kävi ilmi, että fyysisen toimintakyvyn osa-alueet olivat parantuneet 36 %:lla ja pysyneet ennallaan 19 %:lla tutkittavista. 47 %:lla tutkittavista oli elämänlaatu ja ADL- toiminnoissa tapahtunut parannusta. Kognitiivisissa toiminnoissa oli tapahtunut parannusta 20 %:lla, ja tilanne oli pysynyt muuttumattomana 40 %:lla tutkittavista. MMSE- testituloksia palautui kuitenkin toisessa vaiheessa melko niukasti. Avointen kysymysten vastausten perusteella voitiin todeta, että ikääntyneiden toiveet heille järjestettävän toiminnan suhteen olivat kovin vaatimattomia, ja valtaosa niistä olisi helppoja toteuttaa edullisesti missä ja miltei kenen toimesta tahansa.  Kehittämisehdotukseksi esitetään tässä tutkimuksessa hieman laihaksi jääneen kognition osa-alueen jatkotutkimuksen, ja toisaalta myös ravitsemuksen vaikuttavuuden osa-alueen tutkimuksen, jota ei tässä tutkimuksessa ollut mukana lainkaan. Tämän tutkimuksen tuloksia voi tilaajataho hyödyntää KOOKOS-projektin jatkon eli konseptin muihin yksiköihin jalkauttamisen ja arjen kuntouttavan toiminnan suunnittelun tukena sekä viriketoiminnan laadun osoittamiseen kuntayhteistyötahoille.		
<b>Asiasanat</b> ikääntynyt, elämänlaatu, kuntoutus, kognitio, kulttuuri, toimintakyky		

<b>Author (authors)</b> Virpi Hasu	<b>Degree</b> Bachelor of Elderly Care	<b>Time</b> December 2016
<b>Thesis Title</b> The impact of the KOOKOS-project, which was regenerating rehabilitation in the ability to function and the quality of life of elderly people who are living as residents` in sheltered housing units.		
<b>Commissioned by</b> Mehiläinen Elderly Services		58 pages 20 pages of appendices
<b>Supervisor</b> Sari Ranta, Principal Lecturer, FT		
<b>Abstract</b>  <p>The purpose of KOOKOS-project was to educate staff members of two piloting sheltered housing units in Kouvola to use methods of culture, mostly music, remembrance and fysical rehabilitation in order to improve elderly residents` ability to function.</p> <p>This was a quantitative study and the material to it was gathered by using halfstructured questionnaire and by using the EMS-test, to measure the physical ability and MMSE-test to measure the cognition of the elderly people who took part in this study. The partisipants to this study were picked by using discretionary random sample (N=40). All tests and the questionnary were performed twice, first in the beginning of the study and again at the end of it. The statistic description was conducted by using the SPSS-program. Answers to the open questions in the questionnaire were documented in a separate attachment. The tests used in this study were chosen so that they were distinct, partly already familiar to the staff, and quick to do, so that it would be easier to do the same measurments again by the staff, and this way they could follow up impacts getting reliable results.</p> <p>When examing the results of this study it transpired, that the sectors of physical ability had improved in 36 % and the situation had stayed stabile in 19 % of the examinees. In 47 % of the examinees appeared improvement in quality of life and ADL abilitys. Cognitive functions had improved in 20 % and the situation had stayed stabile in 40 % of the examinees. In the second stage of the measurements only a few MMSE - testresults reappeared. By the open questions of the questionnaire, it was discovered that the wishes that the elderly examinees had about the activities organiced for them were quite modest and easy to organiced inexpensively wherever and almost by any of the staff members.</p> <p>As a developingproposition, a follow - up study of the sector of cognition search was suggested, whits was left quite constricted in this study, and on the other hand a study of effectiveness of nutrition, whits was not considered in this study at all. The results of this study can be used by the commisioner of this study in follow up of the KOOKOS-project, by putting the concept into practise in other units, and in supporting the planning of the ewerydays rehabilitation action, and in showing the quality of the activating action to the muncipal cooperation partners.</p>		
<b>Keywords</b> elderly, quality of life, rehabilitation, cognition, culture, ability to function		

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAKYVYN OSA-ALUEET.....	8
2.1	Toimintakyvyn vaikutus arvioitaessa asumispalvelujen tarvetta.....	10
2.2	Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn.....	10
3	ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN.....	11
3.1	Elämänlaadun mittareista.....	11
3.2	Ikääntymisen vaikutukset elämänlaatuun.....	12
4	KUNTOUTUKSEN HYÖDYT JA TAVOITTEET.....	13
4.1	Liikunnan vaikutuksia.....	14
4.2	Kognitiivinen kuntoutus.....	15
4.3	Muistelu kuntoutusmuotona.....	16
5	HYVINVOINTIA TAITEESTA JA KULTTUURISTA.....	18
5.1	Musiikin hyödyt.....	22
6	HOITOTYÖN JA PALVELUJEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI.....	24
7	MUISTISAIRAUTEEN SAIRASTUNEET HENKILÖT ARVIOINNIN JA TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄNÄ.....	25
8	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	27
9	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	27
9.1	Kohderyhmä.....	27
9.2	Aineiston keruu.....	27
9.2.1	Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen.....	28
9.2.2	Kognitiivisen kyvykkyyden mittaaminen.....	29
9.2.3	Kyselylomake.....	30
9.3	Aineiston analyysi.....	32
10	TUTKIMUSEETTISET ONGELMAT.....	33
11	TUTKIMUKSEN AIKATAULU.....	33
12	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	34
12.1	Fyysisen toimintakyvyn muutokset.....	34

12.2	Muutokset koetussa elämänlaadussa.....	38
12.3	Avoimet kysymykset .....	43
12.3.1	Huhti-toukokuun kysely.....	43
12.3.2	Syyskuun kysely .....	43
12.4	Kognitiivisen toimintakyvyn muutokset .....	44
13	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	46
14	POHDINTA .....	47
	LÄHTEET.....	53

#### LIITTEET

Liite 1. EMS-lomake

Liite 2. MMSE-lomake

Liite 3. KOOKOS-kyselylomake

Liite 4. KOOKOS-kyselylomakkeen syyskuun saatekirje

Liite 5. KOOKOS-kyselylomakkeen avointen kysymysten vastauskooste

Liite 6. Tutkimustaulukko

## 1 JOHDANTO

Vuonna 2013 voimaan tullessa ns. vanhuspalvelulaissa (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980) sanotaan ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta seuraavaa:

*Pitkääikaista hoitoa ja huolenpitoa turvaavat sosiaali- ja terveystalvvelut on toteutettava niin, että iäkäs henkilö voi kokea elämänsä turvalliseksi, merkitykselliseksi ja arvokkaaksi ja että hän voi ylläpitää sosiaalista vuorovaikutusta sekä osallistua mielekkääseen, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan.*

Kuntoutus on suunnitelmallista ja usein pitkäjänteistäkin toimintaa. Kuntoutuksen tavoitteena on auttaa kuntoutujaa elämäntilanteensa hallinnassa. Kuntoutusprosessin on oltava asiakaslähtöinen oppimisprosessi, jossa kuntoutuja on itse aidosti osallisena. Kuntoutuspalvelut ja -ohjelmat tulee aloittaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja niiden tulee perustua yksilöllisten tarpeiden ja vahvuuksien monialaiseen arviointiin. Kuntoutuksen tulee olla vapaaehtoista ja mahdollisimman helposti saatavilla. Kuntoutuksen tehtävänä on tukea kuntoutujia tilanteissa, joissa heidän mahdollisuutensa pärjätä omassa elämäntilanteessaan ja ympäristössään ovat heikentyneet. Kuntoutuksen avulla kuntoutujaa autetaan löytämään omat voimavaransa ja toimintaedellytyksensä ja kuntoutuksen tavoitteena on kuntoutujan itsenäisen selviytymisen toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen. Kuntoutus voi olla lääkinnällistä, sosiaalista, ammatillista, tai kasvatuksellista kuntoutusta tai kuntouttavaa työtoimintaa. Kuntoutuslainsäädäntö määrittää kuntoutuspalveluja ja -etuuksia, joita voivat olla esim. neuvonta, terapia, koulutus, apuvälinepalvelut sekä kuntoutusjakson ajalta maksettava rahallinen tuki. (Vammaispalvelujen käsikirja 2015.)

Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Sana kognitiivinen itsessään tarkoittaa tiedollista, tietoon perustuvaa, tiedon hankintaan ja käsittelyyn liittyvää toimintaa. Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat erilaiset tekijät kuten mieliala ja

vireystila, elämäntilanne, uni-valverytmi, stressi, aistitoiminnot ja näiden lisäksi myös erilaiset psyykkiset ja somaattiset sairaudet. (Tuulio-Henriksson 2011)

Arkikielessä kulttuuri usein liitetään esimerkiksi taidenäyttelyihin, oopperaan, teatteriin, kirjallisuuteen tai elokuvaan. Humanistisen kulttuurikäsitteen mukaan kulttuuri määritellään ihmiskunnan parhaiksi saavutuksiksi, joiden ero ihmisten arkielämään on selvä. Kulttuurilla voidaan myös viitata arkikielessä korkeakulttuurin ohella myös tekijäksi, joka yhdistää tiettyjä yhteisöjä tai kansakuntia. Usein puhutaan esimerkiksi suomalaisesta tai länsimaisesta kulttuurista. (TYT avoin yliopisto). Taiteella ja kulttuurilla on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden toimintakykyyn. Taide auttaa itseilmaisussa. Se auttaa myös kehittämään kognitiivisia ja verbaalisia taitoja, vähentämään käyttäjäriiriä, tuoden elämään iloa ja vaihtelua sekä parantamaan elämänlaatua. (Hohental-Antin 2013, 26.)

Edelliseen liittyen Mehiläisen ikääntyneiden sektorin tehostetun palveluasumisen Uudenmaan ja Kouvolan yksiköissä alkoi tammikuussa 2015 KOOKOS-projektin pilotointi. Projektin tarkoituksena oli selvittää kulttuurin, kuntoutuksen ja kognition yhteistoiminnan vaikuttavuutta ja tammikuusta 2015 alkaen yksiköiden henkilökuntaa koulutettiin toteuttamaan näihin kolmeen edellä mainittuun osa-alueeseen liittyvää virikkeellistä toimintaa arjen hoitotyössä. Projektin tavoitteena oli aikaansaada ikääntyneille asukkaille laadukasta viriketoimintaa, jonka eri osa-alueiden vaikuttavuutta voidaan osoittaa erilaisilla mittausmenetelmillä. Näin palveluntuottaja voisi osoittaa viriketoiminnan laadukkuuden myös kuntayhteistyötahoille. (Dölling-Hasu 2015.) Mehiläinen tilasi tämän opinnäytetyönä toteutettavan tutkimuksen projektin vaikuttavuudesta. Kyseinen KOOKOS-projekti auttaa turvaamaan vanhuspalvelulain hengen toteutusta hoivakotien arjessa ja tämän lisäksi yhtenä projektin tavoitteena oli auttaa kyseistä yksityistä palveluntarjoajaa erottumaan kilpailijoistaan (Dölling-Hasu 2015).

Tämä opinnäyte työ etenee siten, että aluksi käsitellään kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin pohjautuvaa aiheeseen liittyvää teoriaa, minkä jälkeen esitellään ensin tutkimuksessa käytettyjä mittausmenetelmiä ja lopuksi tutkimuksesta saatuja tuloksia ja niistä tehtyjä johtopäätöksiä.

Tässä opinnäytetyössä käsitellään kulttuurin, lähinnä musiikin, kognitiivista kyvykkyyttä harjoittavan muistelun sekä liikunnallisen harjoittelun yhteistä vaikuttavuutta ikääntyvien, kahden Kouvolassa sijaitsevan tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvien henkilöiden fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämänlaatuun kohdistuneiden vaikutusten tarkasteluun, koska näiden mittaamiseen käyttämäni mittarit sopivat parhaiten. Asukaspaikkoja näissä yksiköissä on yhteensä 133. Näistä tähän tutkimukseen valikoitui harkinnanvaraisen satunnaisotannan myötä 40 asukasta. Otannasta poisluettiin alkoholidemenciaa sairastavat sekä saattohoidossa olevat henkilöt. Lopuista asukkaista valikoitiin yksikön fysioterapeutin kanssa otos. Otoksessa oli mukana henkilöitä, joilla osalla oli ongelmia liikkumiskyvyssä, osalla oli muistiongelmia. Otoksessa mukana oli myös yksi vuodepotilas.

Teoreettisena taustana tutkimukselle oli ajatus siitä, että ottamalla kulttuurin, kuntoutuksen ja kognition menetelmiä sisältävää toimintaa säännöllisesti osaksi hoivakodin arkea, voidaan vaikuttaa positiivisesti tehostetun palveluasumisen piirissä olevien ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Termillä ikääntynyt tässä opinnäytetyössä viitataan yli 65 vuotiaisiin henkilöihin. Tämän tutkimuksen pääkäsitteitä ovat elämänlaatu, ikääntynyt, toimintakyky, vaikuttavuus, kuntoutus, kognitio ja kulttuuri. Tämän opinnäytetyön eri osa-alueisiin suuntautuneita tutkimuksia on koottu liitteenä olevaan tutkimustaulukkoon.

## 2 TOIMINTAKYVYN OSA-ALUEET

Ihmisen toimintakyky jaetaan usein fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Kaikki nämä osa-alueet kytkeytyvät toisiinsa sekä ympäristön tarjoamiin edellytyksiin ja vaatimuksiin ja yksilön terveyteen ja muihin henkilökohtaisiin ominaisuuksiin (THL 2015.)

WHO:n (2004) esittämään uudistettuun vaurioiden, toiminnanvajavuuksien ja haittojen kansainväliseen luokitukseen perustuvan ICF-luokituksen mukaan fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat ruumiin toiminnot ja rakenteet sekä niissä



ilmenevät joko tilapäiset tai pysyvät ongelmat eli vajavuudet. Sen mukaan yksilön toimintakyky määrittyy tämän lääketieteellisen terveydentilan sekä ympäristö- ja yksilötekijöiden vuorovaikutuksen tuloksena. Huomioitavaa on, että ICF-luokituksessa myös aivojen toiminnot eli ihmisen mieli ja mielentoiminnot sisältyvät ruumiin ja kehon toimintoihin (ICF 2004, 23, 37.)

Psyykinen toimintakyky liittyy elämänhallintaan, mielenterveyteen ja psyykkiseen hyvinvointiin. Siihen liittyy tiedon vastaanottamiseen ja sen käsittelyyn tarvittavia kykyjä. Oleellista on myös kyky tuntea sekä kyky muodostaa käsitteitä itsestä ja ympäröivästä maailmasta. Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluu myös henkilön kyky suunnitella elämäänsä ja tehdä elämäänsä koskevia ratkaisuja ja valintoja (THL 2015.) Edellä mainittujen lisäksi psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ovat itsearvostus, mieliala, omat voimavarat ja erilaisista haasteista selviytyminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Kognitiivinen toimintakyky on osa psyykkistä toimintakykyä, ja se mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjessa ja sen vaatimuksissa. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja. Kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueita ovat mm. muisti, oppiminen, keskittyminen, tarkkaavaisuus, hahmottaminen, orientaatio, tiedon käsittely, ongelmien ratkaisu, toiminnanohjaus sekä kielelliset toiminnot (THL 2015.) Edellä mainittujen lisäksi myös nopeus ja näppäryys kuuluvat kognitiivisen toimintakyvyn osa-alueeseen. Toiminnanohjaukseen liittyviä tekijöitä ovat mm. toimintojen sujuvuus ja suunnitelmallisuus, joustavuus sekä tarkkaavuus, keskittyminen ja kontrollin ylläpitäminen. Toiminnanohjauksen prosessissa yhdistyvät yksittäiset tiedonkäsittelyn tehtävät päämäärään suuntautuneeksi toiminnaksi sekä tiedollisten ja emotionaalisten tekijöiden yhdistäminen. Toiminnanohjauksen perustava ominaisuus on kyky toimia tahdonalaisesti. Toiminnanohjaukseen vaikuttavat kaikki dementoivat sairaudet. Sopiva vireystaso ja tarkkaavaisuus ovat kognitiivisen toiminnan edellytyksiä. Väsymys ja masennus voivat väliaikaisesti heikentää tarkkaavuutta, mutta ikääntyminen heikentää sitä pysyvämmiin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

Sosiaalinen toimintakyky muodostuu yksilön ja sosiaalisen verkoston, ympäristön, yhteisön tai yhteiskunnan välillä tapahtuvassa vuorovaikutuksessa niiden tarjoamien mahdollisuuksien ja rajojen puitteissa. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee esimerkiksi vuorovaikutustilanteissa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina. (THL 2015.) Sosiaalista toimintakykyä määrittävät myös suhteet omaisiin ja ystäviin, sosiaalisten suhteiden sujuvuus, vastuu läheisistä ja elämän mielekkyys. Myös kotona tai kodin ulkopuolella tapahtuvat harrastukset kuuluvat sosiaalisen toimintakyvyn alle. (Heimonen & Voutilainen 2006, 25.)

## 2.1 Toimintakyvyn vaikutus arvioitaessa asumispalvelujen tarvetta.

SITRA:n tehostetun palveluasumisen sääntökirjan mukaan, tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu vanhuksille, jotka eivät toimintakykynsä takia selviydy omassa kodissaan ja tarvitsevat palveluasumisympäristöä, jossa on henkilökuntaa ympäri vuorokauden. Tehostetun palveluasumisen asukkaiden toimintakyky on selvästi alentunut, ja he tarvitsevat runsaasti ja jatkuvasti apua tai ohjausta päivittäisissä toiminnoissaan. Tehostetun palveluasumisen yksiköiden asukkaat tarvitsevat liikkumisen apuvälineitä tai henkilökohtaista avustamista. Heillä voi olla virtsanpidätyskyvyttömyyttä ja useita ikääntymiseen liittyviä pitkäaikaissairauksia. Heidän arkielämässä selviytymisensä edellyttää valvontaa ja henkilökunnan välitöntä saatavilla oloa ympärivuorokautisesti. Ryhmäkoti-asumista tarvitsevien asukkaiden muistitoiminnot ovat alentuneet vaikeasti tai keskivaikeasti ja heillä on diagnostisoitu vaikea/keskivaikea dementia (SITRA 2011.)

## 2.2 Ikääntymisen vaikutukset toimintakykyyn

Ikääntymismuutosten myötä ilmenee vaikeutta selviytyä arjen askareista, ja kun yksilön toimintakyky ei riitä ympäristön ja hänen itsensä asettamiin vaatimuksiin, syntyy toiminnanvajausta. Duodecimin ja Suomen Akatemian järjestämän konsensuskokouksen ”Kohti parempaa vanhuutta” lausumassa toimintakyvyn katsotaan olevan vanhusten hyvinvoinnin kannalta erittäin merkittävä tekijä (Pohjolainen & Salonen 2012, 235.)

Toimintakykyyn vaikuttavat terveydentilan lisäksi myös perinnölliset tekijät, elintavat, persoonallisuus, biologinen vanhenemisprosessi sekä itse ikääntyminen. Elintoiminnoissa fyysiseen toimintakykyyn vaikuttavia tekijöitä alkaa ilmaantua viimeistään 30 vuoden iässä, mutta muutokset eivät ole suoraan verrannollisia lisääntyvään ikään. Kuitenkin on todettu, että erilaiset toiminnanvajauudet toimintakyvyn eri osa-alueilla kehittyvät niin, että kahdella kolmasosalla 70-vuotiaista on jokin päivittäisiä toimintoja haittaava toiminnanvajausta ja 85 vuoden jälkeen esiintyvyys on jo lähes joka toisella. Ikääntymiseen liittyvien muutosten alkamisajankohta, nopeus ja niiden vaikutukset ADL- toiminnoista selviytymiseen on yksilöllistä. Toimintakyvyn säilyminen on olennaista iäkkään itsenäisen selviytymisen, sosiaalisen kanssakäymisen ja elämänlaadun kannalta. (Bäckmand 2006, 26–27.) Tutkimuksissa on havaittu, että iäkkäiden ihmisten terveydelle ovat fyysisen toimintakyvyn ohella tärkeitä myös psykososiaaliset tekijät, esimerkiksi elämäntyytyväisyys sekä koettu sosiaalinen tuki (Lyyra 2006).

### 3 ELÄMÄNLAATU JA SEN MITTAAMINEN

WHO:n elämänlaatua ja sen mittaamista tutkinut työryhmä on määritellyt elämänlaadun yksilön käsitykseksi elämäntilanteestaan omassa arvomaailmassaan ja kulttuurisessa kontekstissaan sekä suhteessa omiin tavoitteisiin, odotuksiin ja huoliin (Huusko & Pitkälä 2006, 12.) Edellä mainitun ryhmän mietinnön mukaan elämänlaadussa yhdistyvät monet tekijät kuten yksilön terveys, psyykinen tila, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset uskomukset suhteessa olemassa olevaan ympäristöön. Synonyymeina elämänlaadulle käytetään usein myös termejä elämään tyytyväisyys ja koettu hyvinvointi. Elämänlaatu myös vaihtelee yksilöllisesti henkilön elämänsä ja elämäntilanteiden mukaisesti. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 128.)

#### 3.1 Elämänlaadun mittareista

Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaamiseksi on kehitetty paljon erilaisia mittareita, joista osa mittaa vain yhtä elämänlaatuun vaikuttavaa osa- aluetta. Nykyään tutkijoiden keskuudessa vallitsee melko yksimielisesti käsitys siitä, että terveyden elämänlaadun mittareiden pitäisi sisältää fyysisen ulottuvuuden lisäksi myös psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Edellä mainittujen lisäksi

mittareihin tulisi sisältyä myös yksilön yleinen käsitys tämän omasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista. Monet tutkijat ovatkin sitä mieltä, että elämänlaatua tulisi mitata eri ulottuvuuksilla ensisijaisesti yksilöiden subjektiivisena tyytyväisyytenä, tai vähintäänkin heidän arvomaailmastaan käsin. (Huusko, & Pitkälä 2006, 16–20.)

Dementoituneille henkilöille kehitetyistä toimintakyvyn mittareista kaikki sisältävät sosiaalisten suhteiden, tunne-elämän sekä itsearvostuksen ulottuvuudet. Näiden lisäksi monissa mittareissa mitataan myös fyysistä toimintakykyä, ympäristöä ja terveyttä. Kuitenkaan yhteenkään dementoituneille kehitettyyn elämänlaadun mittariin ei sisälly sairauteen sopeutumista, vaikka se on tärkeä osa dementoituneen henkilön terveyteen liittyvässä elämänlaadussa (Huusko & Pitkälä 2006, 32.)

### 3.2 Ikääntymisen vaikutukset elämänlaatuun

län mukanaan tuomat muutokset toimintakyvyssä, ikääntymiseen liittyvät menetykset yms. tekijät vaikuttavat myös mielialaan, ja siten myös elämänlaatu heikkenee. Tutkimusten mukaan liikkumiskyvyn heikkeneminen ennustaa masentuneisuutta yli 65-vuotiailla miehillä. Sekä lyhyt että pitkäkestoinen liikunta vähentää huomattavasti depressiivisyyttä. Sen on todettu lievittävän oireita ainakin lievissä ja keskivaikeissa masennustiloissa. Yli 60-vuotiailla alhainen liikkunnallinen aktiivisuus on yhteydessä masennusoireisiin ja myös 65-75-vuotiailla säännöllisesti ja intensiivisesti liikkuvilla masennusoireita esiintyy huomattavasti vähemmän kuin liikkumattomilla (Bäckmand 2006, 41, 44, 47.)

Koska dementoivat sairaudet ovat eteneviä ja parantumattomia, on muistisairautteen sairastuneille erilaisten hoitointerventioiden vaikutusten arviointi elämänlaatuun nähden tärkeää. Tämän vuoksi hoidon tärkeimpänä tavoitteena on tukea sairastuneen henkilön elämänlaatua ja toimintakykyä, joten vaikka elämänlaadun arvioiminen dementoituneiden kyseessä ollessa onkin haastavaa, tarvitaan luotettavaa tietoa dementoituneen saaman hoidon ja palvelun kliinisestä ja inhimillisestä vaikutuksesta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 43, 44.) Iäkkäillä henkilöillä hyvä toimintakyky ja yksinäisyyden tunteen puute ovat jokaisella elämänlaadun ulottuvuudella keskeisiä hyvän resursseja. Samoin fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella ne ovat tilastollisesti merkitsevimmät

vaihtelun selittäjät elämänlaadussa. Sosiaalista elämänlaatua parantaa kokemus siitä, ettei tunne itseään yksinäiseksi. Tähän vaikuttaa aktiivinen elämäntapa ja toimivat sosiaaliset verkostot. Iäkkäiden yleistä elämänlaadun kokemusta parantavat mm. hyvä toimintakyky, yksinäisyyden tunteen puuttuminen ja mielihyvän säilyminen itselle tärkeisiin asioihin. Tuloksessa korostuu toimintakyvyn ja ihmissuhteiden merkitys iäkkään elämänlaadulle. (Vaarama, Siljander, Luoma & Meriläinen 2010, 159.)

Koska ympäristön muutos kodista laitokseen siirryttäessä vaikuttaa suuresti henkilön identiteettiin ja elämänlaatuun, tarvittaisi erityisesti laitoksessa asuvien henkilöiden hyvinvointia arvioitaessa terveyteen liittyvää elämänlaatukäsitystä laajempaa katsantokantaa. Laitoksissa asuvien elämänlaatua mitattaessa tulisi huomioida puutteet heidän yksityisyydessään, autonomiassaan, vallinnan mahdollisuuksissaan ja sosiaalisessa tuessa (Huusko & Pitkälä 2006, 33.)

#### 4 KUNTOUTUKSEN HYÖDYT JA TAVOITTEET

Kuntoutuksen perimmäinen tavoite on pysyvä myönteinen muutos yksilön ja ympäristön välisessä suhteessa. Se voi olla esimerkiksi sosiaalisen integraation vahvistuminen. Välitavoitteita voivat olla esimerkiksi yksilön tilanteen paraneminen, esimerkiksi oireiden tai kipujen väheneminen. Välitavoitteena voi olla myös aikaansaada fyysisessä tai sosiaalisessa ympäristössä muutoksia tai toiminnan muutoksia joiden voidaan olettaa ajan mittaan tuottavan tuloksia päätavoitteessa (Järvikoski 2008, 54.)

Geriatrinen kuntoutus koostuu aina laajasta kokonaisuudesta, jossa tulee huomioida sekä fyysiset, psyykkiset, kognitiiviset että sosiaaliset näkökulmat. Ikääntyneen toimintakyvyn heikkenemisen takana on lähes aina jokin sairaus. Tärkeimmät toimintarajoitteita aiheuttavat sairaudet ikääntyneillä ovat Alzheimerin tauti ja muut dementoivat sairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, joista etenkin nivelrikko, aivohalvauksen jälkitilat, keuhkohtaumatauti sekä depressio. Kuitenkaan juurikaan mikään sairaus ei ole este liikunnalliselle kuntoutukselle, jolla voidaan parantaa ikääntyneen lihasvoimaa ja tasapainoa. Ikääntyneiden kuntoutuksessa oleellista on oikea ajoitus ja riittävä intensiivisyys. On todettu, että kuntoutuksen hyödyt ovat ikääntyneillä jopa suuremmat

kuin nuoremmilla ikäpolvilla. (Raivio & Pitkälä 2015, 515, 518, 519.) Kuntoutuksen täytyy olla tavoitteellista ja realistisilla, asiakkaan kanssa yhdessä asetetuilla tavoitteilla on suuri merkitys asiakkaan motivaation syntymiselle ja säilymiselle (Pohjolainen 2015, 485). Myös tavoitteiden saavuttamisen säännöllinen arviointi yhdessä hoitoa tarvitsevan henkilön ja hänen läheistensä kanssa on olennainen osa kuntoutumista edistävän hoitotyön kokonaisuutta (Heimonen & Voutilainen 2006, 7). Wallin, Karppi & Talvitie (2004, 54) toteavat tutkimuksessaan, että tilanteissa, joissa terapiaa laadittaessa otettiin huomioon kuntoutujien kokemat tarpeet ja elämäntilanteet ja joissa tavoitteet laadittiin yhdessä vanhuksen kanssa, tuli liikunnallisesta kuntoutuksesta varmemmin osa kuntoutujan arkielämää. Kaiken kuntoutuksen tavoitteena pitää olla potilaan itsenäisyyden ja omatoimisuuden tukeminen niin, että sen avulla voidaan luoda kuntoutujalle mahdollisimman hyvä elämänlaatu iästä ja sairauksista huolimatta (Raivio & Pitkälä 2015, 520).

Kuntoutuksen ja hoidon käytäntöjen ja hoitomallien vaikuttavuudessa on kyse paitsi siitä, mitä tehdään, myös miten se tehdään. Yhtä tärkeää kuin geriatrinen asiantuntemus tai sairauteen liittyvä erityisosaaminen onkin, on tärkeää myös hoitoa toteuttavan ammattilaisen asennoituminen ja tapa tehdä työtään. Tärkeää on myös hoitavan henkilön tuttuus, helppo lähestyttävyyys ja hoidon jatkuvuus. Ammattilaisten toiminnan tulisi olla potilaskeskeisestä, iäkkään ihmisen autonomiaa kunnioittavaa ja hänen valinnanmahdollisuuksiaan tukevaa. Hoidon ja kuntoutuksen tuloksellisuutta tulisi mitata. Hoidon tavoitteiden pitää olla yhteisiä, ja vanhuksen elämänhallintaa, voimaantumista ja omahoitoa tulisi tukea. Vanhus on usein terveydenhuollossa toimenpiteiden passiivinen kohde ja hoitosuunnitelmaa tehtäessä hänen omat toiveensa ohitetaan. (Pitkälä 2008, 939.)

#### 4.1 Liikunnan vaikutuksia

Liikuntaharjoittelun aloittaminen ei ole koskaan liian myöhästä. Liikuntaharjoittelun tulisi olla tehokasta, intensiivistä ja pitkäkestoista. Harjoittelun myötä laitoshoidossa olevien hauraiden vanhusten toimintarajoitukset vähenevät, koska lihasvoima kasvaa ja kävelynopeus paranee (Pitkälä, Eloniemi-Sulkava,

Huusko, Laakkonen, Raivio, Routasalo, Saarenheimo, Savikko Strandberg & Tilvis, 2007.)

Hitaasti ja progressiivisesti kehittyvän toiminnanvajauksen kuntoutuksen vaikuttavuudesta ei ole paljon tietoa. Tiedetään, että yli puolella kaikista 85 vuotta täyttäneistä toiminnanvajeet kehittyvät hitaasti. Syynä tähän on joko liikkumattomuuden ja vähentyneen energiansaannin takia syntyvä hauraus- raihnausoireyhtymä tai monisairastavuudesta johtuva haurastuminen ja sitä kautta syntyvä toiminnanvaje. Tästä huolimatta ikääntyneiden kuntoutus ymmärretään edelleenkin suppeasti sairauksien seurauksia korjaavana ja toimintakykyä palauttavana fyysisenä kuntoutuksena. Kuntoutuksessa on mahdollisuus kohdistaa interventioita ja toimenpiteitä kaikkiin toimintakykyyn vaikuttaviin ulottuvuuksiin. Näinollen ikääntyneiden kuntoutuksessa näköalaa, tavoitteita ja menetelmiä tulisi laajentaa. (Pitkälä ym. 2007.)

Ikääntymiseen liittyvä sarkopenia eli lihasmassan väheneminen ja heikentynyt voimataso aiheuttavat mm. kaatumis- ja lonkkamurtumariskin suurenemista ja päivittäisten toimintojen vaikeutumista. Muutamien muiden syiden, (esim. hormonaalisten tekijöiden) ohella, suuri osuus ikääntymiseen liittyvästä lihasvoiman heikkenemisestä johtuu fyysisen aktiivisuuden vähenemisestä. Voimaharjoittelun vaikutuksesta myös iäkkäiden henkilöiden kestävyyskunnan parantumiseen on näyttöä (Sarin 2005, 2885 - 2889.)

Marja Ruoti (2014, 52.) on tutkinut opinnäytetyössään kotikuntoutuksen vaikuttavuutta ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden toimintakykyyn, ja tutkimuksensa perusteella hän on todennut, että jo lyhyellä kuntoutusjaksolla on ollut positiivista merkitystä toimintakyvyn ja liikuntakyvyn parantamiseen. Suurimmalla osalla tutkittavista oli huomattavissa paranemista lihasvoimassa, kävelynopeudessa, tasapainossa ja toiminnallisessa suoriutumisessa.

## 4.2 Kognitiivinen kuntoutus

Merkittävin toiminnanvajeisiin, avuntarpeeseen ja erityisesti laitoshoidon johtava riskitekijä kaikkein vanhimmilla henkilöillä on kognition heikkeneminen. Dementian eteneminen saattaa vanhalla iällä olla keskeinen tekijä, joka osoitautuu kompastuskiveksi myös muihin riskitekijöihin puuttuvissa kuntoutustutkimuksissa, koska dementian edetessä henkilöiden avun tarve lisääntyy joka

tapauksessa, vaikka muiden riskitekijöiden hoito olisikin menestyksellistä. Psykkisen, sosiaalisen ja kognitiivisen kuntoutuksen saralla monitekijäiset, osaavan tiimin yhteistyöhön ja erilaisiin räätälöityihin terapioihin perustuvat hoitomuodot ovat olleet lupaavia. Tämän kaltaisesta interventiosta on havaittu myönteistä vaikutusta vanhuksien toimintakykyyn jopa kahden vuoden seurannassa. Jonkin verran on näyttöä myös liikuntaryhmien suotuisasta vaikutuksesta ikääntyneiden masennuksen hoidossa ja ehkäisyssä (Pitkälä ym 2007.)

Kognitiiviseen kuntoutukseen ja kognitiivisen harjoitteluun kohdistuneiden tutkimusten mukaan muistiharjoittelu on hyödyllistä ja vaikutukset pitkäaikaisia. On mm. todettu, että muistiharjoittelun myötä Dopamiin nimisen hermovälittäjäaineen erityis lisääntyy. (Bäckman, Nyberg, Soveri, Johansson, Andersson, Dahlin, Neely, Virta, Laine & Rinne 2011, 718).

CAIDE -hankkeessa (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia) on tutkittu keski-ikäisen sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden ja elintapoihin liittyvien tekijöiden yhteyttä myöhäsiän dementiaan, Alzheimerin tautiin sekä aivoissa tapahtuviin rakenteellisiin muutoksiin ja tutkimuksista saatujen tulosten perusteella on todettu, että monet sydän- ja verisuonitautien riskitekijät lisäävät myös riskiä sairastua myöhäsiän dementiaan ja Alzheimerin tautiin. Myös elintavoilla on havaittu olevan vaikutusta sairastumisriskiin. (THL.2014). Käypähoitosuosituksen mukaan liikunnan lisääminen ja muiden elintapojen terveellisempään suuntaan muuttaminen ovat osa kohonneen verenpaineen ja muiden sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden eliminointia. (Duodecim 2014.) Vielä ei kuitenkaan tiedetä, voidaanko liikunnalla tai kognitiivisella harjoittelulla varsinaisesti ehkäistä dementiaa, mutta se tiedetään, että myös dementiaa sairastavilla henkilöillä liikunta auttaa ylläpitämään kognitiivisia toimintoja (Pitkälä ym. 2007)

#### 4.3 Muistelu kuntoutusmuotona

*Menneisyyden muisteleminen ja säilyttäminen on ehkä välttämätön ehto, jotta ihmisen minuus pysyy kokonaisena. Jotta minuus ei kutistu, jotta se pysyy entisen kokoisena, sitä pitää kastella muistoilla kuin ruukkukasveja.* (Kundera 1998. 42- 43).



Muistelu on hyvä vuorovaikutusmenetelmä. Siinä korostuu arvostava kohtaaminen, ja muistelutilanne mahdollistaa ikäihmisen toimimisen oman elämänsä asiantuntijana. Muistelua käyttämällä voidaan yksilöidä vanhustyön asiakkaita ja oppia tuntemaan heitä paremmin. Sillä voidaan myös lisätä vanhusten kokemuksellista hyvinvointia ja parantaa elämänlaatua. (Stenberg 2015).

Gibsonin (2011) mukaan muistelutyö pohjaa yksilöiden elämäkokemukseen ja elettyyn elämään. Kaikilla meillä on muistoja, joita muistelemme elämämme kaikissa ikävaiheissa. Monet meistä muistelevat päivittäin menneisyyden tapahtumia tai henkilöitä. Muisteleminen onkin osa arki ajattelua. Usein koetaan, että muistelu on helpompaa jaettuna vähintäänkin yhden luotettavan ihmisen kanssa, jolloin voidaan jakaa sen ylä- ja alamäet. Silloin on mahdollista keskustella siitä, mitä on tapahtunut, ja rakentavasti kritisoida ja tukea toinen toistaan. Tämä molemminpuolinen tuki myös varmistaa muistelun laatua.

Muistelu voi viitata yksittäiseen muistoon tai kokonaisen muistosarjan käsittävään prosessiin. Muistot voivat olla henkilökohtaisia kokemuksia tai yksilön omia vaikutelmia yleisestä tapahtumasta. Muisteluhetki voi olla hiljainen tai kerrottu prosessi, joka voi tapahtua usein tai harvoin. Muistelu voi olla yksityinen, julkinen tai näiden yhdistelmä, ja se voi tapahtua spontaanisti, tai niin, että jokin tuntematon ärsyke laukaisee muistoja. (Gibson 2011).

Luova muistelu voi käsittää muistisairaille suunnatun taiteen sekä muistisairaiden tuottaman taiteen. Se on yksilöllistä ja ainutlaatuista toimintaa, jossa työstettävä materiaali kumpuaa muistisairaasta omasta eletystä elämästä. Sen tavoitteena on pukea taiteen avulla muistot uuteen muotoon. Luova muistelu luo muistisairaalle mahdollisuuden ilmaista itseään luovasti ja nauttia muiden luovuudesta. (Hohental-Antin 2013 23 - 24.)

Luova muistelu antaa mahdollisuuden keskittyä hoitotyössä muistisairaasta voimavaroihin. Muistisairaasta henkilön vahvuusaluetta ovat varhaiset muistot, jotka säilyvät mielessä elävinä pisimpään ja ylläpitävät muistisairaasta murenevaa identiteettiä. Saadessaan mahdollisuuden kertoa menneisyydestään muistisairas voi kokea olevansa arvokas sekä saada kokemuksen siitä, että

hänen ympärillään olevat ihmiset ovat kiinnostuneita juuri hänestä. Tällä kokemuksella on suuri vaikutus muistisairaahan itsetuntoon. (Hohental-Antin 2013, 25 - 26.)

Hohental-Antin (2013) toteaa, että muistisairaat hyötyvät luovan muistelun menetelmistä. Luovan muistelun tavoitteena on työstää muistot taiteeksi, ja siinä sivussa etenkin muisteluryhmissä syntyy rikasta vuorovaikutusta. Hohental-Antin puhuu luovan muistelun tuplavaikutuksesta tarkoittaen taiteellisen toiminnan ja sosiaalisen kanssakäymisen yhteenkietoutumista. Luova muistelu avaa muistisairaalle mahdollisuuden jakaa eletyn elämän kokemuksia muiden kanssa ja kokea, että hänen oma elämänsä on ollut ainutlaatuinen, ja kertomisen arvoinen. (Hohental-Antin 2013, 24, 26.)

Jaakkola & Pennanen (2009) selvittivät kahdeksalle keski-ikältään 84,5-vuotiaalle, erään vanhustenkeskuksen päivätoimintaryhmään osallistuvalla henkilöllä toteuttamansa puolistrukturoidun ryhmähaastattelun avulla, mitä asioita vanhukset itse pitävät merkityksellisinä elämänkaarensa eri vaiheissa ja mitkä asiat he kokevat mielekkäiksi kehitettäessä kulttuurista toimintaympäristöä. Ryhmässä järjestettiin kaikkiaan neljä muistelukertaa, joilla kerättiin haastatelluaineistoa. Kyseisen muisteluryhmän työskentelymalli perustui yhdessä nähtyyn ja koettuun taideteokseen. Teoksen katselu herkisti muistelutyölle ja sitä kautta kunkin ryhmän jäsenen elämänsä historian merkityksellisten tekijöiden äärelle. Taideteoksen avulla ikääntyneellä oli mahdollisuus peilata ja käsitellä omaa elämäänsä. (Jaakkola & Pennanen 2007, 14–15.)

## 5 HYVINVOINTIA TAITEESTA JA KULTTUURISTA

Toimintakykyä voidaan edistää myös taiteen ja kulttuurin keinoin. Niinpä myös sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007–2011) osana käynnistettiin taiteen ja kulttuurin hyvinvointivaikutusten selvitystyö, johon sisältyi esitys Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia -toimintaohjelman käynnistämisestä vuosiksi 2010–2014. Selvitystyön tuloksena esitettiin 18 toimenpide-ehdotusta, terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi taiteen ja kulttuurin keinoin. Ohjelman tavoitteena oli jokaiselle kuuluva oikeus ja tasa-arvoinen mahdollisuus tehdä itse taidetta ja osallistua kulttuuritoimintaan ja

kulttuurin hyvinvointivaikutusten tunnustaminen poliittisella, hallinnollisella ja rakenteiden tasoilla. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia koordinaatio- ja seurantaryhmä ehdotti jatkotoimiksi mm. ennaltaehkäisevän kulttuuri- ja taidetoiminnan huomioimista tulevissa sosiaali- ja terveyshuollon rakenteissa. Selviytysryhmä esitti myös, että erityisryhmien kulttuuripalvelujen saamisen varmistamisesta vastaisivat kuntien kulttuuritoimijat yhdessä sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden kanssa ja että kulttuuritoiminnalle luotaisi rakenteita ja sitä resursoitaisi osana ennaltaehkäiseviä sosiaali- ja terveyspalveluja. Lisäksi esitettiin, että opetus- ja kulttuuriministeriö kannustaisi alaisiaan instituutioita ja muita taide- ja kulttuurilaitoksia edistämään osallisuutta, kulttuurin saavutettavuutta ja yleisöyhteistyötä tulos- ja informaatio-ohjauksen avulla. Näiden edellä mainittujen ehdotusten lisäksi mielestäni ruohonjuuritasolla tapahtuvan vanhustyön tulevaisuuden kannalta tärkein ehdotus oli, että ammattioppilaitokset ja korkeakoulut edistäisivät sosiaali- ja terveysalan sekä kulttuurialan yhteiskoulutusta taide- ja kulttuurilähtöisten menetelmien ymmärtämisen ja osaamisen lisäämiseksi. (STM 2015, 7–10.)

Vuonna 2014 viidessä yli 50000 asukkaan kaupungissa työskenteli päätoimisesti ikäihmisten kulttuuripalveluiden koordinaattori, suunnittelija tai tuottaja. Lisäksi joissakin kaupungeissa ikäihmisten kulttuuripalveluiden suunnitteluun oli panostettu joko niin, että se liittyi kulttuuripalveluiden henkilöstön tai sosiaali- ja terveyspalveluihin palkattujen kulttuurikoordinaattoreiden tai virikeohjaajien toimenkuvaan. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2015 antamassa ikäihmisten elämänlaatua ja palveluja koskevassa laatusuosituksessa läpileikkaavana periaatteena on osallisuuden monimuotoinen turvaaminen. Siinä mainitaan useita asioita, joiden tarkoituksena on turvata ikäihmisten oikeudet kulttuuripalveluihin. (STM 2015, 10.)

Kulttuuri on ihmisen antamia merkityksiä, toimintaa ja olemista häntä muokkaavassa ympäristössä, ja se auttaa ihmisiä sopeutumaan ja vahvistumaan yhteisönä. Kulttuuri käsittää ihmisen elinympäristön fyysisen, psykososiaalisen ja yhteisöllisen ilmenemisen. Arjen kulttuuriin liittyvät jokapäiväiseen elämään liittyvät asiat, kuten koti ja työ sekä arki jonka henkilö on luonut oman näköisekseen. Arjen kulttuurin elementit ovat samanlaisia samassa kulttuurissa asuville. (Routasalo, Toivonen & Rautiainen 2013, 10–12.)

Taidelähtöisillä interventioilla voidaan tukea ikääntyneiden elämänhallinnan tunnetta, säilyttää toimintatahtoa ja rohkaista heitä tunnistamaan ja ottamaan käyttöön omia voimavarojaan. Taiteella on yhteys ihmisten terveyden ja elämänlaadun kokemukseen, ja sen avulla voidaan lisätä ympäristön viihtyisyyttä. Taideharrastukset lisäävät yhteisöllisyyttä, auttavat luomaan verkostoja mitkä osaltaan vahvistavat kokemusta elämänhallinnasta. Hoitotyön näkökulmasta monet erilaiset taidemuodot kuten esimerkiksi tanssi ja musiikki sopivat hyvin käytettäväksi osana dementoituneiden henkilöiden hoitoa. Taiteen avulla voidaan mm. parantaa liikkumista ja kommunikointia. Taidemuotoja voidaan käyttää rauhoittamaan levotonta asiakasta. Laulamisella ja tuttujen laulujen kuuntelemisella on todettu myönteisiä vaikutuksia muistisairaiden henkilöiden mielialaan ja muistitoimintoihin, ja varhain aloitetun päivittäisen musiikin kuuntelun on todettu halvauspotilailla parantavan huomiokykyä, muistia ja mielialaa. (Routasalo, Toivonen & Rautiainen 2013, 10–12.)

Airilan mukaan aktivoiva toiminta eli ns. viriketoiminta kuuluu osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä. Sen tulee olla ikääntyneiden tarpeista lähtevää kuntouttavaa toimintaa, jossa kiinnitetään huomiota henkisten voimavarojen ja mielen-terveyden ylläpitoon erilaisten mielekkäiden toimintojen avulla, jotka tuovat sisältöä ikääntyneiden elämään. Se on kuntoutujan toiveista ja tarpeista lähtevää kuntoutumista edistävää hoitotyötä ja edellyttää myös sekä henkilöiden elämänhistorian että kulttuurihistorian tuntemista. Tällaisen toiminnan puute aiheuttaa ikääntyneelle henkilölle pahaa oloa ja alavireisyyttä. (Airila 2005, 2.)

Mielekäs ja merkityksellinen toiminta tukee merkittävästi elämänlaatua ja toimintakykyä, eikä toimintakyvyn heikkeneminen saa olla osallistumista rajoittava tekijä, vaan toiminnat on suunniteltava niin, että osallistuminen on mahdollista. Näinollen virikkeellinen toiminta on aina suunniteltava sairastuneen ihmisen lähtökohdista. Kuntoutumista edistävässä hoitotyössä huomioidaan kuntouttavan työotteen käyttö sekä yksittäisissä hoitotilanteissa että ryhmätoiminnassa. Ihmisen ikääntyessä vahvistuu sosiaalisten suhteiden ja toimintojen tärkeys. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63, 64.)

Hanna-Liisa Liikanen (2003) toteaa väitöskirjassaan Taide kohtaa elämän, kulttuuritoiminta itäsuomalaisten hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa, löytäneensä taide- ja kulttuuritoiminnalle neljä ihmisen hyvinvointiin vaikuttavaa

elementtiä. Näitä ovat taiteesta saatavat elämykset ja taidenautinnot, taide- ja kulttuuritoiminnan yhteys parempaan koettuun terveyteen ja hyvän elämän kokemukseen, taideharrastusten synnyttämät yhteisöllisyys ja verkostot, jotka auttavat parempaan elämänhallintaan, sekä taide keinona lisätä ympäristöjen viihtyvyyttä ja kauneutta. (Liikanen 2003, 151.)

Kivelän & Vaapion mukaan on todettu, että mm. keskustelut, vierailut, musiikki, lukeminen ja muistelu nousevat tärkeäksi osaksi elämänlaatua määrittävistä tekijöistä, joten sosiaalista kanssakäymistä tulisikin tukea varsinkin kaikkein vanhimpien henkilöiden keskuudessa. Myös hengelliseen toimintaan osallistuminen vaikuttaa myönteisesti monien ikääntyneiden mielialaan. (Kivelä & Vaapio 2011, 102.)

Ryhmätilanteissa yhteinen tekeminen vahvistaa osallisuuden tunnetta ja luo yhteisöllisyyttä. Tekemisestä ja onnistumisesta saatava mielihyvän tunne rikastuttaa elämää ja tukee identiteettiä. Mahdollisuus valita itse osallistumisen taso ja se, miten haluaa osallistua, tukee itsemääräämistä. Kukin osallistuu toimintaan omalla tavallaan. Myös pelkkä muiden toiminnan seuraaminen voi olla tapa osallistua. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63, 64.) Passiivisellakin osallistujalla taide ja kulttuuri parantavat koettua terveyttä, elämänhallintaa ja yhteisöllisyyttä, ja ne tuovat katsojilleen ja kuulijoilleen elämyksiä, nautintoa ja toivoa. Aktiiviselle osallistujalle taide- ja kulttuuritoiminta toimii ehkäisten ja vähentäen masennusoireita, masennusta ja eristäytyneisyyttä sekä edistäen kuntoutumista, saattaen jopa ehkäistä muistisairauksia. (Kivelä & Vaapio 2011, 103, 105.) Myös Päivimaria Seppänen (2006) toteaa pro gradu-työssään Hyvää oloa arjen pienillä kulttuuriteoilla, että kaikki hänen haastattelemansa vanhukset olivat kiinnostuneet jonkin muotoisesta viriketoiminnasta riippumatta siitä, jaksoivatko itse vielä aktiivisesti osallistua itse tekemiseen.

Mm. Särkämö (2011) ja Vanhala (2010) ovat tutkineet paljon fyysistä ja kognitiivista toimintakykyä sekä kulttuurin esimerkiksi musiikin vaikutuksia ihmisen hyvinvointiin ja ovat todenneet, että aktivoivan toiminnan seurauksena pitkäaikaispotilaiden vireystaso nousee, he kommunikoivat ja liikkuvat enemmän, mieliala on kohentunut ja lääkitystä on voitu vähentää. (Airila 2005.) Virikkeelliseen toimintaan on mahdollisuuksia joka hetki, koska sen ei tarvitse olla jär-

jestettyä toimintaa, vaan se voi olla osa päivittäisiä hoitotilanteita. Dementoitu-  
neiden kyseessä ollessa aktiviteettien tulisi soveltua heidän aiempiin sosiaali-  
siin rooleihinsa, mielenkiinnon kohteisiinsa ja säilyneisiin kykyihinsä. Toiminto-  
jen tulisi olla aikuisen minäkuvaa tukevia ja riittävän haasteellisia, eri sukupol-  
via yhdistävä toiminta on suositeltavaa. Muistisairaavat tarvitsevat usein apua ja  
rohkaisua osallistumiseen ja toimintojen aloittamiseen. (Heimonen & Voutilai-  
nen 2006, 64.)

Airi Airilan (2005) luotsaamassa Ikäinstituutin hankkeessa kokeiltiin omahoita-  
jan vastuulla olevaa yksilöllisen viriketoiminnan menetelmää. Koeryhmässä oli  
hyvin hoidollisia pitkäaikaispotilaita, joista kaksi kolmasosaa oli dementoitu-  
neita. Hankkeen myötä tuli esiin yksilöllisen virikesuunnitelman tarpeellisuus,  
jonka myös hoitohenkilöstö koki tarpeelliseksi. Kyseisessä hankkeessa teh-  
dyissä yksilöllisissä viriketoiminnan suunnitelmissa esiin tulleet toiminnot olivat  
pieniä arjen asioita. (Airila 2005, 16.)

## 5.1 Musiikin hyödyt

Toimintakyvyn tukemiseen voidaan käyttää apuna myös musiikkia, jonka  
avulla voidaan nopeuttaa tai hidastaa ruumiintoimintoja, vahvistaa tai heiken-  
tää ihmisten välisiä kontakteja sekä parantaa tai heikentää keskittymistä.  
Näinollen musiikkia voidaan käyttää ohjausvälineenä silloin, kun sanat eivät  
riitä. Musiikki liittyy useimmiten syvällisen sisällön omaaviin elämäntapahtu-  
miin, minkä vuoksi se voi nostaa pinnalle muistoja ja tiettyihin musiikkikappa-  
leisiin voi liittyä monia voimakkaita tunteita. Musiikin avulla voidaan palauttaa  
mieleen tiettyjä tunnepitoisia muistoja. (Bojern-Horniz & Bojern 2007, 57- 59.)

Musiikkikokemuksen jakamisesta muiden kanssa voi olla seurauksia fyysi-  
sellä, psyykkisellä, visuaalisella ja emotionaalisella tasolla, sekä intuitiivisella  
tasolla, jota voidaan kuvata myös havaitsemisen tasoksi. Musiikki vaikuttaa  
herkästi emotionaaliseen tasoon muuttaen tunne-elämyksiä tai vaikuttaen nii-  
hin. Eri musiikkilajit vaikuttavat ihmisin eri tavoilla. Musiikin avulla voidaan il-  
maista tunteita, ja jokainen meistä tekee sen eri tavoin. Reaktiot ovat yhtey-  
dessä henkilöiden ikään, kulttuuriperinteeseen ja musiikkimakuun. (Bojern-  
Horniz & Bojern 2007, 113.)

Katja Vanhala (2010) on selvittänyt pro-gradu- tutkimuksessaan musiikin vaikutuksia ikääntyneiden asukkaiden hyvinvointiin kahdessa jyvaskyläläisessä palvelutalossa sekä sitä, onko palvelutaloissa asukkaiden mielestä tarpeeksi virikkeellistä toimintaa ja millaisen musiikkitoiminnan he kokevat mieluisimpana. Hän toteaa, että musiikkitoiminta lisää palvelutaloissa asuvien ikääntyneiden asukkaiden hyvinvointia. Musiikin vaikutukset hyvinvointiin ulottuvat psyykkiseen, fyysiseen että sosiaaliseen hyvinvointiin. Tutkimukseen osallistuneet palvelutalojen asukkaat osallistuivat mielellään palvelutaloissa järjestettyyn virikkeelliseen toimintaan, mutta pitivät sitä osittain riittämättömänä. Kaikista palvelutaloissa järjestetyistä toimintamuodoista kaikkein mieluisimpina pidettiin laulamista ja musiikin kuuntelua. (Vanhala 2010, 4, 33, 64.)

Särkämö, Laitinen, Numminen, Tervaniemi, Kurki & Rantanen (2011) tutkivat satunnaistetussa kontrolloidussa tutkimuksessa sitä, voidaanko muistisairaiden ja heidän omaistensa tai hoitajiensa yhteisellä, säännöllisellä musiikkitoiminnalla edistää muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua. Lisäksi tutkittiin em. toiminnan vaikutuksia heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvointiin ja jaksamiseen. Tutkimus toteutettiin vuosien 2009–2011 aikana ja siihen osallistui yhteensä 89 lievästi tai keskivaikeasti muistisairasta henkilöä Helsingin ja Espoon alueelta yhdessä tukihenkilönsä kanssa. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että musiikkitoiminnalla oli pitkäkestoisia positiivisia vaikutuksia muistisairaahan mielialaan, elämänlaatuun ja muistiin ja sen lisäksi myös omaisen psyykkiseen hyvinvointiin. Laulaminen ja musiikin kuuntelu vähensivät kumpikin muistisairaiden masentuneisuutta ja paransivat tai auttoivat ylläpitämään heidän orientoitumistaan aikaan ja paikkaan.

Mielialan kohentumista ilmeni välittömästi valmennusjakson jälkeen, mutta ei enää puolen vuoden kuluttua. Orientaation osalta vaikutus ilmeni musiikin kuuntelijoilla heti valmennuksen jälkeen. Musiikin kuuntelijoilla ja laulajilla vaikutukset näkyivät vielä puoli vuotta myöhemmin, mikä viittaa siihen, että säännöllinen musiikkitoiminta voi hyvinkin hidastaa orientaation heikentymistä muistisairauden edetessä. Lisäksi noin puolet muistisairaiden omaisista raportoi kyselyssä valmennusjakson jälkeen, muistisairaahan mielialan kohentumista

ja muistelun lisääntymistä arjessa. Yksittäisellä laulu tai musiikin kuuntelusesiolla näytti olevan positiivinen vaikutus muistisairaana tunnetilaan lisäten iloisuutta ja tarmokkuutta sekä vähentäen väsyneisyyttä, hämmentyneisyyttä, kiireyttä ja pelokkuutta. (Särkämö ym. 2011.)

## 6 HOITOTYÖN JA PALVELUJEN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINTI

Hoitotyössä vaikuttavuus tarkoittaa hoidolla aikaansaatu muutosta henkilön terveydentilassa tai elämänlaadussa. Siinä missä hoidon tai toimenpiteen tehoa tutkitaan kontrolloiduissa olosuhteissa, niin vaikuttavuuden tutkimuksella pyritään vastaamaan kysymykseen, vaikuttaako kyseinen toimenpide tai interventio terveydenhuollon arjessa, normaaliolosuhteissa. (Blom, Hovi, Kovanen & Isojärvi 2007).

Vaikuttavuustiedolla on keskeinen merkitys palvelujärjestelmän toiminnan kehittämiseksi. Se on myös keskeistä kuntoutuksen käytännön toimijoiden ammatillisen kehittymisen tueksi sekä terveyden- ja sosiaalihuollon voimavarojen järkevän käytön takaamiseksi. Vaikuttavuuden arviointia tarvitaan ensisijaisesti, kun halutaan tietää, mitkä ovat ne toimenpiteet, joilla parhaiten voidaan tukea kuntoutujan tavoitteiden saavuttamista ja toimintakykyä. Vaikuttavuutta mitataan useimmiten numeerisesti, mutta kaikkien merkittävien seurausten määrällinen mittaaminen ei aina ole mahdollista. Koska eri kuntoutusmuodoilla on useita erilaisia tavoitteita, on vaikuttavuuttakin mitattava monin eri menetelmin. Tästä syystä ei ole kyetty kehittämään yleisiä kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointiin soveltuvia standardoituja mittausmenetelmiä. Fysiatrian ja kuntoutuksen vaikuttavuustutkimuksessa on käytetty satunnaistettuja kokeellisia tutkimuksia ja satunnaistamattomia vertailuasetelmiä. Kokeellisten tutkimusten käyttöä rajoittavat mm. eettiset kysymykset, kuten voiko myös kuntoutuksen tarpeessa olevan verrokkiryhmän jättää pois kuntoutusryhmistä tutkimuksen vuoksi? (Malmivaara & Pohjolainen 2015, 91, 92, 98.)

Vaikuttavuuden osoittamisesta on tullut tärkeää, koska esimerkiksi terveydenhuollossa käytettävissä olevat resurssit pienenevät. Kuitenkin tutkimus- ja kehittämistyö luo uusia interventioita, mutta koska rahaa ei ole määrättömästi käytettävissä, on järkevää keskittää voimavarat vain todistettavasti vaikuttaviin



toimiin. Samoin tilaaja-tuottajamallin yleistyessä eri aloilla, vaikuttavuustutkimuksilla pystytään erottelemaan hyvät tuotteet ja palvelut huonoista. Palvelun tuottajille vaikuttavuuden osoittaminen on osa tuotteen markkinointia. (Mäkitalo & Turunen 2008, 12.)

Pitkälä, Savikko, Pöysti, Laakkonen, Kautiainen, Strandberg & Tilvis (2013) toteuttivat vuosina 2008–2011 satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen liikunnallisen harjoittelun vaikutuksista kotona asuvien Alzheimerpotilaiden toimintakyvyn eri ulottuvuuksiin. Tutkimuksessaan tutkijat totesivat, että kotona annettulla kuntoutuksella, joka on räätälöity ikääntyneen omien lähtökohtien mukaan, voidaan muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn heikkenemistä hidastaa merkittävästi. Positiivinen vaikutus ilmeni myös kognitiossa toiminnanohjauksen osalta. Mittareina kognition osiossa oli käytetty kellotestiä, ja fyysisen toimintakyvyn mittauksissa oli käytetty FIM-mittaria. Myös kaatumiset olivat vähentyneet, ja kuoleman vaara näytti pienentyneen.

## 7 MUISTISAIRAUTEEN SAIRASTUNEET HENKILÖT ARVIOINNIN JA TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄNÄ

Muistisairaahan henkilön toimintakyvyn arvioinnin lähtökohtana on hänen elämäntarinansa. Arvioitavilla asioilla on ihmiselle erilaisia yksilöllisiä merkityksiä, kuten haluaako, osaako ja kykeneekö hän tekemään arvioitavia asioita arjessa ja täytyykö hänen tehdä niitä. Arvioitavia asiakokonaisuuksia tulisi arvioida paitsi toimintakyvyn vajeiden, myös voimavarojen näkökulmasta. Voimavarakeskeisyys on kuntouttavan hoidon perusta. Toimintakyvyn arvioinnissa muistisairaahan ja hänen omaisensa arvio toimintakyvystä on keskeinen, koska toimintakyvyn ylläpitämiseen ja edistämiseen tähtäävät toimenpiteet ja palvelut edellyttävät henkilöiden omaa motivaatiota ja halua saada aikaan muutosta toimintakyvyssä. Muistisairaahan henkilön toimintakyky on sidoksissa aikaan ja paikkaan sekä ihmisiin. Se muotoutuu yksilön ympäristön ja toiminnan yhteisvaikutuksessa, joten toimintakyvyn arvioinnissa tulee käyttää valmiiden mittausten lisäksi keskusteluja muistisairaahan ja hänen läheistensä kanssa, ADL-toiminnoissa selviytymisen havainnointia ja ympäristötekijöiden selvittämistä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 29, 30.)

Muistisairaahan henkilön toimintakykyä tulisi arvioida tutussa ympäristössä, normaaliin päivärytmiin liittyen, hänelle tutulla tavalla. Arvioinnissa olisi tärkeää hahmottaa myös, että arvioitavana olevat tekijät, esimerkiksi ADL- toimiennoista selviytyminen on toiminnallinen kokonaisuus, toisin sanoen, vaikka hän selviytyisi yksittäisestä toiminnosta, on hänen arkensa sujumisen ja avuntarpeen kannalta olennaista se, kuinka hän selviytyy toiminnoista peräkkäisinä suorituksina. (Heimonen & Voutilainen 2006, 29, 30.)

Hoitajat ja omaiset arvioivat muistisairaahan elämänlaatua eri tavoin kuin hän itse. Eroavuudet liittyvät muun muassa sairastuneen dementian asteeseen, hoitajan kuormittuneisuuteen, hoitotyöntekijän asenteisiin ja koulutustasoon. Hoitoyhteisöissä, joissa sitoudutaan asiakkaan hoitosuunnitelmaan, hoitohenkilökunnan asennoituminen asiakkaisiin on myönteistä ja vuorovaikutus asiakkaiden ja henkilökunnan välillä hyvää, on myös asiakkaiden elämänlaatu todennäköisimmin hyvää. Omaiset ja hoitajat arvioivat usein muistisairaahan elämänlaadun huonommaksi kuin tämä itse. Jos suurin osa muistisairaahan henkilön elämänlaadun arviosta perustuu jonkun muun tekemään arvioon, on vaarana, että hänen omakohtainen arvionsa elämänlaadusta jää saamatta. Dementoituneen ihmisen elämänlaatua tutkittaessa on tärkeää arvioida, mitä ja miksi tutkitaan, sekä myös täydentää arviota fyysisen ja kognitiivisen toimintakyvyn sekä fyysisen ympäristön arvioinnilla. (Heimonen & Voutilainen 2006, 43, 52, 53.)

Nelli Haapala (2015) on tullut tutkielmassaan siihen tulokseen, että muistisairaita osallistetaan tutkimuksissa liian vähän. Syynä tähän hän pitää muistisairaiden osallistamista kohtaan vallitsevia asenteita, jotka ylläpitävät käsityksiä, joiden mukaan muistisairaat ovat kykenemättömiä tuottamaan totuudenmukaista tutkimustietoa. Muita tärkeitä haasteita osallistamiselle olivat eettiset haasteet, kuten haaste tietoon perustuvan suostumuksen saamisesta tutkimukseen osallistumisen suhteen ja sairauden luomat käytännön haasteet haastattelemiselle. Lisähaastetta muistisairaiden osallistamiseen on tuonut myös perinteisten haastattelu ja kyselymenetelmien soveltumattomuus. Näin ollen dementiaoireiset henkilöt on usein rajattu tiedonkeruun ulkopuolelle, tai tiedot on yleensä pääsääntöisesti kerätty muilta kuin muistisairailta itseltään. (Haapala 2015, 3.)

## 8 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuskysymys on, tapahtuuko tutkittavien henkilöiden toimintakyvyn eri osa-alueilla ja elämänlaadussa muutosta kun kognition, kulttuurin ja kuntoutuksen menetelmiä ja viriketoimintaa otetaan osaksi hoitotyön arkea?

Tutkimuksen tavoitteena oli siis selvittää, miten kulttuurin, kognition ja kuntoutuksen interventiot vaikuttavat Mehiläisen kahdessa Kouvolan seudulla sijaitsevassa tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvien ikääntyneiden henkilöiden toimintakykyyn ja kokemukselliseen elämänlaatuun.

## 9 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 9.1 Kohderyhmä

Kohderymänä tässä tutkimuksessa oli 133:sta tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvista ikääntyneistä henkilöistä koostuvasta perusjoukosta harjannanvaraisella otannalla valikoitu 40 henkilöä käsittävä otos. Alkuvaiheessa rajattiin yksiköiden esimiehen esityksestä otoksesta pois alkoholimentiaa sairastavat asukkaat, koska he olivat usein muita asukkaita nuorempia, sekä tutkimuksen keston vuoksi myös saattohoidossa olleet asukkaat.

### 9.2 Aineiston keruu

Tutkimusaineistoa kerättiin fyysisen toimintakyvyn testauksilla käyttäen EMS-mittaria. Kognition mittaamiseen aineistoa kerättiin MMSE-testien avulla, ja ikääntyneiden kokemuksellista elämänlaatua mittaamaan kehitin kyselylomakkeen, joka sisälsi strukturoidun osion lisäksi kaksi avointa kysymystä. Molemmat mittaukset sekä kysely toteutettiin kahdesti tutkimusjakson aikana, tutkimuksen alussa ja lopussa.

Käytettävät mittarit on valittu niin, että ne ovat selkeitä, osittain hoitohenkilöstölle entuudestaan tuttuja, ja nopeita toteuttaa, jotta henkilökunnan on jatkossa helppo tehdä samat mittaukset ja näin jatkaa vaikutusten seuranta luotettavia mittaustuloksia saaden. Näinollen tutkimuksen reliabiteetti, eli mittaustulosten toistettavuus ja valiaditeetti, eli tutkimuksen /mittarin kyky mitata sitä, mitä on ollut tarkoitus mitata, ovat melko hyvät. (Hirsijärvi, Remes & Saja-vaara, 2003, 213).

### 9.2.1 Fyysisen toimintakyvyn mittaaminen

Fyysistä toimintakykyä mitattiin EMS (liite 1), eli Elderly Mobility Scale mittarilla. EMS-mittari on Toimia-tietokannan mukaan tarkoitettu alun perin raihaisten ikäihmisten liikkumiskyvyn arviointiin, ja se sopii käytettäväksi myös liikkumisen apuvälineitä käyttäville henkilöille sekä petipotilaille. Mittarissa on seitsemän tehtävää: selinmakuulta istumaan nousu, istumasta selinmakuulle meno, istumasta seisomaan nousu, seisominen, kävely, kurkottaminen eteen käsivarsi ojennettuna ja 6 metrin kävelytesti. Suurempi pistemäärä kuvaa parempaa liikkumista, maksimipistemäärä on 20 p. EMS-mittausten kokonaispistemäärän perusteella voidaan arvioida testattavan henkilön liikkumiskykyä ja avuntarvetta niin, että pistemäärä 14-20 tarkoittaa, että testattava kykenee liikkumaan itsenäisesti ja selviytyy itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Pistemäärä 10–13 tarkoittaa avuntarvetta liikkumisessa, ja mikäli pisteet jäävät alle 10 pistettä, ei henkilö pysty liikkumaan itsenäisesti. (THL 2011a).

EMS-testi valittiin mittariksi tähän tutkimukseen, koska se on nopea ja melko yksinkertainen toteuttaa ja soveltuu käytettäväksi myös apuvälineitä käyttäville henkilöille sekä petipotilaille. Tarkoituksena oli, että fysioterapeutin lisäksi myös muu henkilökunta oppisi tekemään mittaukset, ja lyhytensä vuoksi EMS-mittaukset ehtisi hyvin tehdä muun hoitotyön lomassa saaden kuitenkin luotettavia tuloksia. Pientä vaihtelua tuloksissa saattaa kuitenkin esiintyä mittajan vaihtuessa. Myös testauksen ajankohta ja testattavien vireystila vaikuttavat tuloksiin.

Tämän tutkimuksen mittaukset toteutettiin yhdessä Mehiläisen yksiköiden oman fysioterapeutin kanssa kahdesti seurantajakson aikana. Testien toteutus tapahtui niin, että menimme ryhmäkoteihin ja kysyimme otokseen valituilta henkilöiltä suostumuksen testaukseen. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista suostui heti, osa tarvitsi pientä suostuttelua, koska pelkäsi, ettei suoriudu testistä. Testit tehtiin testihenkilöiden omissa huoneissa niin, että he voivat tehdä selinmakuulta ylösnousun, selinmakuulle menon sekä istumasta seisomaannousun osiot omissa sängyissään, kuten muutkin osiot oman huoneen rauhassa tutussa ympäristössä. Kävelyosio toteutettiin käytävällä, johon oli lattiaan mitattu ja merkitty käveltävä matka. Tehtävät jaettiin fysioterapeutin

kanssa siten, että toinen otti mittaa/aikaa ja toinen ohjeisti testattavaa. Tulokset kirjattiin ylös testilomakkeeseen, johon kirjattiin myös mm. tieto siitä, käyttikö testattava jotakin apuvälinettä testin aikana, tai oliko hänellä tohvelit jallassa, vai oliko hän sukkasillaan, ym. asiat, joilla saattoi olla merkitystä uusintamittauksia tehtäessä niin että uusintamittauksissa pystyttiin järjestämään samanlaiset mittausolosuhteet tutkimuksen luotettavuuden parantamiseksi.

### 9.2.2 Kognitiivisen kyvykkyyden mittaaminen

Mini Mental State asteikolla eli MMSE-testillä (liite2) mitattiin kognitiivista toimintakykyä. MMSE on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti, joka on alun perin kehitetty kliiniseen tarkoitukseen psykiatristen ja neurologisten potilaiden erotusdiagnostiikan avuksi. Testin tavoitteena on arvioida kognitiivisen toimintakyvyn ulottuvuuksia ja erotella esimerkiksi skitsofreniaa sairastavat potilaat akuutista sekavuustilasta tai dementoivia sairauksia sairastavista. MMSE on helppokäyttöinen ja vakiintunut menetelmä, josta saadaan tulokseksi helposti dokumentoitava numeerinen arvo. MMSE-testi soveltuu parhaiten käytettäväksi ikääntyneiden kognitiivisen toimintakyvyn arviointiin ja seulontaan jatkotutkimuksia varten. (THL.2011b.)

MMSE-testin tulos heijastaa muistisairauden vaikeusastetta, olematta kuitenkaan tässä suhteessa erityisen tarkka tai luotettava. 27-24 pistettä kuvastaa mahdollista lievää kognitiivisten kykyjen heikentymistä, 23-18 pistettä kuvastaa lievää dementiaa, 17-12 pistettä keskivaikeaa dementiaa ja mikäli pisteet jäävät alle 12 pisteen on kyseessä vaikea dementia. Ilman aivoihin vaikuttavaa sairauttakin voi tutkitulle tulla yhden-kahden pisteen menetystä. Mikäli siis pistemäärä on 27-24, on mietittävä tarkkaan, mistä heikentynyt tulos johtuu. (Suomen muistiasiantuntijat)

MMSE-testiä voidaan käyttää hoitotyön välineenä osana muistisairaahan ja dementiapotilaan kokonaistoimintakyvyn arviointia. MMSE antaa yleiskuvan tutkittavan kognitiivisesta tasosta ja sen avulla voidaan arvioida hoidon tarvetta ja vaikuttavuutta, sairauden etenemistä ja sosiaalisten etuuksien tarvetta. Sen avulla voi saada informaatiota ja hyötyä vuorovaikutustilanteisiin sekä hoito-

työn arkeen saamalla tietoa esimerkiksi tutkittavan ohjeiden vastaanottokyvystä, tukitoimien tarpeesta arkiselviytymisessä. Testin avulla voidaan myös arvioida ja ennustaa arkipäivän selviytymistä. (Suomen muistiasiantuntijat)

MMSE-testi valikoitui tähän tutkimukseen mittariksi siksi, että se oli jo valmiiksi käytössä kyseisissä yksiköissä, ja oli näinollen tuttu suurimmalle osalle henkilöstöstä. Lisäksi ajatuksena oli, että MMSE-mittauksilla saadaan laajemmin tietoa kognitiivisen toimintakyvyn kehityksestä/muutoksista, kuin esim. sitä paljon suppeammalla ns. kellotaulutestillä.

MMSE-mittaria ylläpitää Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä / Alzheimer-tutkimusseura. MMSE-testin käyttö ei edellytä erillistä koulutusta, vaan sitä voivat käyttää terveydenhuollon ammattilaiset tai menetelmään perehdytetyt terveydenhuollossa toimivat muut henkilöt. (THL. 2011b) MMSE-mittari on mukana myös Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito- ja Käypä hoito -suosituksessa 13.8.2010. (Duodecim 2010.) Tässä tutkimuksessa mukana olleiden yksiköiden hoitajat tekivät tähän tutkimukseen liittyvät MMSE-alku- ja loppumittaukset ja toimittivat mittaustulokset minulle analysoitavaksi.

### 9.2.3 Kyselylomake

Edellä mainittujen EMS- ja MMSE-mittareiden lisäksi tutkimukseen aineistoa kerättiin käyttämällä tähän nimenomaiseen tutkimukseen kehitettyä puolistrukturoitua kyselylomaketta, joka nimettiin KOOKOS-kyselyksi (Liite 2) ja jonka tarkoituksena oli haastatteleamalla mitata asukkaiden elämänlaatua kartoittamalla ADL-toiminnoissa, mielialassa ja osallisuudessa tapahtuvaa muutosta sekä kartoittaa tutkittavien mielipiteitä projektin toteutuksesta.

Kyselylomake sisälsi kymmenen strukturoitua kysymystä, jotka käsittelivät ADL-toimintoja, sosiaalisia suhteita, mielialaa, viriketoimintaan osallistumista ja viihtymistä. Avoimilla kysymyksillä haettiin vastauksia kysymyksiin osallistumisesta olemassa olevaan toimintaan sekä syitä, miksi osallistuu tai ei osallistu ja mikä olisi vastaajan mielestä mieluisaa toimintaa.

Kyselytutkimuksissa on pyrittävä tutkimusongelman kannalta kattavaan, mutta samalla yksinkertaiseen ja helppotajuiseen kysymyksenasetteluun. Lisäksi kyselyn kohderyhmän täytyisi paitsi jaksaa, myös osata vastata kyselyyn. Standardoiduissa kyselyissä vastaajien tulisi ymmärtää kysymykset mahdollisimman samalla tavalla, mikä edellyttää kauttaaltaan yksinkertaista, tarkoituksenmukaista ja täsmällistä kieltä kysymysten laadinnassa. On myös hyvä muistaa, että hyvä kysymys on aina kohtuumittainen. (KvantiMOTV 2010.)

Kyselylomake on laadittava siten, ettei vastaajien tarvitse huolehtia antamiensa tietojen väärinkäyttömahdollisuuksista. Muutamia poikkeuksia lukuunottamatta satunnaisotokseen kuuluville henkilöille lähetettäviin lomakkeisiin ei merkitä epäilyjä herättäviä identifikaatiotunnuksia. Em. poikkeuksia voivat olla, esimerkiksi julkisissa tehtävissä toimivia vastaajaryhmiä tai vastaajaryhmiä, joiden edustajien kanssa asiasta on sovittu etukäteen. Kysymysten laadinnassa tulee jatkuvasti ottaa huomioon vastaajan anonymiteetin säilyminen. (KvantiMOTV 2010.)

Valinta teitittelyn ja sinuttelun välillä on tehtävä aineistokohtaisesti lähinnä vastaajaryhmän ominaisuuksien perusteella. Myös kyselyn yleinen luonne ja mahdollisen teettäjän suhde vastaajaryhmään vaikuttaa siihen, teititelläänkö vai sinutellaanko vastaajaa. Sinutteleva kieli on yleistymässä ja aikuisväestöstä poimittuihin satunnaisotoksiin kohdistuvissa kyselyissä käytetään jo usein sinuttelumuotoa. Kumpi tahansa käy, kunhan vain kysymysten laatija on linjassaan johdonmukainen. (KvantiMOTV 2010.)

Kysymysten tarkkuustasoon liittyvistä kysymyksistä yksi tavanomaisin koskee sitä, laaditaanko kysymykseen valmiit vastausvaihtoehdot vai riittääkö avoin kysymys. Täysin avoimia kysymyksiä on suositeltavaa sisällyttää lomakkeeseen vain silloin, kun niiden käyttöön on painava syy. Kaikki vastaajat eivät vastaa niihin ja vastaustavatkin vaihtelevat paljon. Vastauksista saatu informaatio ei aina täytä tutkijan odotuksia. Jos kuitenkin vastaajajoukko tiedetään aktiiviseksi ja helposti myös kirjallisesti kantaa ottavaksi, avointen kysymysten käyttö voi olla hyvinkin perusteltua. Lomakkeeseen kannattaa myös aina merkitä mahdollisimman yksityiskohtaisia vastausohjeita. (KvantiMOTV 2010.)

Itsearvioinnilla saavutetaan parhaiten henkilön oma, henkilökohtainen arvio elämänlaadusta, ja kunnioitetaan henkilön itsemääräämistä. Haasteita tähän tuo dementoituvien kohdalla se, että heidän kykynsä vastata elämänlaatukselyihin edellyttää kykyä muistaa lukea ja käsitteellistä asioita hahmottaa ympäristöä ja sanoittaa tunteita. Tällaisten kyselymittausten luotettavuutta voi lievästi dementoituneiden kyseessä ollessa parantaa selkeillä ohjeilla, käyttämällä kokenutta haastattelijaa ja käyttämällä muistia tukevia vastauskortteja. Haastattelu ympäristön pitäisi olla tuttu ja rauhallinen. Luotettavuuden ongelmana on, että muistisairauden edetessä tutkittavan kyky ymmärtää uusintamittauksen kysymykset samoin kuin aiemmin, voi olla heikentynyt. (Heimonen & Voutilainen 2006, 46, 47.)

Tehtäessä kyselylomaketta elämänlaadun mittaamiseksi huomiointiin, että kysymysten asettelu ja vastausvaihtoehdot ovat yksiselitteisiä eikä niissä jää tulokinnan varaa. Kyselyn piti soveltua käytettäväksi myös muistisairaille henkilöille.

### 9.3 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto analysoitiin käyttämällä apuna, SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for Social Sciences). SPSS on ohjelmisto tilastollisten analyysien aineistojen käsittelemisen sekä tilastollista tietoa kuvaavien taulukoiden tuottamiseen (Vilpas).

Aineiston keräämisen jälkeen syötettiin EMS ja MMSE sekä kyselylomakkeen strukturoidun osan numeraaliset tulokset SPSS-ohjelmaan datalomakkeelle, minkä jälkeen ohjelmasta ajettiin kaikista muuttujista ja kaikkien muuttujien eri testikerroista frekvenssitaulukot, joista nähtiin pisteiden jakautuminen, sekä laskettiin alku- ja loppumittausten välillä tapahtuneet muutokset pistemäärissä. Eri tutkimusosoiden yhteispisteistä ajettiin SPSS- ohjelman avulla diagrammikuviot. Kyselylomakkeen avointen kysymysten vastaukset käsiteltiin manuaalisesti kirjaamalla kaikki saadut vastaukset ylös erilliseen liitteeseen ja tarkastelemalla niistä löytyviä yhdistäviä tai erottavia piirteitä. ( Liite 4.)



## 10 TUTKIMUSEETTISET ONGELMAT

Kivelän & Vaapion mukaan vanhustenhoidon ja palveluiden tutkimusta säätelevät omat eettiset säännökset ja ohjeet. Ihmisiin kohdistuvien tutkimusten eettisiä periaatteita ovat elämän ja ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, vahingon välttäminen ja hyödyn maksimoimisen periaate. Näiden lisäksi on gerontologisessa tutkimuksessa otettava huomioon iästä johtuvat erityispiirteet muihin ikäryhmiin verrattuna. Tutkittavilta tulee myös pyytää kirjallinen, riittävään tietoon perustuva vapaaehtoinen suostumus osallistumisesta tutkimukseen. Tutkittavia ei saa johdatella, eikä syyllistää. Tutkittavien tietosuoja, anonymiteetti ja luottamuksellisuus tulee säilyttää, ja tutkimukseen osallistuvien vanhusten aistitoiminnot ja toimintakyky on huomioitava ja heidän ihmisarvoaan on kunnioitettava. (Kivelä & Vaapio 2011.)

Tutkimuseettisesti ongelmallista on muistisairaiden henkilöiden suostumus tutkimuksessa mukana olemiseen. Suostumuksen tulisi perustua riittävään tietoon ja tutkittavan tulisi ymmärtää saamansa informaatio. Ymmärtävätkö muistisairaat täysin sen, mitä tutkitaan, ja muistavatko edes olevansa mukana tutkimuksessa. (Kivelä & Valpio 2011, 26 - 27.) Haapala (2015, 88) toteaa pro gradu-tutkielmassaan, että yleisesti ottaen haastattelu vastaa paremmin eettisiin kysymyksiin, koska havainnoimisessa muistisairaat pääsevät huomattavasti vaikuttamaan tutkimuksen sisältöön. Lisäksi hän toteaa, että on todennäköisempää, että muistisairas, joka kykenee vastaamaan haastatteluun, pystyy todennäköisemmin antamaan myös tietoon perustuvan suostumuksensa tutkimukseen osallistumisen suhteen.

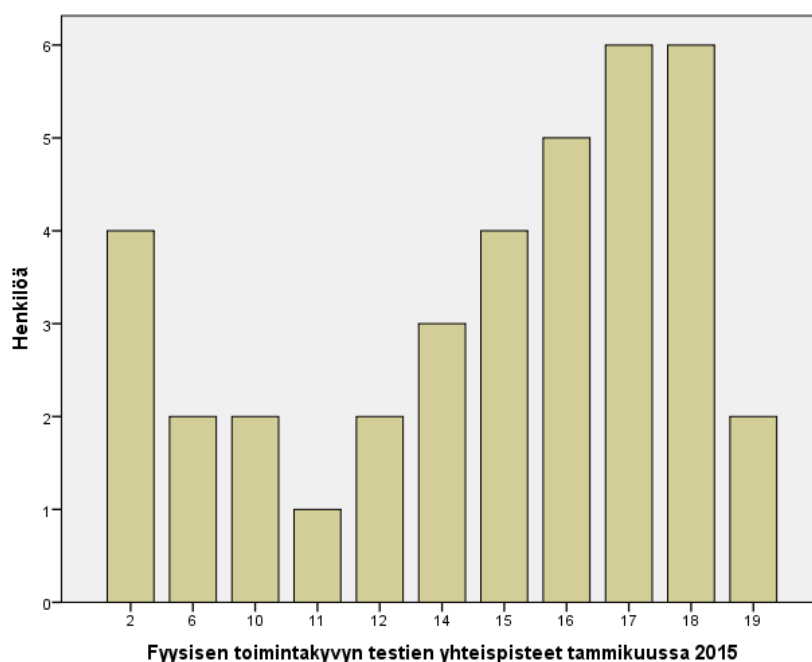
## 11 TUTKIMUKSEN AIKATAULU

KOOKOS-projektin pilotointi tapahtui tammi - syyskuussa 2015. Tutkimuksen otannan valinta, ja kuntoutuksen osion EMS-alkumittaukset tehtiin jo tammi-kuussa 2015, ja uusintamittaukset tehtiin elokuussa 2015. ADL-toimintoja ja elämänlaatua mittaavan puolistrukturoidun kyselyn ensimmäinen osio tehtiin huhti - toukokuussa 2015, ja se uusittiin syyskuussa 2015. Samassa yhteydessä tehtiin myös MMSE-testit. Tutkimuksen tulosten luovutus tilaajalle tapahtui joulukuussa 2015, ja tutkimuksen tulosten esittely hoivakotien henkilökunnalle oli myös joulukuussa 2015.

## 12 TUKIMUKSEN TULOKSET

### 12.1 Fyysisen toimintakyvyn muutokset

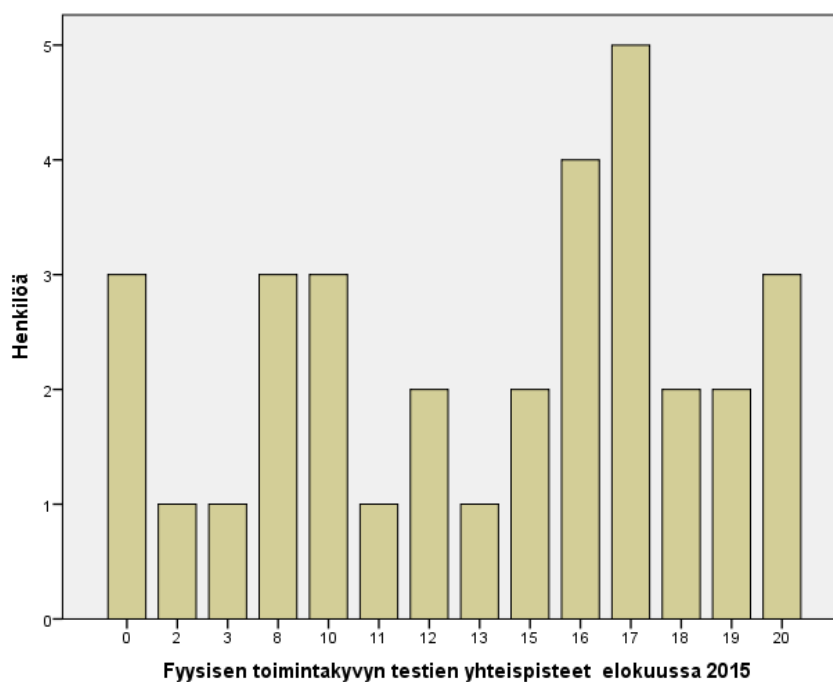
Fyysisen toimintakyvyn ensimmäisellä mittauskerralla tammikuussa 2015, N= 37 (kuva 1) maksimipistemäärään (20 p.) ei yltänyt kukaan tutkittavista. Paras tulos, 19 pistettä oli kahdella henkilöllä. Kuudella henkilöllä tuloksena oli 18 pistettä, samoin 17 pistettä sai 6 henkilöä. Viidellä henkilöllä tulos oli 16 pistettä, neljällä 15, kolmella 14, kahdella 12 pistettä. Yksi tutkittava sai tulokseksi 11 pistettä, kahden henkilön tulos oli 10 pistettä. Kaksi henkilöä sai kuusi pistettä ja matalin pistemäärä, kaksi pistettä oli neljällä henkilöllä.



Kuva1. Fyysisen toimintakyvyn mittauksen yhteispisteet, tammikuu 2015

Fyysisen toimintakyvyn toisella mittauskerralla elokuussa 2015, N=33 (kuva 2) maksimipistemäärään (20 p.) ylsi 3 henkilöä. Kaksi henkilöä sai 19 ja samoin kaksi henkilöä sai 18 pistettä. Viidelle henkilölle kertyi 17 pistettä, neljälle henkilölle 16 ja kahdelle henkilölle 15 pistettä. Yhden henkilön tulos oli 13 pistettä, kahden henkilön 12 ja yhden henkilön tulos 11 pistettä. Kymmeneen ja kahdeksaan pisteeseen ylsi molempiin kolme henkilöä, samoin kolmeen ja kahteen pisteeseen jäi molempiin yksi henkilö. Kolme tutkittavaa sai mittarista tulokseksi nolla pistettä.

Tuloksista voidaan todeta, että EMS-pistemäärä oli parantunut 12/33 henkilöllä, joista kuudella parannusta oli yhden pisteen verran, neljällä tulos oli noussut kaksi pistettä, yhdellä 3 pistettä, ja parhaimmillaan yhdellä henkilöllä parannusta oli tapahtunut 10 pisteen verran seitsemästä pisteestä 17:ään pisteeseen. Lähtötasot tulostaan parantaneilla olivat 2,7, 14, 15, 16,17, ja 18 pistettä.



Kuva 2. Fyysisen toimintakyvyn mittausten yhteispisteet elokuu 2015

Kuudella henkilöllä 33:sta pistemäärässä ei ollut tapahtunut muutosta. Heidän lähtötason pisteensä olivat: 2,10,15,16,17 ja 18 pistettä. Näinollen tulokset olivat huonontuneet 15 henkilöllä. Pisteet olivat laskeneet seuraavasti: yhdellä henkilöllä 16 pistettä, samoin yhdellä 11 pistettä, yhdellä kuusi, yhdellä henkilöllä viisi pistettä. Kahden henkilön tulos oli pudonnut neljän pisteen verran, yhdellä kolmen ja kuudella kahden pisteen verran ja yhdellä tutkittavalla pudotusta oli yhden pisteen verran.

Taulukosta 1 voidaan havaita, että selinmakuulta istumaan nousussa pistemäärä oli pudonnut viidellä henkilöllä, heistä kaksi oli tammikuun testauksissa päässyt itse selinmakuulta istumaan, elokuussa he tarvitsivat siihen yhden henkilön apua. Loput kolme olivat tammikuussa tarvinneet yhden henkilön

apua, elokuussa he tarvitsivat selinmakuulta istumaan nousussa apua kahdelta henkilöltä. 28 henkilöllä ei ollut tapahtunut muutosta.

Taulukko 1. Fyysisessä toimintakyvyssä tapahtuneet muutokset

Tulos	selinmakuulta istumaan-nousu	istumasta selinmakuulle meno	istumasta seisomaan-nousu	seisominen	kävely	kurottaminen	kävelytesti 6 m
Ennallaan	28	25	16	26	21	18	18
Parantunut	0	1	10	1	2	7	5
Huonontunut	5	7	7	6	10	8	10
Yhteensä	33	33	33	33	33	33	33

Istumasta selinmakuulle menossa tilanne oli pysynyt ennallaan 25 henkilöllä, huonontunut seitsemällä ja parantunut yhdellä henkilöllä. Neljä henkilöä oli tammikuussa päässyt itsenäisesti istumasta selin makuulle, elokuussa he tarvitsivat siihen yhden henkilön apua. Kahden henkilön tilanne oli muuttunut yhden avustettavasta kahden avustettavaksi, ja yhdellä muutosta oli tapahtunut suoraan itsenäisestä selviytymisestä kahden avustettavaksi. Yhden henkilön tilanne oli parantunut yhden henkilön avustettavasta itsenäiseen toimintaan.

Istumasta seisomaan nousu sujui 16 henkilöllä kuten aiemminkin, seitsemän henkilöä suoriutui aiempaa heikommin. Kolme heistä oli tammikuussa noussut istumasta seisomaan itsenäisesti kolmessa sekunnissa, elokuussa tähän kului aikaa yli kolme sekuntia. Yksi tutkittavista oli tammikuussa päässyt itsenäisesti seisomaan yli kolmessa sekunnissa, elokuussa hän tarvitsi yhden henkilön avustusta. Kaksi henkilöä oli tarvinnut tammikuussa yhden henkilön avustusta, ja elokuun testeissä heillä ilmeni seisomaannousussa kahden tai useamman henkilön avun tarvetta. Yksi tutkittavista oli noussut tammikuussa itsenäisesti seisomaan alle kolmessa sekunnissa, kun elokuussa hän tarvitsi apua yhdeltä henkilöltä. 10 henkilöllä olivat vaikeudet tässä osiossa vähentyneet. Heistä

kuusi henkeä oli parantanut tulostaan yli kolmesta sekunnista kolmeen sekuntiin tai alle. Kolmella tilanne oli parantunut kahden avustamasta selviytymiseen yhden henkilön avustamana.

Seisomisen osion pisteet olivat pysyneet ennallaan 26 henkilöllä, laskeneet kuudella ja nousseet yhdellä henkilöllä. Yksi henkilö oli kyennyt tammikuussa seisomaan ilman tukea ja ojentamaan kädet eteen ja sivulle. Elokuun testeissä hän kykeni seisomaan ilman tukea, mutta tarvitsi tukea käden ojentamiseen. Kaksi tutkimukseen osallistunutta kykeni tammikuussa seisomaan, mutta tarvitsi tukea (esim. sängyn reunasta), elokuussa he tarvitsivat tukea toiselta henkilöltä. Kolmella henkilöllä avun tarve oli lisääntynyt avustuksesta käden ojentamisessa toisen henkilön avustamana seisomiseen. Yksi henkilö oli tammikuussa kyennyt seisomaan ilman tukea ja ojentamaan kädet eteen ja sivuille, elokuussa hän kykeni seisomaan, mutta tarvitsi tukea. Yhdellä henkilöllä tulos oli parantunut niin, ettei hän enää tarvinnut tukea toiselta henkilöltä, vaan kykeni itse seisomaan kuitenkin jonkinlaista tukea tarvitien.

Kävely oli pysynyt ennallaan 21 henkilöllä, huonontunut 10:llä ja parantunut kahdella henkilöllä. Yhdellä kävely oli sujunut tammikuussa itsenäisesti ja turvallisesti, elokuussa hänellä oli käytössä apuväline, jonka avulla hän pystyi kävelemään itsenäisesti ja turvallisesti. Kolme henkilöä oli tammikuussa kävellyt itsenäisesti ja turvallisesti apuvälineen kanssa, kun elokuussa kävely apuvälineen kanssa oli epävarmaa/ turvatonta. Neljä tutkimukseen osallistunutta oli tammikuun testeissä kävellyt epävarmasti apuvälineen kanssa, kun elokuussa he tarvitsivat kävellessä toisen henkilön tukea tai jatkuvaa valvontaa.

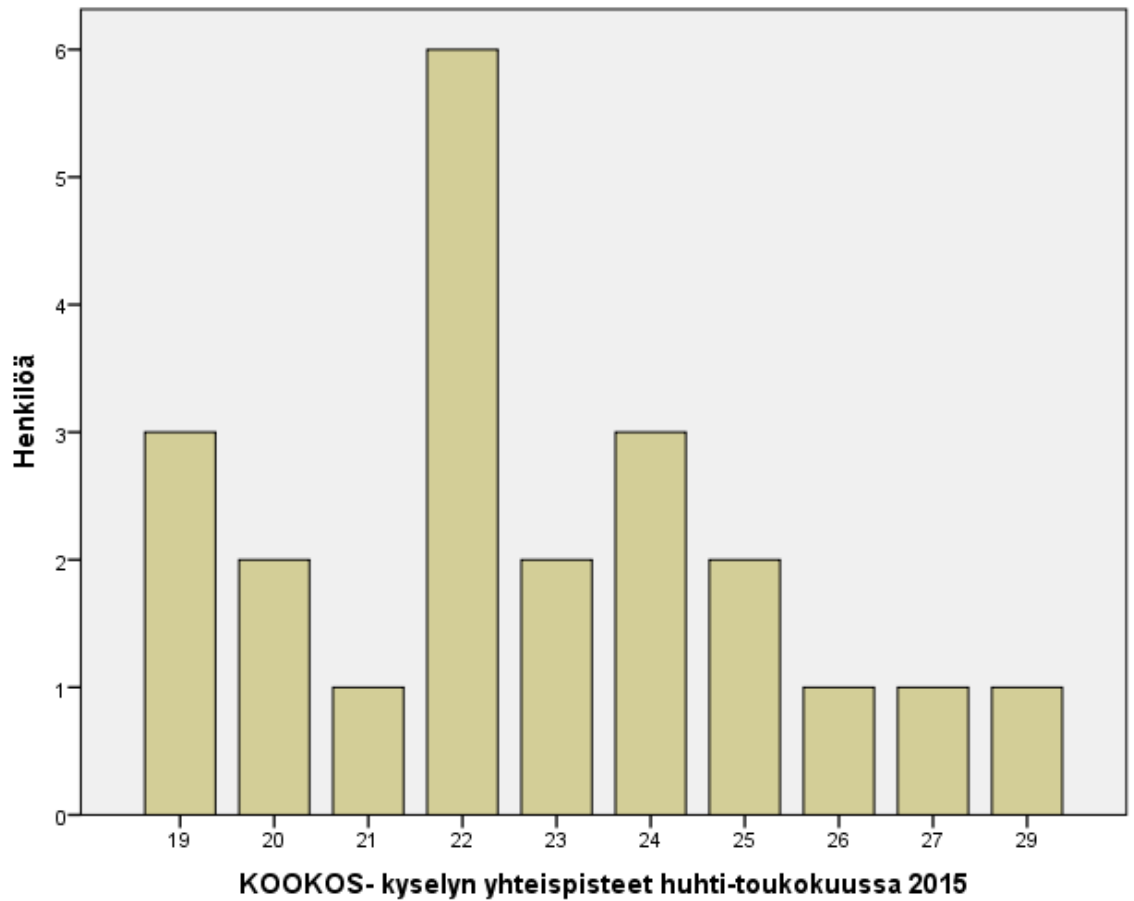
Yksi tutkittava oli alkutestauksissa kävellyt itsenäisesti ja turvallisesti apuvälineen kanssa, elokuussa hän tarvitsi kävellessä toisen henkilön tukea tai jatkuvaa valvontaa. Yksi tammikuussa itsenäisesti ja turvallisesti kävellyt henkilö käveli elokuussa apuvälineen kanssa ja kävely oli epävarmaa. Yksi tutkittavista oli kuntoutunut seuranta aikana niin, ettei enää tarvinnut aiemmin käyttämänsä kävelyn apuvälinettä, jonka avulla oli kävellyt turvallisesti ja yksi aiemmin epävarmasti apuvälineen kanssa kävellyt henkilö käveli elokuussa itsenäisesti ja turvallisesti ilman apuvälinettä.

Kuuden metrin kävelytestissä tulos oli pysynyt samana 18 henkilöllä, huonontunut kymmenellä ja parantunut viidellä henkilöllä. Heistä kuusi suoriutui tammikuussa kuuden metrin matkasta 15 sekunnissa, elokuussa matkaan kului 16-30 sekuntia. Kolmella henkilöllä matkaan kului tammikuussa yli 30 sekuntia, elokuussa he eivät kyenneet kävelemään kuutta metriä lainkaan. Yhdellä tammikuussa 15 sekunnissa matkasta selviytyneellä kului elokuussa kuuteen metriin yli 30 sekuntia. Neljä henkilöä paransi aikaansa 16–30 sekunnista 15 sekuntiin ja yksi yli 30 sekunnista 15 sekuntiin.

Kurkottaminen eteenpäin käsi ojennettuna onnistui 18:lla yhtä hyvin kuin aiemmin, oli heikentynyt kahdeksalla ja parantunut seitsemällä henkilöllä. Heistä viidellä tulos oli tammikuussa yli 16 cm, elokuussa 8–16 cm. Kahdella tulos oli tammikuussa 8–16 cm ja elokuussa 8 cm tai eivät kyenneet kurkottamaan lainkaan. Yhdellä tilanne oli muuttunut yli 16 cm:n kurkotuksesta niin, että tulos oli alle 8 cm, tai ei kykene lainkaan. Parannusta oli tapahtunut viidellä henkilöllä niin, että tammikuun 8–16 cm:n kurkotus oli muuttunut elokuun mittauksissa yli 16 cm:n kurkotukseen. Kahden tulos oli tammikuussa ollut alle 8 cm, tai ei kykene kurkottamaan lainkaan, kun elokuussa tulos oli 8–16 cm.

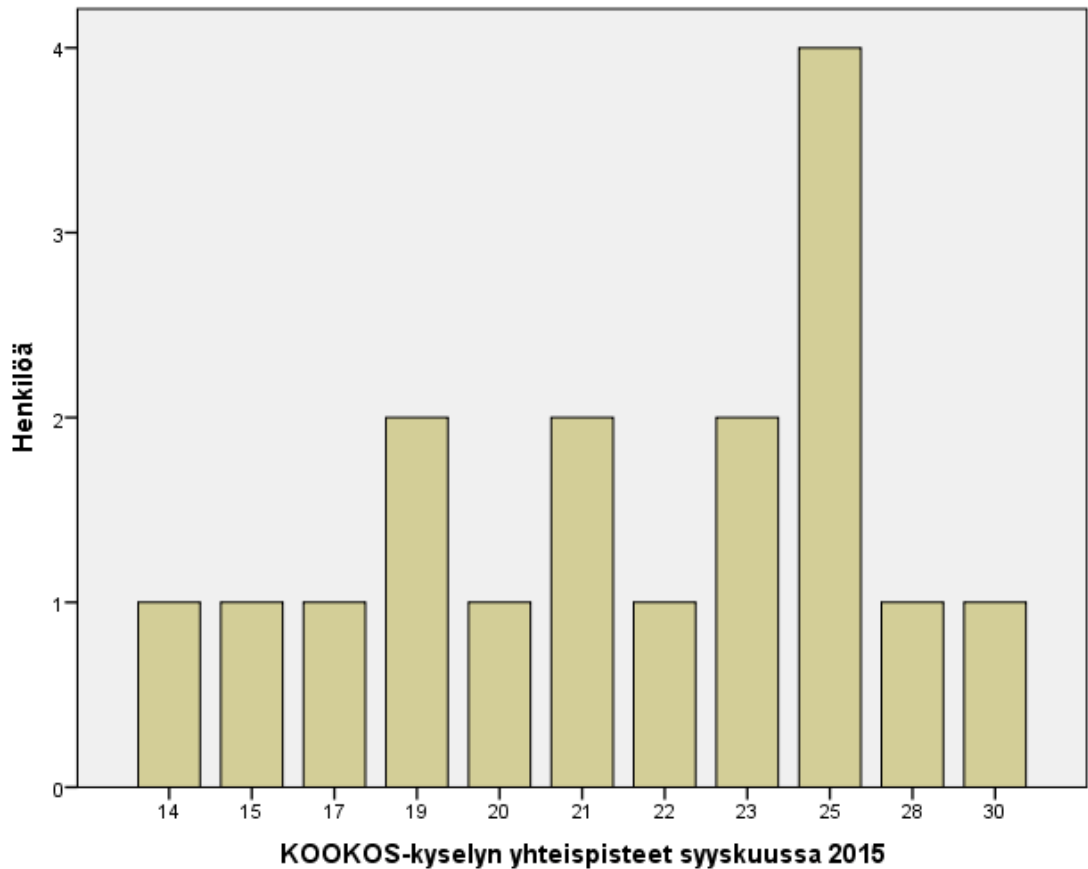
## 12.2 Muutokset koetussa elämänlaadussa

Huhti-toukokuussa 2015 KOOKOS-kyselyyn vastanneista (N=37) täyteen 30 pisteeseen ei yltänyt yksikään vastanneista. Yhden tutkittavan pistemäärä oli 29 pistettä. Yhdellä pistemäärä oli 27, yhdellä 26, kahdella 25, kolmella 24, kahdella 23 ja kuudella henkilöllä 22 pistettä. Yksi henkilö sai tulokseksi 21 pistettä, kaksi henkilöä 20 ja kolme henkilöä 19 pistettä. Jakauma on esitetty graafisesti kuvassa 3.



Kuva 3. KOOKOS-kyselyn yhteispisteet huhti - toukokuu 2015

Syyskuussa 2015 KOOKOS-kyselyyn vastanneista (N=17) yksi henkilö sai täydet 30 pistettä ja yksi sai 28 pistettä. Neljällä henkilöllä tulos oli 25, kahdella 23, yhdellä 22 ja kahdella 21 pistettä. Yhden henkilön pistemäärä oli 20, kahden henkilön 19, yhden henkilön 17, yhden henkilön 15 ja samoin yhden henkilön 14 pistettä. Hajonta on esitetty graafisesti kuvassa 4.



Kuva 4. KOOKOS-kyselyn yhteispisteet, syyskuu 2015

Tuloksista voidaan todeta, että kokonaispistemäärä oli parantunut 8/17 henkilöllä, joista kolmella parannusta oli yhden pisteen verran, kolmella kolmen pisteen, yhdellä kuuden ja yhdellä henkilöllä seitsemän pisteen verran.

Yhteispisteiden tulos oli laskenut 9/17 henkilöllä. Heistä laskua oli tapahtunut yhdellä yhden pisteen, kahdella kahden pisteen ja yhdellä henkilöllä kolmen pisteen verran. Yhdellä henkilöllä tulos oli laskenut neljän pisteen verran, kahdella viiden ja samoin kahdella henkilöllä kuuden pisteen verran.

Taulukkoon 2. on koottu KOOKOS-kyselyn pistemäärissä tapahtuneet muutokset. Tuloksista voidaan päätellä, että koettu terveydentila oli pysynyt ennallaan 10 henkilöllä. Se oli parantunut yhdellä henkilöllä tyydyttävästä hyvään, ja kuusi henkilöä koki terveydentilansa huonommaksi kuin alkumittauksissa.



Näistä kuudesta kolmella oli muutosta tapahtunut hyvästä tyydyttävään, kahdella tyydyttävästä huonoon, ja suurin muutos oli yhdellä vastaajista hyvästä huonoon terveyden kokemukseen.

Taulukko 2. KOOKOS-kyselyn tuloksissa ajalla huhti-syyskuu 2015 tapahtuneet muutokset taulukossa

Tulos	Terveydentila	Ruokailu	Peseytyminen	WC-käynnit	Pukeutuminen	Viihtyminen	Ystävät	Ystävyssuhteet	Kerho / muu virike-toiminta	Mieliala
Ennallaan	10	14	11	12	11	11	12	9	7	6
Parantunut	1	0	2	1	3	5	1	6	6	3
Huonontunut	6	3	4	4	3	1	4	2	4	7
Yhteensä	17	17	17	17	17	17	17	17	17	16

Avun tarpeen ruokailussa koki lisääntyneen kolme henkilöä. Heistä yhden tilanne oli muuttunut niin, että aiemmin ilman apua selviytynyt koki uusintakyselyssä tarvitsevansa hieman apua. Yksi vastaajista koki ensimmäisessä vaiheessa tarvitsevansa hieman apua ja toisessa vaiheessa jo paljon apua ruokailussa. Suurin muutos oli yhdellä henkilöllä itsenäisestä ruokailusta runsaaseen avuntarpeeseen. Lopuilla 14:llä tilanne oli pysynyt ennallaan.

Avun tarve peseytymisessä oli vähentynyt kahdella vastanneista. Toisella heistä avun tarve oli vähentynyt vähäisestä avuntarpeesta itsenäiseen selviytymiseen, toisen tilanne oli muuttunut runsaasta avun tarpeesta vähäiseen. Lisääntyntä avuntarvetta esiintyi neljällä henkilöllä. Heistä kolmella avun tarve oli lisääntynyt vähäisestä avun tarpeesta runsaaseen ja yhdellä itsenäisestä selviytymisestä runsaaseen avun tarpeeseen. 11:llä kyselyyn vastanneista avun tarve peseytymisessä oli pysynyt ennallaan.

WC-käynneissä avun tarpeen koki vähentyneen yksi henkilö runsaasta vähäiseen. Avun tarpeen koki lisääntyneen neljä henkilöä, joista kahdella muutosta

oli tapahtunut vähäisestä avun tarpeesta runsaaseen, yhdellä itsenäisestä selviytymisestä vähäiseen avun tarpeeseen ja yhdellä avun tarve oli lisääntynyt aiemmasta itsenäisestä selviytymisestä runsaaseen avun tarpeeseen. 12:lla vastanneista ei WC-käynneistä selviytymisessä ollut tapahtunut muutosta.

Vastanneista 11 henkilöä koki suoriutuvansa pukeutumisesta entiseen malliin, kolme vastaajaa koki avun tarpeen vähentyneen, heistä kaikilla muutosta oli tapahtunut aiemmasta vähäisestä avun tarpeesta itsenäiseen selviytymiseen. Kolme vastanneista koki pukeutumisesta selviytymisensä heikentyneen vähäisestä avun tarpeesta runsaaseen.

Viihtymisen osalta 11 henkilön kokemuksessa ei ollut muutosta. Viiden vastaajan viihtyvyydessä oli tapahtunut parannusta. Heistä neljä oli aiemmin kokenut itsensä toisinaan pitkästyneeksi, ja syyskuun kyselyssä he kokivat, että aika kuluu enimmäkseen mukavasti. Yksi henkilö koki aiemmin, että päivät tuntuvat yleensä pitkiltä, mutta syyskuussa hän koki olevansa vain toisinaan pitkästynyt. Yksi henkilö koki tämän osa-alueen huonontuneen niin, että tunsu syyskuussa olevansa toisinaan pitkästynyt.

Ystävien määrä oli pysynyt samana 12:lla vastanneista, yhdellä oli aiemmin ollut joitakin ystäviä, ja nyt hän koki, että ystäviä on riittävästi. Neljän vastaajan pistemäärä tässä oli laskenut. Heistä kolmella oli kuitenkin vielä joitakin ystäviä, mutta he kokivat, että ystäviä ei ollut kuitenkaan riittävästi. Yhden vastaajan tilanne oli muuttunut niin, ettei hänellä ollut enää lainkaan ystäviä.

Ystävyysuhteiden ylläpidon osalta tilanne oli koettu muuttumattomaksi yhdeksällä henkilöllä, kuusi koki yhteydenpidon lisääntyneen ja kaksi henkilöä koki sen vähentyneen. Kerho / muuhun viriketoimintaan osallistumisen koki lisääntyneen kuusi henkilöä. Heistä yksi ei ollut aiemmin osallistunut lainkaan näihin toimintoihin, mutta toistokyselyssä kertoi osallistuvansa silloin tällöin. Viisi vastanneista oli aiemmin osallistunut silloin tällöin, ja syyskuussa vastasivat osallistuvansa usein. Neljä vastaajista koki osallistumisen vähentyneen, mutta kuitenkin osallistuivat vielä silloin tällöin toimintaan. Seitsemällä henkilöllä osallistuminen oli pysynyt ennallaan.

Mielialan suhteen kuusi henkilöä ei kokenut muutosta tapahtuneen ja kolme vastaajaa koki mielialansa parantuneen. Näistä yksi oli ensimmäisen vaiheen

kyselyssä vastannut olevansa masentunut, toisessa vaiheessa hän koki olevansa joskus alakuloinen. Kaksi muuta olivat kokeneet aiemmin olleensa joskus alakuloisia, mutta toistokyselyssä he kokivat mielialansa olevan yleensä hyvä. Seitsemän vastanneista koki mielialansa laskeneen. Heistä suurimmalla osalla muutos oli tapahtunut hyvän mielialan kokemuksesta toisinaan koettuun alakuloisuuteen. Yksi vastaajista koki syyskuun kyselyssä olevansa masentunut. Yhden henkilön vastaus tähän kysymykseen puuttui.

### 12.3 Avoimet kysymykset

KOOKOS-kyselylomakkeessa oli strukturoidun osion lisäksi muutama avoin kysymys, joissa kartoitettiin tutkittavien mielipiteitä hoivakodeissa järjestettävästä toiminnasta. Avointen kysymysten vastaukset on koottu liitteenä oleviin taulukoihin ( Liite 4.) Seuraavassa joitakin vastauksissa yleisimmin toistuvia asioita.

#### 12.3.1 Huhti-toukokuun kysely

Kysymykseen *Pidättekö täällä järjestettävästä toiminnasta?* vastasi ensivaiheessa 18/21 henkilöä kyllä. Kolme tutkittavaa vastasi, että ei pitänyt järjestystä toiminnasta, syinä tähän kahdella oli alentunut toimintakyky ja jaksaminen, yksi vastanneista ei ollut osallistunut, mutta kertoi kuitenkin pitävänsä muistelutuokioista, ja toivoi laulutuokioita. Yleisesti syitä, miksi toiminnoista pidettiin olivat, että niissä saa liikuntaa ja virikkeitä, eikä tarvitse olla yksin.

Kysymyksen *Minkälainen toiminta on teistä ollut mukavinta?* vastauksissa oli melko suurta hajontaa. Vastauksissa mainittiin mm. erilaiset liikuntamuodot, muistelu ja musiikki, äänikirjojen kuuntelu ja saunavastojen teko. Kysyttäessä millainen toiminta olisi tutkittavien mielestä mieluisinta, vastauksina toivottiin mm. tansseja, lasten vierailuja, laulamista, ulkoilua, pelejä ja joku toivoi pääsevänsä uimaan.

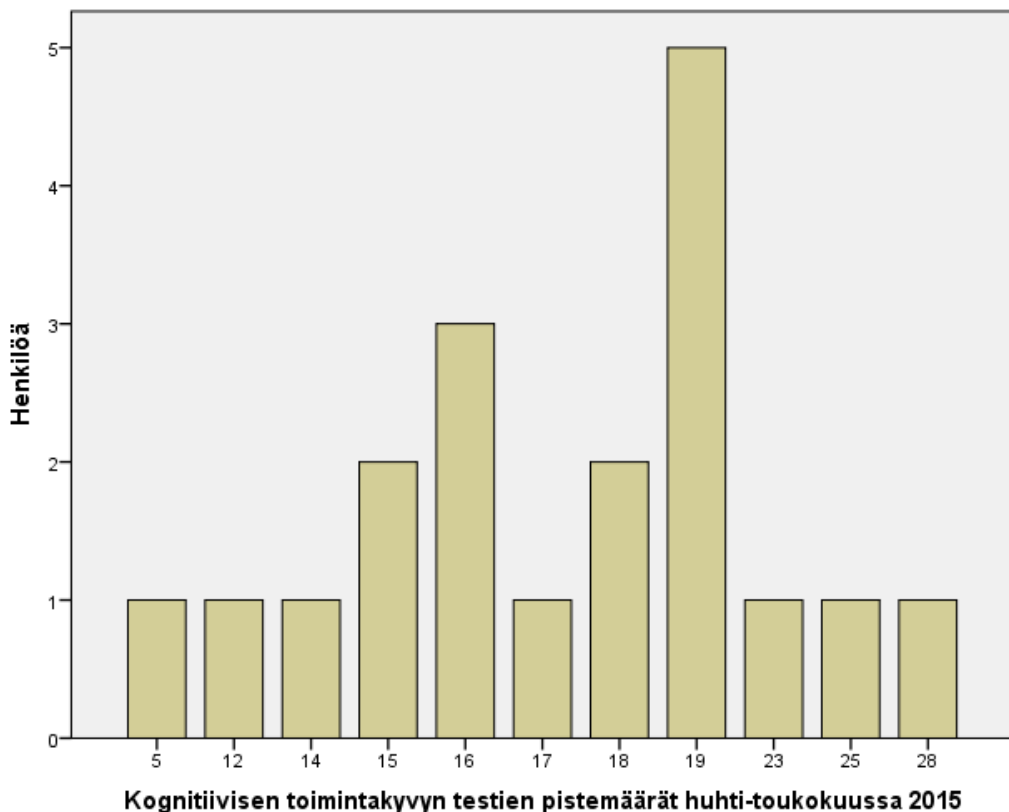
#### 12.3.2 Syyskuun kysely

Syyskuussa suurin osa eli yhdeksän kymmenestä kyselyyn vastanneista kertoi pitävänsä heille järjestetystä toiminnasta. Mieluisinta oli ollut musiikkiin liittyvä toiminta, liikunta ja muiden seurassa oleminen. Ainoa joka oli vastannut,

ettei pidä järjestettävästä toiminnasta, ei enää kyennyt osallistumaan toimintakyvyn laskun takia. Toiveina oli esitetty liikuntaa, ulkoilua, tietovisaa ja kuto-mista. Monet vastaajista eivät olleet osanneet esittää mitään toiveita tulevan toiminnan suhteen.

#### 12.4 Kognitiivisen toimintakyvyn muutokset

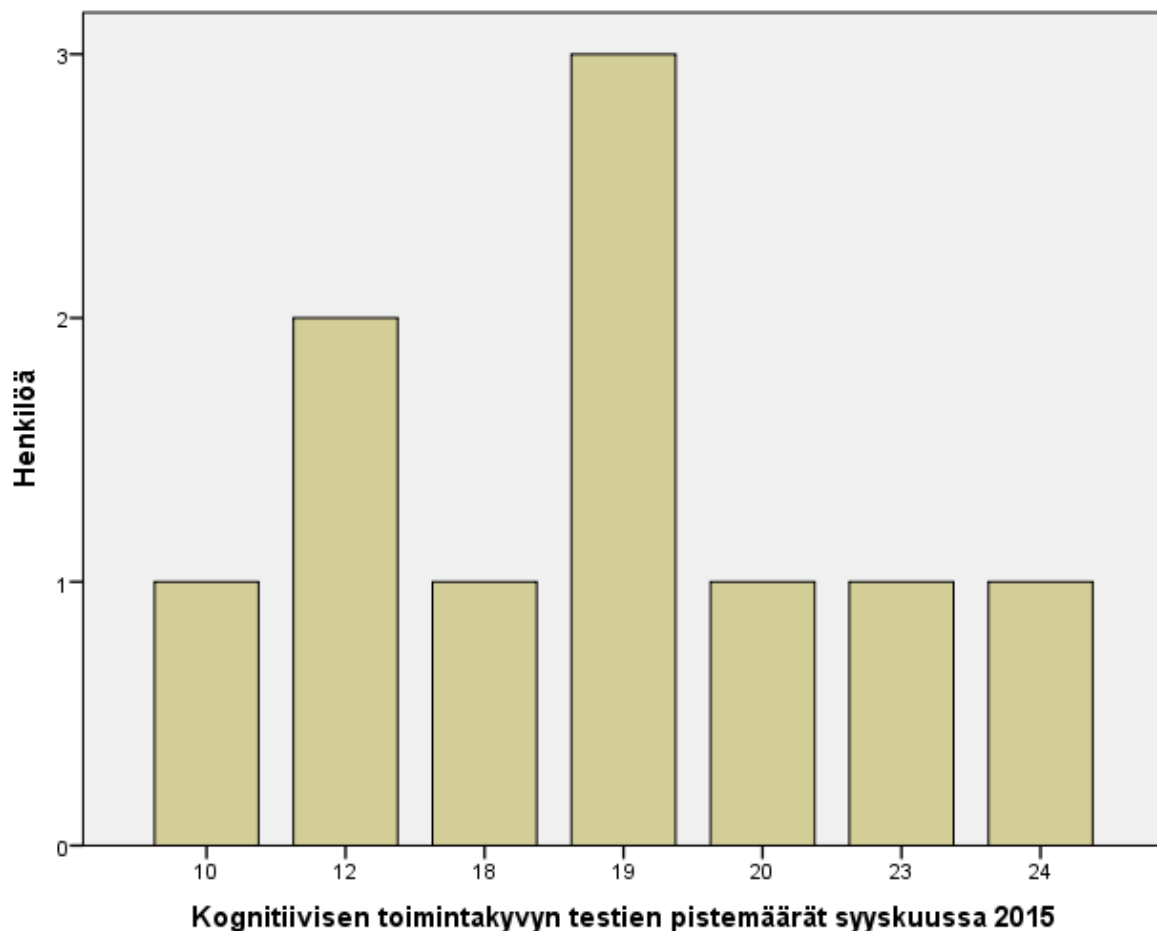
Kognitiivista toimintakykyä testaavissa MMSE-testeissä huhti - toukokuussa 2015 (kuva 5.) tulos saatiin yhteensä 19 henkilöltä. Tällöin yhden testattavan tulos oli 28/30 pistettä, yhden 25/30 ja yhdellä 23/30 pistettä. Viidellä henkilöllä tulos oli 19/30 pistettä, kahdella 18/30, ja yhdellä 17/30 pistettä. Kolmen tutkimukseen osallistunutta sai pistemääräkseen 16/30 pistettä, kaksi heistä sai 15/30, ja yksi henkilö 14/30 pistettä. Yhdellä henkilöllä tulos oli 12/30 pistettä ja yhdellä 5/30 pistettä.



Kuva 5. Kognitiivista toimintakykyä testaavien MMSE-testien tulokset huhti - toukokuussa 2015

MMSE-testien tuloksia palautui syyskuussa 10 kappaletta. (kuva 6.) Paras tulos oli tällöin 24/30, ja se oli yhdellä henkilöllä. Yhdellä tutkittavalla tulos oli

23/30 ja yhdellä 20/30. Kolmen tutkimukseen osallistuneen henkilön tulos oli 19/30 pistettä, yhden 18/30, kahdella 12/30 ja yhdellä 10/30 pistettä.



Kuva 6. Kognitiivista toimintakykyä testaavien MMSE–testien tulokset syyskuussa 2015

Taulukossa 3. on esitetty muutokset MMSE–testien pistemäärissä kahdeksan kuukauden seurantajakson aikana. Tuloksia vertailtaessa voidaan todeta, että tulos oli parantunut kahdella, huonontunut neljällä ja pysynyt samana neljällä vastanneista.

Taulukko 3. Muutokset kognitiivisessa toimintakyvyssä seurantajakson aikana huhti – syyskuussa 2015

Muutos tulok- sissa	pisteet			
	huhtikuu - syyskuu	huhtikuu - syyskuu	huhtikuu – syyskuu	huhtikuu – syyskuu
Parantunut	16 - 18	19 - 20		
Huonontunut	20 - 19	25 - 24	18 - 10	28 – 19
Ennallaan	19 - 19	23 - 23	19 - 19	12 – 12

### 13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tuloksia tarkasteltaessa kävi ilmi, että fyysisen toimintakyvyn osa-alueet olivat parantuneet 36 %:lla ja pysyneet ennallaan 19 %:lla tutkittavista. Raivion ja Pitkälän mukaan joissakin kroonisissa ja etenevissä sairauksissa kuten esimerkiksi muistisairauksissa ja Parkinsonin taudissa voidaan toimintakyvyn paranemisen lisäksi myös toimintakyvyn heikkenemisen hidastuminen katsoa hyödyksi, koska tämä lisää henkilöiden elämänlaatua (Raivio & Pitkälä 2015. 520).

Tässä tutkimusasetelmassa ei ole eritelty tutkittavien diagnooseja, mutta SITRA:n tehostetun palveluasumisen kriteerien mukaan (SITRA 2011) tehostetun palveluasumisen asukkaita kuvaavissa määrittelyistä mainitaan usein etenkin muistisairaus, joten tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvilla henkilöillä voidaan olettaa esiintyvän runsaasti edellä mainitun kaltaisia kroonisia ja eteneviä sairauksia. Näinollen 55 prosentilla eli hieman yli puolella tutkittavista voidaan katsoa tapahtuneen positiivista kehitystä fyysisen toimintakyvyn saralla. Sen lisäksi lähes puolella eli 47 %:lla tutkittavista oli pisteiden mukaan elämänlaatu ja ADL- toiminnoissa ja yhteensä 60 %:lla MMSE-testitulosten mukaan kognitiivisissa toiminnoissa tapahtunut parannusta (20 %) tai tilanne oli pysynyt muuttumattomana (40 %).

Liikunnallinen harjoittelu parantaa myös kognitiota, siinä etenkin toiminnan ohjausta, ajattelun nopeutta ja masennusta. Myös monialaisella ravitsemukseen, liikuntaan, kognitiiviseen harjoitteluun ja vaskulaaririskitekijöiden hoitoon keskitetyllä kuntoutuksella voidaan myös parantaa tai ylläpitää kognitiivista toimintakykyä riskiryhmään kuuluvilla ikääntyneillä (Raivio & Pitkälä 2015, 521). Tämä varmasti selittää osaltaan myös KOOKOS-projektin tutkimuksen tuloksia.

## 14 POHDINTA

Yhteistyö työn tilaajan kanssa alkoi lokakuun lopussa 2014. Työn tilaaja oli tarjonnut opinnäytetyön aihetta Kymenlaakson ammattikorkeakoulun kautta. Tällöin oltiin yhteydessä silloiseen yksiköiden johtajaan, joka kertoi KOOKOS-projektista ja siihen liittyvästä alkukartoituksen ja vaikuttavuuden arvioinnin tarpeesta, samalla sovittiin alustavasti opinnäytetyöstä. Marras - joulukuun vaihteessa 2014 päästiin aloittamaan lähdemateriaalin etsiminen, jolla olikin jo kiire, koska KOOKOS-projektin pilotointi alkoi jo tammikuussa 2015.

Ensimmäiseksi keskityttiin joulukuussa kyselylomakkeeseen etsien valmiita kyselyitä, mutta mistään ei löytynyt sellaista valmista mittaria, joka olisi mitannut juuri niitä asioita, joita tässä tutkimuksessa haluttiin tavoittaa. Niinpä alettiin rakentamaan kyselylomaketta itse ja samalla hahmoteltiin tutkimussuunnitelmaa. Tammikuussa 2015 oli tapaaminen Mehiläisen Kouvolan yksiköiden vasta aloittaneen fysioterapeutin kanssa. Hänen kanssaan yhdessä mietittiin valmiiksi käytettävä fyysisen toimintakyvyn mittari ja tutkimuksen otos, ottaen huomioon yksiköiden johtajan antama ohje rajata pois alkoholidementiaa sairastavat ja saattohoidossa olevat henkilöt. Tammikuussa tehtiin myös jo ensimmäiset EMS-testit ja toisessa Kouvolan yksikössä toteutui musiikkiterapeutin henkilökunnalle pitämä koulutus sekä KOOKOS-projektin projektiryhmän kokous, joita oli muutamia projektin aikana. Näissä kokouksissa käytiin läpi, mitä eri yksiköissä oli tehty projektiin liittyen, ja mietittiin projektin toteutusta erilaisissa yksiköissä. Samalla perehdytettiin uusia fysioterapeutteja KOOKOS-projektiin.

Kyselyn saatua lopullisen muotoonsa pystyttiin se liittämään tutkimuslupahakemukseen ja huhtikuussa 2015 myönnettiin tutkimuslupa. Näinollen päästiin

viemään kyselylomake toteutusasteelle kentälle huhti - toukokuussa 2015, ja samalla oli tarkoitus että hoitajat tekevät myös MMSE-testit otoksessa oleville asukkaille. Vastausaikaa oli suunnilleen kuukausi, ja vastauksia tulikin ihan mukavasti.

EMS-mittaukset toteutettiin Kouvolan yksiköiden fysioterapeutin kanssa uudelleen elokuussa 2015. Kysely ja MMSE testit toistettiin syyskuussa 2015. Kyselyyn oli jälleen vastausaikaa kuukausi, mutta palautuneiden MMSE-testitulosten vähyden vuoksi aikaa jatkettiin vielä kuukaudella, jonka aikana saatiin vielä yksi MMSE-tulos lisää. Tämä MMSE-tulosten vähyys oli hieman harmillista varsinkin, kun jostakin yksiköstä palautui muutama tulos, joista puuttui koodinumero, jonka perusteella olisi voitu ajaa ne oikeiden henkilöiden kohdalle Spss-ohjelmaan. Kyseisestä ryhmäkodista oli otannassa vain muutama henkilö, joten MMSE-tulosten perusteella olisi voitu ryhmäkodin omista kirjauksista selvittää, keille saadut tulokset kuuluivat, mutta pyynnöistä huolimatta asia jäi selvittämättä. Kaikkien kyselylomakkeiden palaututtua alettiin syöttämään aineistoa Spss-ohjelmaan ja kirjoittamaan auki saatuja tuloksia marras - joulukuussa 2015. Tutkimuksen tuloksista valmisteltiin myös erillinen raportti työn tilaajalle.

Kyamkin (2014) vanhustyön koulutusohjelman opintosuunnitelman mukaan geronomin viitekehuksesta ikääntynyttä ihmistä tarkastellaan fyysisenä, psyykkisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena. Tutkimuksen ja opinnäytetyön rajausta tuotti kovasti päänvaivaa, koska toimintakyvyn osa-alueita on monia ja kaikki toimintakyvyn osa-alueet vaikuttavat toisiinsa, joten oikean kuvan saamiseksi ei voida tarkastella vain yhtä osa-aluetta.

Haapala (2015) tutkielmissaan totesi, että muistisairaita osallistetaan tutkimuksissa liian vähän. Tätä osallistamista hain itsekin haastattelulomaketta suunnitelllessani, ja vastauksista jäi tunne, että vastaajat arvostivat sitä, että heidän omaa mielipidettään asioista kysyttiin. Eräessäkin haastattelulomakkeessa oli hoitaja kirjoittanut, että asiakas halusi itse vastata kyselyyn, ja tämä olikin kirjoittanut vastaukset hyvin haalealla vapisevalla käsialalla, mutta kuitenkin oli saanut vastata ihan itse omaa elämäänsä koskeviin kysymyksiin.



Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että tammikuussa 2015 käynnistyneellä projektilla on saattanut olla positiivista vaikutusta monien asukkaiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Samansuuntaisia tuloksia on saanut myös Ruoti (2014) tutkiessaan iäkkäiden kotikuntoutusta. Muita parannusta selittäviä tekijöitä voisivat olla yksilötasolla mm. lääkemuutokset ja vasta hoivakotiin muuttaneilla henkilöillä kotiutumisosuuden eteneminen. Näistä ei kuitenkaan ole vertailuun käytettävissä tutkimustuloksia.

Seuranta-aikana alentuneet tulokset olivat yleisesti ottaen laskeneet vähän kerrallaan lukuun ottamatta muutamaa poikkeusta, joilla oli tapahtunut radikaali pudotus toimintakyvyssä. Selittäviä tekijöitä hitaalle laskulle voivat olla SITRAN(2011) tehostettuun palveluasumisen sääntökirjaan viitaten olemassa olevien kroonisten sairauksien väijäämätön eteneminen, ja radikaalimmissa pudotuksissa herää epäily jostakin akuutista sairaudesta tai tapaturmasta, esimerkiksi kaatumisesta aiheutuneesta toimintakyvyn laskusta.

Kuten Airila (2005) on todennut, aktivoiva viriketoiminta kuuluu osaksi kokonaisvaltaista hoitotyötä. Myös KOOKOS-projektin tavoitteena oli tuoda arjen hoitotyöhön osallistuville henkilöille keinoja toteuttaa aktivoivaa toimintaa mm. musiikin ja muun kulttuurin kuntoutuksen ja kognitiota tukevin keinoin osana arjen hoitotyötä.

Heimosen & Voutilaisen (2006) viitaten muistisairauteen sairastuneille henkilöille erilaisten hoitointerventioiden vaikutusten arviointi elämänlaatuun nähden on tärkeää, koska dementoivat sairaudet ovat eteneviä ja parantumattomia. Tästä syystä hoidon tärkeimpänä tavoitteena on tukea sairastuneen henkilön elämänlaatua ja toimintakykyä. Muistisairauteen sairastuneiden ollessa tutkimuksen kohteena, kuten tässä tutkimuksessa MMSE-tulosten perusteella monien kohdalla myös tilanne oli, on huomattu, että heidän elämänlaatuunsa vaikuttaa myös se, kuka sitä arvioi ja miten arviointi tehdään. Lisäksi kuitenkin kuten Kivelä ja Valpio (2011) toteavat, juuri muistisairauksista johtuen tutkimuksiin saattaa liittyä monia tutkimuseettisiä ongelmia. Näistä mahdollisista muistisairauksiin liittyvistä tutkimuseettisistä ongelmista huolimatta tätä tutkimusta voidaan puolustaa kuitenkin sillä, että tämän tutkimuksen taustalla olevan projektin tavoitteena on parantaa hoivayksiköiden asukkaiden, mukaan lukien myös tutkittavien henkilöiden toimintakykyä ja elämänlaatua.

Kuten Airila 2005 ikäinstituutin hankkeessa totesi, myös KOOKOS-projektin kyselylomakkeen avointen kysymysten vastausten perusteella voidaan todeta, että ikääntyneiden toiveet heille järjestettävän toiminnan suhteen ovat kovin vaatimattomia, ja valtaosa niistä on helppoja toteuttaa edullisesti missä ja miltei kenen toimesta tahansa. Myös Hanna-Liisa Liikanen sai samansuuntaisia tuloksia itä-Suomalaisissa hoitoyksiköissä tekemässään tutkimuksessa. (Liikanen 2010, 113).

EMS-testien toteutus yhdessä fysioterapeutin kanssa oli hyvä siksi, että saatiin jonkinlainen kuva tutkittavien toimintakyvystä ja asuinympäristöstä, ja näin nämä testit tuli myös tehtyä.

EMS-testin luotettavuudesta voitiin todeta, että mittaustuloksissa saattaa esiintyä pientä vaihtelua mm. mittaajasta ja mittausajankohdasta riippuen. EMS-mittarissa on esimerkiksi osio, jossa pyydetään henkilöä kurottamaan kädet eteen ojennettuna eteenpäin niin paljon kuin vain voi, mittaajan pitäessä mittanauhaa käsien alla ja ottaen näin kurotuksesta mittaa. Tämä osoittautui mittauksia tehtäessä melko haasteelliseksi joidenkin henkilöiden kohdalla, ja näissä tuloksissa voi tulla jonkinasteista epätarkkuutta. EMS-testien tuloksiin suuresti vaikuttanut tekijä on varmasti ollut yksiköissä työskennellyt oma fysioterapeutti, joka järjesti erilaista ryhmäliikuntaa ja joidenkin asukkaiden kohdalla myös yksilöllistä kuntoutusta sekä avusti apuvälinehankinnoissa. 133 asiakasta on yhdelle fysioterapeutille melko suuri työmäärä, ja esimerkiksi geronomi fysioterapeutin työparina voisi hyvin osaltaan keventää fysioterapeutin työnsarkaa esimerkiksi hoitamalla apuvälinehankintoja, kontrolloimalla toimintakyvyn testauksia sekä ohjaamalla liikuntaryhmiä. Näin fysioterapeutin ammattitaitoa voitaisi hyödyntää enemmän mm. yksilöterapiassa, toimintakyvyn arvioinnissa ja varsinaisessa fysioterapiaohjauksessa sekä henkilöstön ergonomian parantamisessa. Geronomi voisi lisäksi hoitaa sosiaalisen puolen asioita, kuten tukihakemuksia ja yhteydenpitoa omaisiin sekä organisoida muuta viriketoimintaa.

Kuten Pitkälä ym.(2013) tutkimuksessaan totesivat, kotona annetulla kuntoutuksella, joka on räätälöity ikääntyneen omien lähtökohtien mukaan, voidaan muistisairaiden henkilöiden toimintakyvyn heikkenemistä hidastaa merkittävästi. Positiivinen vaikutus ilmeni myös kognitiossa toiminnanohjauksen

osalta. Vaikka Pitkälän ym. tutkimuksen kohteena olivat kotona asuvat muisti-sairaat henkilöt, voidaan mielestäni tämän tutkimuksen tuloksia yleistää myös KOOKOS-projektin kohdehenkilöihin, joiden kohdalla tässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia.

Kyselyn suhteen vastauksia palautui ensi vaiheessa mukavasti. Kyselyitä ja etenkin MMSE-testien tuloksia palautui toisessa vaiheessa kuukauden jatkoajasta huolimatta melko niukasti. Tästä voidaan vetää johtopäätös, että MMSE-testin tilalle olisi kannattanut valita jokin hieman kevyempi mittari, esimerkiksi ns. kellotaulutesti, koska MMSE-testin tekeminen jäi hoitohenkilökunnan vastuulle ja se saattoi olla hoitajille arjen kiireen ja kyseisissä yksiköissä tutkimuksen seuranta-aikana tapahtuneiden organisaation muutosten keskellä liian raskas mittari toteuttaa. Toistokyselyn vastausten vähäisyyttä voi osaltaan selittää sekin, että kyseisissä yksiköissä oli samoihin aikoihin meneillään myös useita muita mm. henkilökunnalle suunnattuja kyselyitä.

Kehittämisehdotuksena mainittakoon tässä tutkimuksessa hieman laihaksi jääneen kognition osa-alueen jatkotutkimuksen ja toisaalta myös ravitsemuksen vaikuttavuuden osa-alueen tutkimuksen, jota ei tässä tutkimuksessa ollut mukana lainkaan. KOOKOS-kyselyn avoimien kysymysten "Kutojan" toiveesta heräsi ajatus, josko yksiköillä olisi mahdollisuus hankkia kokeeksi yhteen yksikköön kangaspuut ja viritellä yhteistyötä esimerkiksi artesaaniopiskelijoiden kanssa kutomisen ohjauksesta, koska nykyisistä ikäihmisistä monet ovat varmasti elämässään paljon mattoja kutoneet. Kutominen olisi samalla hyvää sekä fyysistä että kognitiivista kuntoutusta.

Tilajatahon edustajille esiteltiin tutkimuksen tuloksia joulukuussa, yhteisessä esittelytilaisuudessa erään toisen geronomiopiskelijan kanssa, joka oli myös tehnyt opinnäytetyönänsä tutkimuksen KOOKOS-projektin tiimoilta, mutta henkilökunnan näkökulmasta käsin. Olikin mielenkiintoista verrata saatuja tuloksia siihen, kuinka pilottiyksiköiden henkilökunta oli kokenut KOOKOS-projektin vaikuttaneen hoivakotien asukkaisiin. Esittelytilaisuudessa paikalla olivat Kouvolan yksiköiden esimies ja hänen esimiehensä sekä muutama hoitohenkilökunnan edustaja. Erityisen hyväksi tässä työssä koettiin liite, johon oli koottu kaikki avointen kysymysten vastaukset ja asukkaiden esittämät toiveet. Esimiestaho piti tärkeänä tällaisen kartoituksen säännöllistä jatkamista tästä

eteenpäinkin. Myös kehitysehdotukseen kangaspuiden hankinnasta esimiestaholta tartuttiin ilahduttavan napakasti, ja kävikin ilmi, että kaikissa muissa kyseisen yksityisen palveluntarjoajan yksiköissä kangaspuita olikin jo käytössä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voi tilaajataho hyödyntää KOOKOS-projektin jatkon eli konseptin muihin yksiköihin jalkauttamisen ja arjen kuntouttavan toiminnan suunnittelun tukena sekä viriketoiminnan laadun osoittamiseen kuntayhteistyötahoille.

## LÄHTEET

Airila, A. 2005. "Potilaan takaa löytyy ihminen" Yksilöllisen viriketoiminnan kehittäminen pitkäaikaishoidossa. Ikäinstituutti, Kuntokallio-Säätiö. 2, 16.

Blom, M., Hovi, S-L., Kovanen, N. & Isojärvi, J. 2007. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden ja tehon tutkiminen. Impakti, terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikön lehti 6/2007. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77844/Impakti2007\\_6.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77844/Impakti2007_6.pdf?sequence=1) [viitattu 29.8.2016].

Bojner-Horwitz, E. & Bjoner, G. 2007. Mielihyvää musiikista. Helsinki: WSOY.

Bäckmand, H. 2006. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaistutkimus ikääntyvillä miehillä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.

Bäckman, L., Nyberg, L., Soveri, Johansson, A., Andersson, J., Dahlin, M., Neely, E., Virta, A., Laine, M., & Rinne, J.O. 2011. Effects of Working-Memory Training on Striatal Dopamine Release. Science 05.8.2011, 718.

Duodecim 2014. Kohonnut verenpaine. Käypähoito. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010#NaN> [viitattu 29.8.2016].

Duodecim 2010. Muistisairaudet. Käypähoito. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#NaN> [viitattu 14.11.2015].

Dölling-Hasu, B. 2015. KOOKOS-projektin projektisuunnitelma.

Gibson, F.2011. Reminiscence and life story work. A practice guide. London: Jessica Kingsley Publisher.Saatavissa: [https://books.google.co.uk/books?id=Em0jMlnOqEkC&pg=PA7&hl=fi&source=gbs\\_selected\\_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.uk/books?id=Em0jMlnOqEkC&pg=PA7&hl=fi&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false) [viitattu 4.9.2016].

Haaga-Helia. Muuttujien välinen riippuvuus. Saatavissa: <http://myy.haaga-helia.fi/~keika/kurssit/pruju5.doc> [viitattu 14.12.2015].

Haapala, N. 2015. Muistisairaahan osallisuus laadullisessa tutkimuksessa. Teoreettinen tutkimus laadullisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuudesta muistisairaille. Pro-gradu-tutkielma. Lapin yliopisto.

Heimonen, S.-L., Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. 6. – 9. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hohental-Antin, L. 2013. Muistellaan. Luovat menetelmät muistisairaiden tukena. Jyväskylä: PS-kustannus.

Huusko, T. & Pitkälä, K. 2006. Mitä elämänlaatu on? Teoksessa Voiko ikään-tyneiden elämänlaatua mitata, toim. Pitkälä, K., Tutkimusraportti 12. Vanhustyön keskusliitto.

ICF. 2014. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Lyhyt versio. World Health Organization.

Jaakkola, L. & Pennanen, L. 2009. Kerrostunutta elämää - Kulttuurinen toimintaympäristö vanhustenkeskuksessa. Teoksessa Jotta jokaisella olisi hyvä. Voimavaroja vahvistava vanhustenkeskus. Toim. Mäkinen, E. & Roivas, M. Metropolia ammattikorkeakoulun julkaisuja, sarja c: artikkelit 1 · 2009

Järvikoski, A., 2008, Kuntoutuskäsityksen muutos ja kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkimus. Teoksessa Vaikuttavuus muutoksessa. Toim. Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I., 54.

Kivelä, S.-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään. Suomen Senioriliike Ry.: Helsinki.

Kundera, M. 1998 Identiteetti. Helsinki: WSOY.

KvantiMOTV. 2010. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyse-lylomake/laatiminen.html> [viitattu 6.11.2016]

Kyamk 2014. Opetussuunnitelma. Saatavissa: [https://soleops.ky-amk.fi/opsnet/disp/fi/ops\\_KoulOhjSel/tab/tab/sea?koulohj\\_id=11555250&ryhmtyypp=1&lukuvuosi=&stack=push](https://soleops.ky-amk.fi/opsnet/disp/fi/ops_KoulOhjSel/tab/tab/sea?koulohj_id=11555250&ryhmtyypp=1&lukuvuosi=&stack=push) [viitattu 20.8.2016]

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 28.12.2012/980.

Liikaneen , H.-L. 2003. Taide kohtaa elämän. Arts in Hospital- hanke ja kulttuuritoiminta itäsuomalaisen hoitoyksiköiden arjessa ja juhlassa. Väitöskirja: Helsingin yliopisto. 113,151.

Lyyra, T.-M. 2006. Predictors of mortality in old age. Contribution of self-rated health, physical functions, life satisfaction and social support on survival among older people. Studies in sport, physical education and health 119. Väitöskirja: Jyväskylän yliopisto.

Malmivaara, A. & Pohjolainen, T. 2015. Vaikuttavuus. Teoksessa Fysiatria. 5. uudistettu painos, Toim. Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari-Juntura, E., 91 – 98.

Mäkitalo, J. & Turunen, J. 2008. Johdanto. Teoksessa Vaikuttavuus muutoksessa. Toim. Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I., 54.

Pitkälä, K. 2008. Voiko vanhusten lääkkeettömällä hoidoilla saavuttaa hyviä tuloksia? Suomen Lääkärilehti 10(63) 2008, 939. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalex-ng.kyamk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkelikieli.cgi?docn=000029840> [viitattu 6.12.2015].

Pitkälä, K., Eloniemi-Sulkava, U., Huusko, T., Laakkonen, M-L., Pietilä, M., Raivio, M., Routasalo, P., Saarenheimo, M., Savikko, N., Stranberg, T. & Til-

vis, R. 2007. Miten ikääntyneiden kuntoutusta tulisi kehittää? Suomen Lääkäreilehti 42/62 2007, 3851 – 3856. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028994> [viitattu 4.12.2015]

Pitkälä, K., Savikko, N., Pöysti, M., Laakkonen, M.-L., Kautiainen, H., Strandberg, T. & Tilvis, R. 2013. Muistisairaiden liikunnallisen kuntoutuksen vaikuttavuus. Satunnaistettu vertailututkimus. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 125. Saatavissa: <https://helda-helsinki-fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:8443/bitstream/handle/10138/39607/Tutkimuksia125.pdf?sequence=1> [viitattu 29.8.2016].

Pohjolainen, M. & Mikkelsen, M. 2015. Kuntoutusjärjestelmä ja kuntoutussuunnitelma. Teoksessa Fysiatria. 5. uudistettu painos, Toim. Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari – Juntura, E., 485.

Pohjolainen, P. & Salonen, E., 2012. Toimintakyky vanhuudessa – mitkä tekijät sitä määrittävät? Gerontologia-lehti 26(4)/2012, 235.

Raivio, M., & Pitkälä, K., 2005. Ikäihmisen kuntoutus. Teoksessa Fysiatria. 5. uudistettu painos, Toim. Arokoski, J., Mikkelsen, M., Pohjolainen, T. & Viikari – Juntura, E., 515 - 520

Routasalo, P. Toivonen, H. & Rautiainen, M. 2013. Taide ja kulttuuri hyvinvoinnin tukena arjessa. Teoksessa hyvä arki vanhukselle. Voimavarojen aktiivinen taidelähtöisillä menetelmillä. Toim. Routasalo, P., Toivonen, H. & Rautiainen, M. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 154.

Ruoti, M. 2014. Ikääntyvien kotikuntoutuksen vaikuttavuus ja kuntoutujien kokemukset. Opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu. 52. Saatavissa: [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81537/Ruoti\\_Marja.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81537/Ruoti_Marja.pdf?sequence=1) [viitattu 30.8.2016].

Sarin, J., 2005. Hyötykö vanhus voimaharjoittelusta? Suomen Lääkäreilehti 27 – 29(60) 2005, 2885 – 2889. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.ky-amk.fi:2048/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000023818> [viitattu 5.12.2015].



Seppänen, P. 2006. Hyvää oloa arjen pienillä kulttuuriteoilla. Pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

STM. 2015. Taiteesta ja kulttuurista hyvinvointia. Toimintaohjelman 2010 – 2014 loppuraportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suomen muistiasiantuntijat. Saatavissa: <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/testit/MMSE%20ohjeet%20testin%20tekemiseen.pdf> [viitattu 27.9.2016].

Särkämö, T. 2011. Music in the recovering brain. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto.

Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011. Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö. Saatavissa:

THL. 2011a. Elderly Mobility Scale. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 24.1.2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/66/> [viitattu 9.4.2015].

THL. 2011b. TOIMIA-tietokanta. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. 10.01.2014. Saatavissa: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/91/> [viitattu 10.4.2015].

THL. 2014. Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia (CAIDE). Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 10.12.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/caide> [viitattu 29.8.2016].

THL. 2015. Toimintakyvyn ulottuvuudet. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. 13.8.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet> [viitattu 10.4.2015].

Tuulio-Henriksson, A. 2011. Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. Saatavissa: [http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006\\_suositus\\_vt\\_kognitio\\_110126.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2011/01/26/S006_suositus_vt_kognitio_110126.pdf) [viitattu 4.11.2016]

TYT avoin yliopisto. Saatavissa: <http://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiaali-antropologia/antropologia2.html> [vitattu 4.11.2016]

Vaarama, M., Siljander, E., Luoma, M.-L. & Meriläinen, S. 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi, toim. Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S., 128, 159. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80297/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d.pdf?sequence=1> [viitattu 25.11.2015].

Vammaispalvelujen käsikirja. 2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elaman-tuki/kuntoutus/kuntoutuksen-maaritelmia> [viitattu 3.11.2016].

Vanhala, K., 2010. Musiikin vaikutus ikääntyneiden asukkaiden hyvinvointiin kahdessa Jyväskyläläisessä palvelutalossa. Pro-gradu työ. Jyväskylän yliopisto.4, 33, 64.

Vilpas. Metropolia ammattikorkeakoulu. Saatavissa: [https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/339753/course/section/72498/spss\\_manuaali.pdf](https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/339753/course/section/72498/spss_manuaali.pdf) [viitattu 19.10.2015].

Wallin, M., Karppi, S.-L. & Talvitie, U., 2004. Vanhuksen liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 78. Helsinki: Edita Prima Oy.

Sairaala \_\_\_\_\_

### ELDERLY MOBILITY SCALE (EMS) MITTAUSLOMAKE

Nimi \_\_\_\_\_ Sotu \_\_\_\_\_ Os.  
\_\_\_\_\_

Mittaaja \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_ Os.  
\_\_\_\_\_

#### Pisteet

Selinmakuulta istumaan nousu Nousee istumaan itsenäisesti 2 Tarvitsee istumaan nousussa yhden henkilön apua 1 Tarvitsee istumaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua 0

Istumasta selinmakuulle meno Menee itsenäisesti selinmakuulle sänkyyn 2 Tarvitsee selinmakuulle menossa yhden henkilön apua 1 Tarvitsee selinmakuulle menossa kahden tai useamman henkilön apua 0

Istumasta seisomaan nousu Nousee seisomaan itsenäisesti 3 sekunnissa 3 Nousee seisomaan itsenäisesti yli 3 sekunnissa 2 Tarvitsee seisomaan nousussa yhden henkilön apua (sanallinen tai fyysinen) 1 Tarvitsee seisomaan nousussa kahden tai useamman henkilön apua 0

Seisominen Seisoo ilman tukea ja kykenee ojentamaan käden eteen ja sivulle 3 Seisoo ilman tukea, mutta tarvitsee tukea käden ojentamisessa eteen ja sivulle 2 Seisoo, mutta tarvitsee tukea . 1 Seisoo, mutta tarvitsee tukea toiselta henkilöltä 0

Kävely Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti (myös yhden kepin kanssa) 3 Kävelee itsenäisesti ja turvallisesti apuvälineen kanssa 2 Kävelee apuvälineen kanssa, mutta kävely epävarmaa/turvatonta 1 Tarvitsee kävellessä toisen henkilön tukea tai jatkuvaa valvontaa 0

Kurkottaminen eteen käsivarsi ojennettuna Eteen kurkotus yli 16 cm 4 Eteen kurkotus 8-16 cm 2 Eteen kurkotus alle 8 cm tai ei kykene kurkottamaan lainkaan 0

Kävelytesti 6 metriä Suoriutuu matkasta 15 sekunnissa 3 Suoriutuu matkasta 16-30 sekunnissa 2 Suoriutuu matkasta yli 30 sekunnissa 1 Ei kykene kävelemään 6 metriä 0

Pisteet yhteensä: \_\_\_\_\_

Kaikkien suoritusten pisteet lasketaan yhteen. Mittauksen kokonaispistemäärän perusteella mitattavan liikkumiskyky voidaan luokitella:

Pisteet 14-20 Mitattava kykenee liikkumaan itsenäisesti ja hänellä on mahdollisuus selviytyä itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista. Pisteet 10-13 Tarvitsee apua liikkumisessa. Pisteet alle 10 Ei pysty liikkumaan itsenäisesti.

Huomioita

---

---

---

---

---

---

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE) on lyhyt muistin ja tiedonkäsittelyn arviointiin tarkoitettu ns. minitesti. Sen suorittaminen vie 10–15 minuuttia aikaa. MMSE on helppo ja vakiintunut yleiseen käyttöön sekä antaa helposti dokumentoitavan numeerisen arvon tulokseksi. Se soveltuu edenneen dementia-asteisen muistisairauden seulontaan ja seurantaan. Testi ei sovellu varhaisen tai lievän muistisairauden seulontaan.

Tehtävät heijastavat kielellisiä kykyjä, orientaatiota, mieleen painamista ja palauttamista, tarkkaavaisuutta/ toiminnanohjausta, laskutaitoa ja hahmotuskykyä.

Testin kokonaispistemäärä on 30 ja tehdyt virheet vähentävät sitä. 24 pistettä ja vähemmän on yleensä poikkeava. Kun testin tulos on 25–30 välillä, mutta tutkittavalla on selvä muistioire, tehdään jatkoselvittelyjä, esim. CERAD-kognitiivinen tehtäväsarja. Monet MMSE-testin tehtävät vaativat kielellisiä taitoja, joten mm. puhehäiriöt vaikuttavat tulokseen. Koulutustaso ja sosiaalinen asema vaikuttavat henkilön testitulokseen.

Jos kyseessä on lievä muistin tai muun tiedonkäsittelyn osa-alueen oire tai tutkittava on harjaantunut älyllisten kykyjensä käyttöön, saattaa testitulos olla normaali, vaikka toimintakyky on selvästi aiemmasta muuttunut. MMSE-testi ei riitä diagnoosin tekemiseen eikä työkyvyn arviointiin, vaan silloin tarvitaan perusteellisempaa kognitiivista tehtäväsarjaa ja/tai neuropsykologin tutkimusta.

Asiantuntijat:

Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä/Alzheimer-tutkimusseura  
Timo Erkinjuntti Petteri Viramo Ari Rosenvall

Lähteet: Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: "Mini-Mental State", A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J

Psychiatr Res 1975;12:189–98. Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä. Muistihäiriöt ja dementia. Suomen Lääkärilehti 1996;29:2949–57.

Sulkava R, Erkinjuntti T, Palo J: Dementia. Tutkimus ja hoito. SITRA:s publication nr 106, 1989. Hänninen T, Pulliainen V, Salo J, Hokkanen L, Erkinjuntti T, Koivosto K, Viramo P, Soininen H ja Suomen Muistitutkimusyksiköiden Asiantuntijaryhmä. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD-tehtäväsarja. Suomen Lääkärilehti 1999;54:1967–75.

Ylikoski R, Erkinjuntti T, Sulkava R, Juva K, Tilvis R, Valvanne J: Correlation for age, education and other demographic variables in the use of Mini-Mental State Examination in Finland. Acta Neurol Scand 1992;85:391–96.

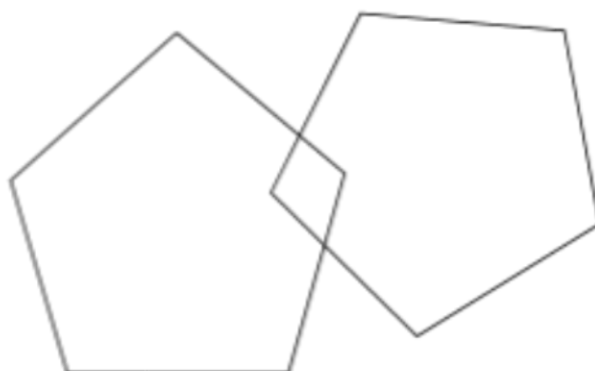


---

---

---

Piirtäisittekö tämän kuvion alapuolelle samanlaisen kuvion.





# **SULKEKAA SILMÄNNE**

## KOOKOS KYSELYLOMAKE

### Ohje hoitajille

Tämä kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä tietoa KooKos- projektin vaikuttavuuden arvioinnin tueksi. Kysely on tarkoitus tehdä ensin 4.5.15. mennessä, ja toisen kerran SYYSKUUSSA 30.9.15. mennessä otannassa mukana oleville henkilöille, mikäli he antavat tähän suostumuksensa. Mikäli joku asukas ei halua antaa suostumusta kyselyyn, laitetaan tästä maininta tyhjään lomakkeeseen. Tavoitteena on, että lomakkeen osa-alueet auttavat seuraamaan kehitystä asukkaiden päivittäisissä toiminnoissa (ADL), osallisuudessa/osallistumisessa, ja mielialassa tapahtuvia muutoksia.

Lomakkeesta on tarkoituksella jätetty pois liikkumista ym. fyysistä toimintakykyä ja kognitiota mittaavat osiot, koska projektissa mitataan näitä erillisillä mittareilla (EMS), (MMSE). Mikäli MMSE testi on vastikään tehty, (alle 6 kk) sitä ei tarvitse tehdä uudelleen, mutta mikäli testistä on kauemmin, tehdään myös se. ja molemmissa tapauksissa pisteet merkitään myös tälle lomakkeelle niille varattuun kohtaan.

Kyselyyn voi vastata asiakas itse, tai hoitaja/ omainen asiakkaan kanssa yhdessä. Ihanteellista olisi, mikäli sama henkilö täyttäisi lomakkeen yhdessä asiakkaan kanssa myös seuraavalla kerralla.

Lomakkeen tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Täytetyt kyselyt sekä suostumuslomakkeet toimitetaan Britta Dölling-Hasulle, joka luovuttaa ne geronomiopiskelija Virpi Hasulle, joka kerää niistä tarvittavat tiedot. Sen jälkeen lomakkeita säilytetään asukkaiden omissa potilaskansioissa.

ARVOISA MEHILÄISEN HOIVAKODIN ASUKAS JA OMAISET

Tämä kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä tietoa Mehiläisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä meneillään olevan KOOKOS- projektin vaikuttavuuden arvioinnin tueksi. KOOKOS projektissa koulutetaan henkilökuntaa käyttämään mm, musiikin, muistelun ja fyysisen kuntoutuksen keinoja arjessa asukkaiden toimintakyvyn parantamiseksi.

Tämän kyselyn tavoitteena on, että lomakkeen osa-alueet auttavat seuraamaan kehitystä asukkaiden päivittäisissä toiminnoissa (ADL), osallisuudessa/osallistumisessa, ja mielialassa tapahtuvia muutoksia. Lisäksi arvioinnissa käytetään fyysisen toimintakyvyn mittausta ja MMSE- testiä, joka mittaa kognitiivista toimintakykyä, esim. muistitoimintoja.

Lomakkeen tiedot käsitellään nimettömästi, ja luottamuksellisesti. Täytetyn kysely/suostumuslomakkeen voitte antaa hoitajille, jotka toimittavat sen Britta Dölling-Hasulle, joka luovuttaa sen geronomiopiskelija Virpi Hasulle, joka kerää niistä tarvittavat tiedot, ja tekee arvioinnin projektin vaikuttavuudesta asukkaiden toimintakyvyn osana opinnäytetyötään. Sen jälkeen lomaketta säilytetään asukkaan omassa potilaskansiossa.

Hoitajat huolehtivat MMSE-testin tekemisestä ja tulosten kirjaamisesta niille varattuun kohtaan, joten teidän ei tarvitse laittaa kyseiseen kohtaan mitään merkintää. Laittakaa ystävällisesti allekirjoituksenne kohtaan Kyllä, suostun siihen, että antamiani tietoja voi nimettömänä käyttää KOOKOS- projektin vaikuttavuuden arvioinnissa ja opinnäytetyössä.

Lisätietoja voitte kysyä suoraan hoitajilta, tai sähköpostitse geronomiopiskelija Virpi Hasulta: [virpi.hasu@student.kyamk.fi](mailto:virpi.hasu@student.kyamk.fi) tai projektin vetäjältä, Britta Dölling-Hasulta puh. 0404854909

KYLLÄ SUOSTUN SIIHEN, ETTÄ ANTAMIANI TIETOJA VOIDAAN KÄYTTÄÄ KOOKOS-PROJEKTIN VAIKUTTAVUUDEN ARVIOINNISSA JA OPINNÄYTETYÖSSÄ

PVM ja ALLEKIRJOITUS \_\_\_\_\_

Lämmin kiitos vastauksestanne!!

## Pisteet

<b>kysymys 1.</b>	<b>KOETTU TERVEYDENTILA</b>
1	Koen, että terveydentilani on huono
2	Koen, että terveydentilani on tyydyttävä
3	Koen, että terveydentilani on hyvä
<b>kysymys 2.</b>	<b>RUOKAILU</b>
1	tarvitsen paljon apua
2	tarvitsen hieman apua
3	suoriudun ilman apua
<b>kysymys 3.</b>	<b>PESEYTYMINEN</b>
1	Tarvitsen paljon apua
2	tarvitsen hieman apua, esim. hiukset/ selkä
3	selviydyn ilman apua
<b>kysymys 4.</b>	<b>WC-KÄYNNIT</b>
1	Tarvitsen paljon apua
2	tarvitsen hieman apua
3	selviydyn ilman apua
<b>kysymys 5.</b>	<b>PUKEUTUMINEN</b>
1	Tarvitsen paljon apua
2	tarvitsen hieman apua
3	selviydyn ilman apua
<b>kysymys 6.</b>	<b>VIIHTYMINEN</b>
1	Päiväni tuntuvat yleensä pitkiltä
2	Olen toisinaan pitkästynyt
3	aikani kuluu enimmäkseen mukavasti
<b>kysymys 7.</b>	<b>YSTÄVÄT</b>
1	Minulla ei ole ystäviä
2	Minulla on joitakin ystäviä
3	Minulla on riittävästi ystäviä
	<b>JATKUU SEURAAVALLA SIVULLA</b>

kysymys 8.	<b>YSTÄVYYSSUHTEET</b>
1	En juurikaan ole yhteydessä ystäviini
2	Olen yhteydessä ystäviini kuukausittain
3	Olen yhteydessä ystäviini viikottain
kysymys 9.	<b>KERHO/ MUU VIRIKETOIMINTA</b>
1	En osallistu kyseiseen toimintaan
2	Osallistun silloin tällöin
3	Osallistun usein
kysymys10.	<b>MIELIALA</b>
1	Koen olevani masentunut
2	Koen olevani joskus alakuloinen
3	Mielialani on yleensä hyvä

YHTEISPISTEET:

MMSE pisteet

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pidättekö täällä järjestettävästä kerhotoiminnasta? KYLLÄ\_\_ EI\_\_

Miksi pidätte/ ette pidä?

\_\_\_\_\_

-

Minkälainen toiminta Teistä on ollut kaikkein mukavinta?

\_\_\_\_\_

Minkälainen toiminta Teistä olisi mieluisinta?

\_\_\_\_\_

—

LOMAKKEEN TÄYTTI : ASUKAS ITSE \_\_\_\_

JOKU MUU YHDESSÄ ASUKKAAN KANSSA, KUKA? \_\_\_\_\_

ARVOISA MEHILÄISEN HOIVAKODIN ASUKAS JA OMAISET

Tässä toistamiseen keväällä tehty kysely, jotta saadaan vertailtavia tuloksia, ja nähdään tapahtunutta kehitystä toimintakyvyn osa-alueilla.

Tämä kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä tietoa Mehiläisen tehostetun palveluasumisen yksiköissä meneillään olevan KOOKOS- projektin vaikuttavuuden arvioinnin tueksi. KOOKOS projektissa koulutetaan henkilökuntaa käyttämään mm, musiikin, muistelun ja fyysisen kuntoutuksen keinoja arjessa asukkaiden toimintakyvyn parantamiseksi.

Tämän kyselyn tavoitteena on, että lomakkeen osa-alueet auttavat seuraamaan kehitystä asukkaiden päivittäisissä toiminnoissa (ADL), osallisuudessa/osallistumisessa, ja mielialassa tapahtuvia muutoksia. Lisäksi arvioinnissa käytetään fyysisen toimintakyvyn mittausta ja MMSE- testiä, joka mittaa kognitiivista toimintakykyä, esim. muistitoimintoja.

Lomakkeen tiedot käsitellään nimettömästi, ja luottamuksellisesti. Täytetyn kysely/suostumuslomakkeen voitte antaa hoitajille, jotka toimittavat sen Anne Koivulalle, joka luovuttaa sen geronomiopiskelija Virpi Hasulle, joka kerää niistä tarvittavat tiedot, ja tekee arvioinnin projektin vaikuttavuudesta asukkaiden toimintakykyyn osana opinnäytetyötään. Sen jälkeen lomaketta säilytetään asukkaan omassa potilaskansiossa.

Hoitajat huolehtivat MMSE-testin tekemisestä ja tulosten kirjaamisesta niille varattuun kohtaan, joten teidän ei tarvitse laittaa kyseiseen kohtaan mitään merkintää. Lisätietoja voitte kysyä suoraan hoitajilta, tai sähköpostitse geronomiopiskelija Virpi Hasulta: [virpi.hasu@student.kyamk.fi](mailto:virpi.hasu@student.kyamk.fi) tai projektin vetäjältä ja Palvelukodin johtajalta Anne Koivulalta puh.

040-157 9711

Lämmin kiitos vastauksestanne!!

## KOOKOS-kyselyn avointen kysymysten vastaukset huhti - toukokuussa 2015

Pidättekö täällä järjestettävästä kerhotoiminnasta?	Kyllä	Ei	Miksi pidätte?	Miksi ette pidä?	Minkälainen toiminta on teistä ollut mukavinta?	Minkälainen toiminta Teistä olisi mieluisinta?
	x		saan liikuntaa esim. tuolijumppa		ei ole jäänyt mieleen eri-koista	-
	x		Pidän, kun saan olla toisten seurassa, ei tarvitse olla yksin		Ihmisten seura	Kemut ja tanssit
	x		Ei ole ollut liian vaativia		En osaa sanoa	Tarrapallopelejä
	x		Saa virikkeitä		Kaikki hyvin	Ei tule mitään mieleen
	x				Saunavastojen teko, ulkoilu, lasten vierailu	Lasten vierailu, vanhan musiikin kuuntelu
	x			En jaksa osallistua	Hartaustoiminta	
	x		Pitää kaikesta, lisäksi voisi olla		Kaikenlainen liikunta	Haluaisi uimaan
	x			Ei pidä pallonheitosta	Keilailu	Voimistelu
	x		Aika kuluu rattaissammin		Äänikirjojen kuuntelu	Kaikki mitä tarjotaan on mieluista
	x		Pidän kyllä jostakin		Pelit on mukavia	Keilaaminen ja ulkopelit
	x		Mukavaa olla mukana viriketoiminnassa		Tuolijumppa	Laulaminen, On turvallista asua Kustaankodissa
	x		Yhdessä oloa, päivään sisältöä		Limonadin juonti.	Jos olis tuttuja, joita tavata
	x		Näkee erilaisia ihmisiä, ohjelmaa ja se katkaisee päivän		Jumppa ja laulu	Ulkoilu, kirjanluku
	x		Pitää seurasta ja juttelusta muiden kanssa		Yhteiset harrastukset tuttavien kanssa	Ulkoilu ja eläinkaverit
		x			En jaksa	En jaksa olen 96- vuotias
		x		olen huonossa kunnossa	Jos jalat olisi kunnossa niin kävelisin.	Kävely ja ulkoilu, ei askartelua
	x		Ei olisi aika niin pitkää		en osaa sanoa	
		x		En ole osallistunut	Muistelutuokiot	Laulutuokiot ym.
	x		Tuo päivään sisältöä		Jumppatuokiot	Yhteiset jumppatuokiot
	x		Ei osaa vastata		Ei osaa vastata	Ei osaa vastata
	x		Tykkään, että on toimintaa		Joulun koristelut	Piirustus tuokio

## KOOKOS-kyselyn avointen kysymysten vastaukset syyskuussa 2015

Pidättekö täällä järjestettävästä kerhotoiminnasta?	Kyllä	Ei	Miksi pidätte?	Miksi ette pidä?	Minkälainen toiminta on Teistä ollut mukavinta?	Minkälainen toiminta Teistä olisi mieluisinta?
	x		Aika kuluu ja näkee erilaisia tapahtumia		Yhteishetket, tietokilpailut ja laulu	Yhteistoiminta
	x		Asiakas kertoo koti-ikävästä, ettei millään tahdo kotiutua		En osaa sanoa, viihdyn kuitenkin	Tavallinen rauhallinen ja ei tulisi sotaa
		x		Ei kykene enää vastaamaan, toimintakyky laskenut		
						En osaa sanoa
	x		Ajankulu, ja sosiaalisuus		Liikunnalliset	Ei tarvitse muuta
	x		Asiakas ei osaa kertoa / eritellä		Ei tiedä	Kutomisesta pitäisi
	x		Ilman toimintaa on tylsää		Musiikillinen	Ulkoilu
	x		Kuluu aika, ei tarvitse yksin istua köllöttää		Ei osaa sanoa, kokoukset ovat kivoja (Kerran kuu-kaudessa järjestettävä ”yhtiökokous”)	Ei osaa sanoa, eikä tule mieleen
	x		Musiikki		Onginta, musiikki tuokiot	Tietovisa
	x		Musiikki hyvää			Urheilupuolta
	x		Saa ajan kulumaan mukavasti		Liikunta	Liikunta



TUTKIMUKSEN TE- KIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TAR- KOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
<p>Räsänen R. 2011, Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja: Lapin yliopisto</p>	<p>-Selvittää, miten odotus sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän kaikenikäisten elämänlaadun tukemisen suhteen toteutuu ikääntyneiden ympärivuorokautisessa hoivassa</p>	<p>-Kvantitatiivinen -Kvalitatiivinen</p> <p>-Care Keys mittari</p> <p>-Ympäri vuorokautisessa palveluasumisessa ja muutamassa yksityisessä hoitokodissa 11 kunnassa Jyväskylän seudulla vuosina 2006–2007 N=1375 n= 682 Ei muistisairaat n= 294 muistisairaat n= 388</p> <p>-Ei-muistisairaiden asiakkaiden haastattelut - muistisairaiden asiakkaiden havainnointi - tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden hoitotyön asiakirjoista poimitut tiedot - toimiyksikköjen johtajille tehdyt kyselyt.</p>	<p>-Ei- muistisairaiden asiakkaiden elämänlaatu osoittautui kohtalaiseksi. Siinä ei esiintynyt eroja iän, sukupuolen tai hoitomuodon perusteella. Eroja ei myöskään ollut kunnallisen tai yksityisen palvelun kesken.</p> <p>-Vanhuksen elämänlaatuun myönteisesti vaikuttavia seikkoja: hoidon laatu, tyytyväisyys asumiseen ja hoitajiin, mahdollisuus vaikuttaa asioihin, ja kuinka tultiin toimeen muiden asiakkaiden kanssa tekemisen riittävyys sekä se, kuinka hyvin apu vastasi tarvetta.</p> <p>- Enimmäkseen asiakkaat olivat tyytyväisiä hoitopaikkoihinsa.</p> <p>-Henkilöstömitoitus ei vaikuttanut siihen, kuinka tyytyväisiä asiakkaat olivat hoitajiin, hoitajien antamaan aikaan ja sen riittävyyteen kuten ei myöskään elämänlaadun kokonaisuuteen.</p> <p>- Yhden tai kahden hengen huoneessa asuvien vanhusten elämänlaatu koettiin paremmaksi kuin useamman hengen huoneessa asuvien.</p> <p>-Muistisairaiden asiakkaiden havainnointiin perustuen on päätelty, että elämänlaatu oli kohtalainen, ja eroja eri sukupuolten tai hoitomuotojen kesken ei näyttäytynyt, vaan asiakkaat saivat aina tarvitsemansa hoidon jolla oli positiiviset vaikutukset asiakkaiden elämänlaatuun.</p>

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
<p>Bäckmand H. 2006, fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Väitöskirja. Helsingin yliopisto</p>	<p>-Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää pitkäaikaisen liikunnallisen elämäntavan ja urheiluryhmän yhteyksiä keski-ikäisten ja ikääntyvien miesten toimintakykyyn ja mielialaan.</p> <p>-Lisäksi kartoitettiin taustalla vaikuttavia muita tekijöitä ja persoonallisuutta.</p>	<p>-Tutkimusaineistona 1920- 1965 Suomea edustaneet huippu-urheilijat, verrokkiryhmänä kutsuntatarkastuksessa terveiksi luokitellut miehet samoista palvelukseenastumiseristä. N= 4160, n= 2448 urheilijaa ja 1712 verrokkia.</p> <p>Urheilulajeista edustettuna: kestävyys-, voima-, joukkuelajit ja ammunta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Liikunta-ja terveys kyselyt kolmesti v 1985-2001</li> <li>- MET-arvo (fyys. aktivisuuden määrittely)</li> <li>- BSI-53-kyselyn lyhennetty versio (Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden rasisoireet)</li> <li>- Eysencin mukaan (ekstroverttius, neurotismi)</li> <li>- Allardt- mittari (elämäntyytyväisyys)</li> <li>- Lyhyt kolmen kysymyksen mittari (vihamielisyys)</li> </ul> <p>-Analyysimenetelmänä mm. logistinen ja multinominen regressioanalyysi</p>	<p>-Verrokkiryhmien välillä esiintyi eroja extroversion, elämäntyytyväisyyden ja neurotismien osalta.</p> <p>-Vihamielisyyden osalta ei eroja ollut.</p> <p>-Urheilijat olivat elämäänsä tyytyväisempiä kuin verrokkit.</p> <p>-Lähtötilanteessa verrokeilla enemmän masentuneisuutta kuin kestävyys- ja joukkuelajien edustajilla. -Seurannassa kamppailu-urheilijoilla oli suurin riski masentuneisuuteen.</p> <p>-Matala fyysinen aktiivisuus alkutilanteessa ennusti masentuneisuutta seurannassa, mutta fyysisen aktiivisuuden lisääminen vähensi sekä masennuksen, että ahdistuneisuuden riskiä.</p> <p>-Ekstroversio masentuneisuudelta suojaava tekijä</p> <p>-Neurotismi ja vihamielisyys ahdistuneisuuden riskiä lisääviä tekijöitä.</p> <p>-Ahdistuneisuus ja masentuneisuus olivat huonon fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn riskitekijöitä sekä alkutilanteessa, että seurannassa.</p> <p>-Tutkimus osoitti, että fyysisellä aktiivisuudella on suuri merkitys ikääntyvien mielialaan ja toimintakykyyn.</p>

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
<p>Kinnunen E. 2008, Erään seurakunnan ryhmätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden näkemyksiä yksinäisyydestä, terveyden edistämisestä ja ryhmätoiminnasta. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto</p>	<p>-Kuvata erään seurakunnan yhteen ryhmätoimintaan osallistuvien ikääntyneiden näkemyksiä yksinäisyydestä, terveyden edistämisestä ja ryhmätoiminnasta.</p>	<p>- Kvalitatiivinen -Teemahaastattelu N =9 ikääntyneille suunnattuun ryhmätoimintaan osallistuvaa iäkästä henkilöä.  - Laadullisen tutkimuksen sisällön analyysi</p>	<p>- Yksinäisyys koettiin läheisen ihmisen kaipuuna, muutamat kokivat sen hyvänä ja tarpeellisena asiana. -Ryhmätoiminta koettiin tärkeänä, yksinäisyyden tunnetta lievittävänä toimintana, jota toivottiin järjestettäväksi enemmän. -Johtopäätös: Ryhmätoiminta tuo vaihtelua arkeen, ja on yhteisöllistä toimintaa joka edistää ikääntyneiden terveyttä. Yhteisölliseen toimintaan osallistuminen on erittäin tärkeää yksinäisille ikääntyneille.</p>
<p>Stenroos M-L. 2009, Pitkäaikaispotilaiden hyvä hoito ja terveyteen liittyvä elämänlaatu. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto.</p>	<p>-Kuvata hoidon laatua ja terveyteen liittyvää elämänlaatua pitkäaikaishoidossa perusterveydenhuollossa.</p>	<p>-Kvantitatiivinen -Harkinnanvarainen otanta ( N=76) neljän pitkäaikais-sairaalan vuodeosastoilta 1,5 kk:n aikana. -Strukturoitu haastattelu, ihmisläheinen hoito mittari ( IHL) ja 15D elämänlaatumittari - Aineiston analysointi SPSS ohjelmalla</p>	<p>-Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon kokonaisuudessaan, sekä fyysisten tarpeiden huomioimiseen ja hoitoon, että hoitajien työskentelyyn. Tyytymättömyyttä ilmeni hoitajien kiireestä ja liiallisesta vähyydestä johtuen. Tyytymättömyyttä vähensivät myös melu, tiedonsaanti hoidosta, mahdollisuus osallistua hoitonsa suunnitteluun ja tekemisen puute. -Miesten, jatkokuntoutuvien ja alle 79- vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi, kuin muiden potilaiden. Elämäänsä tyytyväiset potilaat olivat tyytyväisempiä hoidon laatuun. - Terveyteen liittyvän elämänlaadun huomiointi hyödyntää potilaiden voimavarojen ja toimintakyvyn ylläpitämistä.</p>
<p>Lyyra T-M. 2006, Predictors of Mortality in Old age. Contribution of Self-rated Health, Physical Functions, Life Satisfaction and Social support on Survival among Older People.</p>	<p>-Selvittää erilaisten fyysisten ja psyykkisten tekijöiden yhteyttä iäkkäiden ihmisten kuolemanriskiin.</p>	<p>.- Aineistona kaksi ikivireät-projektin tutkimusryhmää n=907 ja Ruotsalaisista yli 80 vuotiaista kaksosista tehtyyn OCTO-Twin tutkimukseen osallistuneet naiset ja miehet n=320 -sis. 4 osatutkimusta. Näissä tutkittu huonon itsearvioitun terveyden ja kuolleisuuden välistä yhteyttä, sitä kuinka erilaiset kliinisesti mitattavat tekijät ennustavat kuolleisuutta, elämään tyytyväisyyden osaluettien ja sosiaalisen tuen yhteyttä kuolleisuuteen.</p>	<p>- Eloönjäämisellä mitattuna fyysisen toimintakyvyn lisäksi myös psykososiaalisella hyvinvoinnilla, (tässä elämäntyytyväisyys, koettu sosiaalinen tuki) on suuri merkitys terveydelle. -Saadut tulokset mahdollistavat riskiryhmien tunnistamisen, jolloin voidaan kehittää terveyden ja toimintakyvyn heikkenemisen ennaltaehkäisevien toimien kehittämistä. -Tasavertaisen aktiivisen osallistumisen mahdollistaminen tärkeää heikommassa terveyden- ja taloudentilassa oleville. -Psykososiaalisella hyvinvoinnilla vahva yhteys iäkkäiden eloonjäämiseen. -Elämäntyytyväisyys, turvallisuuden- ja arvostuksen tunne tärkeää.</p>

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
Wallin M., Karppi S-L., Talvitie U. 2004, Vanhusten liikunnallisen kuntoutuksen suunnittelu ja toteutus kuntoutuslaitoksissa. Ammattilaisten käsityksiä. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 78.	- Selvittää vanhusten liikunnallista laituskuntoutusta toteuttavien ammattilaisten käsityksiä kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta kuntoutuslaitoksissa.	-Kvalitatiivinen - Ammattilaisten haastattelut -N= 11 fysioterapeuttia 2 toimintaterapeuttia 2 liikunnanohjaajaa seitsemässä kuntoutuslaitoksessa.	-Suurelta osin ammattilaisten painotukset vanhusten kuntoutuksen suunnittelusta ja toteutuksesta keskittyivät fyysisen toimintakyvyn kartoitukseen ja parantamiseen. - Osassa haastatteluja tavoitteet laadittiin yhdessä kuntoutujien kanssa heidän tarpeensa huomioiden. -Vain harvoissa tapauksissa oli kartoitettu kuntoutujan elämäntilannetta ja kotioloja.
Särkämö, T, Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. 2011, Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö, Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:10.	-Selvittää, voidaanko muistisairaiden ja heidän omaistensa tai hoitajiensa yhteisellä, säännöllisellä musiikkitoiminnalla edistää muistisairaiden kognitiivista toimintakykyä, mielialaa ja elämänlaatua sekä heidän omaistensa ja hoitajiensa hyvinvointia ja jaksamista	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus v.2009-2011,</li> <li>- N= 89 lievästi tai keskivaikeasti muistisairasta henkilöä Helsingin ja Espoon alueelta yhdessä tukihenkilön (omainen n =59, hoitaja tai vapaaehtoinen n=30)kanssa.</li> <li>- Muistisairaat jaettiin lauluvalmennusryhmään (LAVA, n = 30), elämänkaarimusiikkiryhmään (EKMU, n = 29) ja verrokkiryhmään (n = 30).</li> <li>- Muistisairaille ohjattua musiikin kuuntelua/ laulamista</li> <li>- Tukihenkilöiden ohjausta musiikin käyttöön osana arkihoitoa.</li> <li>- Vaikuttavuuden arviointi neuropsykologisella tutkimuksella ja kyselylomakkeilla kolmesti: ennen interventiota, heti sen jälkeen ja puolen vuoden kuluttua.</li> <li>- Omaisten haastattelu heti intervention jälkeen ja puoli vuotta myöhemmin.</li> </ul>	-Neuropsykologisten tutkimusten ja kyselylomakkeiden tulosten mukaan, muistisairaiden mieliala ja orientoituminen ympäristöön paranivat seurannassa enemmän sekä LAVA- että EKMU-ryhmässä kuin verrokkiryhmässä. -EKMU-ryhmässä myös muistisairaiden elämänlaatu koheni enemmän kuin muissa ryhmissä. - LAVA-ryhmässä muistisairaiden kielellinen ja omaelämäkerrallinen muisti paranivat ja omaisten kokema psyykinen kuormittuneisuus väheni enemmän kuin muissa ryhmissä. Myös omaiset kokivat musiikkitoiminnan parantavan muistisairaan mielialaa, piristävän, stimuloivan muistelua ja edistävän kommunikointia. Kokonaisuudessaan tulokset osoittavat, että säännöllisillä musiikkiaktiiviteeteilla voi olla pitkäkestoista hyötyä muistisairaiden psyykkiselle ja kognitiiviselle hyvinvoinnille sekä omaisten jaksamiselle. Musiikkivalmennus, jossa käytetään tuttua musiikkia ja joka painottaa muistisairaan ja omaisen tai hoitajan välistä vuorovaikutusta, vaikuttaa olevan hyödyllinen ja muistisairaiden kuntoutukseen hyvin soveltuva menetelmä.

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
<p>Haapala, N. 2015, Muistisairaana osallisuus laadullisessa tutkimuksessa.</p> <p>Teoreettinen tutkimus laadullisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuudesta muistisairaalle. Pro-gradu tutkielma. Lapin yliopisto.</p>	<p>-Selvittää, laadullisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuutta muistisairaalle osallisuuden toteutumisen näkökulmasta sekä miten muistisairaana osallisuutta laadullisessa tutkimuksessa on tiedonkeruumenetelmien avulla mahdollista edistää.</p> <p>- Tunnistaa tutkimuskirjallisuuden perusteella asiat, muistisairaiden osallisuutta laadullisessa tutkimuksessa puoltavat tekijät, eli osallistamisen hyödyt sekä osallisuutta estävät tai sitä vaikeuttavat tekijät, eli osallistamisen haasteet.</p>	<p>-Teoreettinen synteesi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Haastattelu itsessään on osallisuutta korostava, ja siitä voi olla haastateltavalle jopa terapeutista hyötyä.</li> <li>- Haastattelemisen vastaa eettisiin kysymyksiin paremmin kuin havainnoiminen.</li> <li>- Haastatteluihin kykenevät muistisairaajat pystyvät paremmin antamaan suostumuksensa haastattelun.</li> <li>-Haastattelu rakentuu kielellisille merkityksille, vaarana haastattelun viestien väärä tulkinta.</li> <li>- Muistisairaiden haastattelututkimuksessa korostuu yleinen tutkimuseettinen pohdinta.</li> <li>-Haastattelijan iällä on merkitystä. Haastateltavaa huomattavasti nuorempi haastattelija saattaa tahattomasti vältellä joitakin puheenaiheita.</li> <li>-Muistisairaiden haastattelu vie enemmän aikaa ja on siksi kalliimpaa.</li> <li>-Haastattelussa muistisairaana hämärtyneet aika- ja paikkaorientaatio voi aiheuttaa vaikeutta.</li> <li>- Merkittävimmin haasteina tutkijan omat, sekä yhteiskunnassa yleisesti vallitsevat asenteet muistisairaiden kyvystä tuottaa luotettavaa tietoa. Vaarana on myös se, että muistisairaana näkemysten kuuntelemisesta tulee vain näennäinen toimenpide, jonka motiivina esimerkiksi jonkin organisaation omien etujen korostaminen.</li> <li>- Muistisairaiden haastattelemisessa ja havainnoimisessa sanattoman vuorovaikutuksen merkitys korostuu.</li> <li>- Asenteita tarkastelemalla ja muuttamalla sekä laadullisia tiedonkeruumenetelmiä kehittämällä voidaan tavoitella muistisairaille parasta mahdollista osallisuutta laadullisessa tutkimuksessa.</li> </ul>

TUTKIMUKSEN TEKIJÄ, NIMI JA VUOSI	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	TUTKIMUSMENETELMÄ	TULOKSET/POHDINTA
<p>Silvennoinen-Nuora, L. 2010, Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikutavuuden arvioinnin. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.</p>	<p>-Tuottaa tietoa kokonaisvaltaiseen asiakasvaikuttavuuden sekä yhteiskunnallisen vaikuttavuuden kattavaan vaikuttavuuden arviointiin.</p> <p>-Selvittää, kuinka hoitoketjussa voidaan arvioida asiakasvaikuttavuutta, sekä yhteiskunnallista vaikuttavuutta, ja kuinka vaikuttavuuden arvioinnissa voidaan hyödyntää sähköistä potilastietojärjestelmää.</p>	<p>-Haastattelut hoitoketjujen asiantuntijoille ja potilaille n=110 ja kyselyt reumapotilaille n=76</p> <p>-Teemahaastattelut realistisen haastattelun metodologialla.</p> <p>-Analyysi SPSS-ohjelmalla</p>	<p>-Eri diagnoosiperusteisiin hoitoketjuihin on rakennettava omat järjestelmät vaikuttavuuden arviointiin. Vaikutusten, ja vaikuttavuuden arvioinnin tulisi olla tavoitelähtöistä. Arviointimittariston tulisi perustua kunkin organisaation tai potilaan yksilöllisiin tavoitteisiin, ja mittareille tulisi luoda sisältö eri sairauksien tarpeista hoitoketjussa.</p> <p>-Sähköinen potilasjärjestelmä ei nykyisellään mahdollista vaikuttavuuden arviointia.</p>