

TOIMIVA JA TUKEVA HOITOYMPÄRISTÖ VANHUSTENKESKUKSESSA

Elena Halttunen, Natalia Kuha

ja Yukie Niemonen

Opinnäytetyö, kevät 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Maahanmuuttajataustaisten

sairaanhoitajien pätevöitymiskoulutus

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Halttunen, Elena; Kuha, Natalia & Niemonen, Yukie. Toimiva ja tukeva hoitoympäristö vanhustenkeskuksessa. Diak Etelä, Helsinki, kevät 2012, 44 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Maahanmuuttajataustaisten sairaanhoitajien pätevöitymiskoulutus, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäyteyöimme tarkoituksena oli tutkia, miten asukkaiden kannalta toimiva ja tukeva hoitoympäristö toteutuu Kontulan vanhustenkeskuksen dementiaosastolla henkilökunnan näkökulmasta, ja mitkä ovat henkilökunnan näkemykset toimintakykyä edistävästä ympäristöstä. Opinnäytetyö liittyy Eldem-projektiin (Muistisairaitten henkilöiden hyvinvointi ja turvallinen ympäristö, Creating Healthy and Secure Environment for the Elderly with Dementia), joka on vuosina 2011–2013 Suomessa ja Virossa toteutuva yhteistyöprojekti.

Tutkimus on kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla, johon osallistui kolme sairaanhoitajaa dementiaosastolla. Haastattelut suoritettiin Joulukuussa 2011. Haastatelluilla on pitkä työkokemus muistisairaiden henkilöiden hoidosta. He osaavat tunnistaa mitkä ovat tukevan ja toimivan hoitoympäristön kannalta toimivia ja mitkä taas haasteellisia tekijöitä dementiaosastolla. Aineisto analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Tutkimuksen tuloksista ilmenee, että sairaanhoitajien näkökulmasta tärkein tekijä ympäristössä on asukkaiden turvallisuus – sekä fyysinen, että psyykkinen. Turvallisuuteen kuuluu myös hoitajien asiantuntijuus ja ammatillisuus, sekä samojen hoitajien pysyvyys, joka on erityisen tärkeää dementiapotilaiden turvallisuudentunteen saavuttamisessa.

Tutkimuksesta on tullut esiin kehittäviä asioita ja uusia ideoita hoitoympäristöstä. Hoitajalähtöinen toiminta ja levoton ilmapiiri nähtiin turvallisuutta ja hoidon laatua estävinä tekijöinä.

Avainsanat: dementia, toimiva, tukeva hoitoympäristö, turvallisuus

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1 JOHDANTO | 5 |
| 2 DEMENTIA | 7 |
| 2.1 Lievä dementia | 8 |
| 2.2 Keskivaikea dementia | 8 |
| 2.3 Vaikea dementia | 8 |
| 2.4 Alzheimerin tauti | 9 |
| 3 MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITO JA HOITOYMPÄRISTÖ | 10 |
| 3.1 Hyvä hoito | 10 |
| 3.2 Hyvä asumisympäristö muistisairaille | 13 |
| 4 TOIMINTAKYKY | 15 |
| 4.1 Toimintakyvyn arviointi | 15 |
| 4.1.1 Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi | 16 |
| 4.1.2 Fyysisen toimintakyvyn arviointi | 16 |
| 4.2 Toimintakyvyn muutokset | 16 |
| 4.3 Toimintakyvyn tukeminen | 17 |
| 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS | 19 |
| 5.1 Tutkimusmenetelmät | 20 |
| 5.2 Teemahaastattelu | 20 |
| 5.3 Aineiston keruu | 22 |
| 5.4 Aineiston analyysi | 23 |
| 6 TULOKSET | 24 |
| 6.1 Fyysinen ympäristö | 24 |
| 6.2 Psyykinen hoitoympäristö | 26 |
| 6.3 Sosiaalinen hoitoympäristö | 26 |
| 6.4 Kehittämishaasteet | 27 |
| 7 JOHTOPÄÄTÖKSET | 29 |
| 8 POHDINTA | 31 |

| | |
|---|----|
| 8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus | 31 |
| 8.2 Tutkimuksen tekijöiden pohdinnat..... | 32 |
| 8.2.1 Tekijän pohdinta – Elena Halttunen..... | 32 |
| 8.2.2 Tekijän pohdinta – Natalia Kuha | 33 |
| 8.2.3 Tekijän pohdinta – Yukie Niemonen | 34 |
| LÄHTEET | 37 |
| LIITE 1: Tutkimus kysymykset | 40 |
| LIITE 2: Sisällönanalyysi taulukko | 41 |

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä muistisairauksia potevien potilaiden määrä kasvaa. Kyseessä on lähes neljännesmiljoona suomalaista ja uusia tapauksia ilmaantuu vähintään 13 000 vuodessa. Muistisairauksissa on kyse sosiaali- ja terveydenhuollon suuresta haasteesta ja yhdestä isosta kansantaudistamme. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010.)

Opinnäytetyömme aihe on ”Toimiva, tukeva hoivaympäristö vanhainkodissa”. Olemme saaneet aiheen Eldem-projekti (Muistisairaitten henkilöiden hyvinvointi ja turvallinen ympäristö), (Creating Healthy and Secure Environment for the Elderly with Dementia) on vuosina 2011–2013 Suomessa ja Virossa toteutuva yhteistyöprojekti. Suomessa projektista vastaa Diakonia-ammattikorkeakoulu. Projektin kehittämistyön eräs keskeinen väline on tutkimus. Projektiin liittyvällä kyselytutkimuksella kartoitetaan sosiaalialan henkilöstön tietoja muistioireista ja muistisairauksista sekä tähän työhön liittyvistä työkäytännöistä ja työmenetelmistä Suomessa. Teema on ajankohtainen niin väestön ikääntymisen kuin ikälain valmistelun ja ikääntyvien palvelujen kehittämisen näkökulmasta. Kyselyn tuloksia hyödynnetään ammatillisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa.

Toimiva, tukeva hoitoympäristö on tärkeä sekä työntekijöille että asiakkaille. Erityisesti, kun asiakkaalla on muistisairaus, turvallisuus on ensimmäinen asia, joka pitää huomioida hoitoprosessissa. Hoivaympäristö vaikuttaa suuresti sekä hoitoprosessin sujuvuuteen, että hoidon laatuun. Jos hoivaympäristö ei ole tarpeeksi hyvä, hoitosuunnitelmat eivät toteudu hyvin. Se tarkoittaa, että asiakkaat eivät saa hyvää hoitoa. Dementia on sellainen tauti, joka ei koskaan parane, mutta hyvä hoito hidastaa taudin edistymistä ja ylläpitää asiakkaan toimintakykyä. Ihmisen eliniänodote kasvaa vuosi vuodelta. Terveydenhuollon alalla pitää huomioida vanhusten hoivaympäristö erityisesti nykyään.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tutkia miten asukkaiden toimiva, tukeva ja turvallinen ympäristö toteutuu Kontulan vanhustenkeskuksen dementiaosastolla henkilökunnan näkökulmasta, ja mitkä ovat henkilökunnan näkemykset toimintakykyä edistävästä ympäristöstä. Tiedonhankintamenetelmänä oli henkilökunnan jäsenten haastattelu. Työn

kautta on mahdollisuus miettiä kehittämis ehdotuksia ja se toimii myös tiedonlähteenä henkilökunnalle.

Tavoitteenamme on tuottaa tietoa ikäihmisten asuin-, hoito- ja toimintaympäristöjen kehittämisen lähtökohdaksi sekä kehittää näiden perusteella tila- ja ympäristöratkaisuja. Tutkimuksen lähtökohtana on asiakasläheisyys. Toteutuspaikkana oli Kontulan vanhustenkeskus. Haluamme opinnäytetyöllämme tuoda esille vanhustyötä ja erityisesti dementoituneiden vanhusten hoitotyötä.

Haastattelukysymysten pohjalla on tutkimustietoa, jota käytämme hyväksi myös haastattelun analyysissä. Työmme rajautuu yhden vanhustenkeskukseen tilanteeseen, eivätkä tulokset ole yleistettävissä. Niistä voi kuitenkin olla hyötyä mietittäessä muiden vastaavien vanhustenkeskuksen toimintaa.

2 DEMENTIA

Dementia on oire elimellisestä sairaudesta. Dementian oireet ovat muistin heikkeneminen, toimintakyvyn lasku arkipäivän toiminnoissa, kyvyttömyys tilanteiden arvioimiseen, ajantajun heikkeneminen, käyttäytymisen muutokset, oppimisvaikeudet, kielellisen ilmaisun vaikeudet ja älykkyyden heikkeneminen. Dementia taustalla on aina jokin orgaaninen, elimellinen sairaus. Siihen liittyy muistihäiriön lisäksi kielelliset häiriöt (afasia) liikesarjojen, suorittamisen ongelmat, vaikka motoriikka on kunnossa (apraksia) ja tunnistamisen ongelmat. Myös nähdyn merkityksin käsittämisen vaikeus, vaikka näköhavainnon jäsentäminen on normaalia (agnosia) ja toiminnan ohjauksen häiriöt liittyvät dementian oikeisiin. Dementiaa aiheuttavien sairauksien eteneminen on hyvin yksilöllistä. Taudin etenemistä voidaan hidastaa nykyisillä lääkkeillä, mutta sitä ei voida parantaa. Oireiden pahentuessa henkilö ei enää selviydy päivittäisistä toimistaan ilman ympärivuorokautista hoivaa. (Viramo 1997, 12–13.)

Muistioireita aiheuttavia dementoivia sairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen dementia sekä Lewyn kappale -tauti. Sekamuotoisessa taudissa potilailla on useimman eri taudin oireita ja löydöksiä. Keskivaikeasta tai vaikeasta dementiasta kärsii 65–74-vuotiaista 4 %, 75–84 vuotiaista 11 % ja yli 85 vuotiaista 35 %. Muistioire voi liittyä etenevään sairauteen (esimerkiksi Alzheimerin tauti), se voi olla pysyvä jälkitila (esimerkiksi aivovamma) tai sen syy voi olla ohimenevä. Hoidettavia muistioireiden syitä ovat masennus, hyvänlaatuinen aivokasvain, B12-vitamiinin puutos ja kilpirauhassairaus. (Aejmelaus 2007, 219.)

Useat eri sairaudet aiheuttavat dementiaa. Dementoituneen on hankala ilmaista itseään, tunteitaan ja tarpeitaan, ja hänen ajan- ja paikantajunsa on usein kadoksissa. Tavallisin dementian aiheuttaja on Alzheimerin tauti (noin 60 %) ja vaskulaariset dementiat (20–30 %), jotka ovat seurausta erityyppiset verenkierron häiriöiden aiheuttamasta aivokudokset vaurioista. Noin viidesosalla Parkinsonin tautia sairastavista on dementiaoireita. Dementia taustalla voi olla myös hoidettavissa oleva sairaus. Dementia oireita aiheuttavat lisäksi esimerkiksi aivovammat, aivoselkäydinnesteen kierron häiriöt, aivokasvaimet, keskushermostotulehdukset, aineenvaihdunnan häiriöt, puutostilat, lääkkeet ja myrkyt. (Eloniemi & Sulkava 2007, 8–9.)

2.1 Lievä dementia

Alkuvaiheessa on vaikea erottaa, johtuvatko käyttämisessä tapahtuneet muutokset sairaudesta vain onko ihmisestä tullut hankala. Lähimenneisyyden asioiden palauttaminen mieleen on epävarmaa ja potilas eksyy helposti vieraassa ympäristössä. Koska kotoa poistuminen on hankalaa, monet potilaat pyrkivät tässä vaiheessa eristäytymään. Myös sanavarasto alkaa monilla pienentyä. Oireiden ilmeneminen ja eteneminen on tosin hyvin yksilöllistä. Lievästi dementoitunut ihminen unohtaa tuoreita tapahtumia, hän sekoittaa asioita eikä pysty muistamaan arkisia toimintoja. Mielekäs ostosten tekeminen, raha-asioiden hoito ja usein myös ruuan valmistus eivät sujua. Lievästi dementoituneet ihminen kärsii tilanteesta ja hän voi olla epämääräisesti levoton, eristynyt ja pelokas. Masentuneisuus on tavallista. Lievässä vaiheessa dementoitunut ihminen pystyy asumaan yksin kotona. Hän tarvitsee kuitenkin säännöllistä apua ja valvontaa. (Aejmelaus 2007, 220.)

2.2 Keskivaikea dementia

Keskivaikeassa dementiavaiheessa on jo huomattavia muistivaikeuksia ja taipumusta toistuvan kyselyyn. Toiminnan suunnittelu ja ohjaus hitastuvat, puhe, kätevyys ja hahmottaminen heikkenevät. Taudin edessä on muistamattomuus, joka lisääntyy sekä ajattelu- ja päättelykyky heikentyvät. Dementoituva ihminen saattaa tarvita apua pukeutumisessaan, ruokailussa ja henkilökohtaisen hygienian hoidossa. Hänellä on usein vaikeuksia ilmaista itseään sanallisesti ja hänen on vaikea kertoa toiveistaan ja tuntemuksistaan. Kommunikointia vaikeuttaa myös se, ettei dementoituva ihminen välttämättä ymmärrä mitä hänelle sanotaan. Sairaudentunto on jo selvästi heikentynyt ja persoonallisuus usein selvästi muuttunut. Aloitekyky on edelleen näkyjä sekä unihäiriöitä. (Heimonen & Voutilainen 2001, 45.)

2.3 Vaikea dementia

Vaikeasti dementoituneen potilas puhuminen ja puheen ymmärtäminen on vaikeaa. Vaikeassa dementiavaiheessa potilas on menettänyt täysin sairaudentuntonsa hänen lii-

kuntakykynsä voi olla jo vaikeutunut, hän saattaa eksyä omassa kodissaan kulkiessaan huoneesta toiseen eikä laitoshoidossa itse löydä omaa huonettaan. Virtsan- ja ulosteen pidätyskyky heikkenevät ja liikkuminen tuottaa hänelle ongelmia. Vaikeasti dementoitunut on vahvasti tunneihminen. Paikka, aika ja tosiasiat ovat menettäneet merkityksensä. Omat tuntemukset ja turvallinen ympäristö ovat hänelle tärkeitä. Omien tunteiden ilmaisu saa entistä primitiivisempiä muotoja. Vaikeasti dementoitunut ihminen tarvitse jatkuvaa ympärivuorokautista apua. (Heimonen & Voutilainen 2001, 35.)

2.4 Alzheimerin tauti

Suomessa on yli 60000 Alzheimer-potilasta, ja noin 70 %:lla dementoituneista on Alzheimerin tauti. Suurimalla osalla Alzheimerin tautiin sairastuneista on taustalla monia myötävaikuttavia tekijöitä. Tärkein vaaratekijä on ikä. Pienellä väestöllä (alle 2 %) tauti on perinnöllinen. Tässä taudin muodossa oireet ilmenevät jo 40–50-vuotiaana. Sairastumisriskiä lisäävät myös aivovammat, hoitamaton verenpaine, verensuuri kolesterolipitoisuus, metabolinen oireyhtymä sekä vähäinen tai henkinen aktiivisuus. (Aejmelaus 2007,220.)

Alzheimerin taudin taustalla on paikallinen vaurio älylliselle toimintakyvyille tärkeillä aivoalueilla. Vaurion vaikutuksesta aivojen normaali toiminta häiriintyy, solujen väliset yhteydet vähenevät ja solu kuolevat. Ensimmäiset aivomuutokset havaitaan ohimolohkojen sisäosissa alueilla, jotka säätelevät uusien asioiden ja tapahtumien oppimista. Kun tauti etenee, vaurioita syntyy myös otsa- ja päälaenlohkoihin ja muisti- ja oppimisvaikeuksien lisäksi kehittyy muitakin oireita. (Aejmelaus 2007,222.)

Alzheimerin tauti on hitaasti etenevä aivoja rappeuttava sairaus, jossa erityisesti aivojen muistijärjestelmään liittyvät hermosolut ja aivoalueet vaurioituvat. Alzheimerin tauti etenee hitaasti vaiheittain ja sen oireen lisääntyvät taudin edessä. Aluksi tauti vaikuttaa erityisesti lähimuistiin. Myös keskittymiskyky sekä tarkkaavuus heikentyvät ja tauti alkuvaiheessa voi ilmentyä lisääntyvää ärtyvyyttä. Muistihäiriöiden lisäksi ja varhaisessa ilmentyy muita oireita, kuten vaikeuksia itsensä ilmaisemisessa, ymmärtämisessä, lukemisessa, kirjoittamisessa, laskemisessa, ja ajan tai ympäristön hahmottamisessa. (Heimonen & Voutilainen 2001, 30.)

3 MUISTISAIRAAN HYVÄ HOITO JA HOITOYMPÄRISTÖ

Yksilöllinen hoito tukee vanhuksen identiteettiä, omanarvontuntoa ja minäkuva. Hoitotyössä on tärkeää etsiä vanhuksen tai dementoituneen voimavaroja ja tukea jäljellä olevia kykyjä kaikin mahdollisin keinoin. Yksilöllinen hoitotyö merkitsee myös vanhuksen tai dementoituneen itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, hänen oikeuttaan elää omaa elämäänsä ja olla osallisena häntä koskevissa. (Voutilainen 2001, 35.)

Dementoituneen hoidolle asetetaan yksilölliset, selkeät, toimintakyvyn ja elämänlaadun ylläpitämiseen tähtäävät tavoitteet. Yksilöllisen hoidon laatu myös arvioidaan jatkuvasti. Tämä edellyttää monipuolisen ”täsmätiedon” keruuta ja kerätyn tiedon dokumentointia. Tarvitaan tietoa potilaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä, jolloin hoito voidaan rakentaa dementoituneen jäljellä olevien voimavarojen pohjalta. Tarvitaan ajantasainen hoitoja suunnitelma, johon on kirjattu potilaan tarpeet ja voimavarat, hoidon tavoitteet ja käytettävät hoitotyön interventiot, jotta hoito voidaan toteuttaa yksilöllistä kuntouttavaa työtä käyttäen. Lisäksi tarvitaan säännöllistä arviointia siitä, miten asetettuja tavoitteita on saavutettu. (Juva, Valvanne & Voutilainen 2001, 511.)

3.1 Hyvä hoito

Hyvä hoito edellyttää sitä että hoidon antajia on riittävästi asiakasmäärään nähden ja että hoidon antajat ovat ammattitaitoisia ja dementoituneen ihmisen erityispiirteisiin perehtyneitä. Esimerkiksi Liukkonen sekä Heimonen ja Voutilainen esittävät, että optimaalinen suhde dementiayksikössä hoitohenkilökunnan ja hoidettavien välillä olisi 1:5. Tämän suuruisen henkilökunnan on katsottu riittävän tarjoamaan dementoituvalla hoidettavalle toimintakykyä ylläpitävää, yksilöllistä viritoimintaa. Tärkeänä pidetään myös henkilökunnan vaihtuvuuden minimointia. (Viitakoski, Qvick, Isola & Voutilainen 1998, 79.)

Kotimaisen dementoituneiden hoitopaikkoja koskevan tutkimuksen mukaan henkilökunnan määrä ei ole ratkaisevin tekijä hoidon laadun kannalta. Tärkeimmäksi tekijäksi

nousee henkilökunnan koulutustaso, erityisesti hoitajien dementoituneiden hoitoon saama erikoiskoulutus. Henkilökunnan henkinen pahoinvointi ja hoitopaikan johdon puutteelliset esimiestaidot näyttivät olevan yhteydessä hoidon huonoon laatuun. Selviytyksen tekijät katsovat kuitenkin, että toimintakykyä tukevan hoidon toteuttaminen vaatii nykyistä enemmän henkilökuntaa aikakin niihin paikkoihin, jossa henkilökuntamitoitus on alle 0,6 (henkilökuntaan kuuluvien laskennallinen määrä hoidettavaa kohden). (Voutilainen ym. 1998, 87.)

Voutilaisen ja muiden mukaan toimintaa ohjaavien arvojen ja periaatteiden tarkka määrittely ja hoitavaan henkilökunnan sitoutuminen niihin luovat perustan dementiayksikön hyvälle ja tuloksekkaalle toiminnalle. Koko toiminta tulee suunnitella niin, että hoito-toiminnan keskeinen tavoite dementoituvan ihmisen optimaalinen toimintakyky, hyvä olo, hyvän elämää voidaan saavuttaa. (Voutilainen ym. 1998; ks. myös Heimonen & Voutilainen 1997 a, Liukkonen 1990.)

Kodinomaisuuden ja turvallisuuden tunnetta ylläpitävä ympäristö edellyttää, että yksikö on riittävän pieni. Kirjallisuudessa esitetään dementiayksikön optimikooksi noin kymmentä asiakasta tai potilasta. Myös käytännössä on todettu hyväksi. Tällöin mahdollistuu yksikön kodinomaisuus ja siellä pystymään luomaan turvallisuuden tunne jokaisella asiakkaalla. (Voutilainen ym. 1998, 80; Heimonen & Voutilainen 1997 a, Liukkonen 1990.)

Monet tekijät ympäristössä vaikuttavat dementoituvan ihmisen toimintakykyyn. On todettu, että dementiayksikön fyysisen ympäristön täytyy täyttää seuraavat laadulliset kriteerit: hoidettavilla on omia tavaroita huoneissaan, yhteiset tilat on kalustettu kodikkailla huonekaluilla, yksiköissä on riittävästi yhteistä tilaa yhdessäololle ja yhdessä tekemiselle sekä yksikössä on keittiö, jossa hoidettavat voivat ruokailla ja tehdä kotiaskareita yhdessä. Tärkeästi on katsottu myös, että yksikössä on riittävästi tilaa liikkua. Turvallisen liikkumisen mahdollistamiseksi on huolehdittava siitä, että ne tilaavat yksikössä, mihin dementoituneen ei ole turvallista mennä, ovat lukittuja. Ympäristön suunnittelu tukee onnistuessaan toimintokykyä, rohkaisee itsenäiseen selviytymiseen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen turvallisesti sekä kompensoi dementian myötä heikentyviä älyllisiä kykyjä. (Voutilainen ym. 1998, 80–81; Liukkonen 1990.)

Fyysisen hoivaympäristön suunnittelu dementoituneille vaatii huolellista paneutumista dementoituneen ihmisen erityispiirteisiin ja tarpeisiin sekä yritystä eläytyä hänen kokemusmaailmaansa. Fyysinen hoitoympäristö tarkoittaa sitä kokonaisuutta, jonka muodostuvat hoitoyksikön seinät, katto, lattia, ikkunat, huonekalut ja esineet. Kaikki nämä tekijät ympäristössä vaikuttavat dementoituneen ihmisen toimintakykyyn ja elämänlaatuun parantavat tai huonontavat sitä. (Voutilainen 1997, 139.)

Fyysiseen ympäristöön voi myös omainen vaikuttaa. On siis todettu, että fyysisen ympäristön tulee täyttää laadulliset kriteerit. Yksi niistä oli, että hoidettavalla tulee olla omia tavaroita huoneissaan. Omaiset voivat asiantuntemuksellaan vaikuttaa siihen, mitä tavaroita he yhdessä hoidettavan kanssa uuteen kotiin tuovat. Omat tavarat voivat antaa turvallisuudentunnetta ja tukea näin ollen dementoituvat toimintakykyä. (Voutilainen 1997a, 145–146.)

Fyysiseen ja emotionaaliseen turvallisuuden merkitystä on hyvin tärkeä. Niitä voidaan edistää mm. käyttämällä lukkoja, erilaisia hälyttimiä ja kulunvalvontalaitteita. Turvallisuuden tunteen syntymisen kannalta on tärkeä, että henkilökunnan on näkyvillä. Näin ne tilat, joissa henkilökunta ajoittain työskentelee, varustetaan ikkunoilla tai suunnitella avoimiksi tiloiksi. Turvallisuuden kannalta merkitystä on myös yksikön perusvalaistuksella, joka säilytetään yksikössä ympäri vuorokauden. Turvallisuuden tunnetta antaa lisäksi se, että melu on minimoitu. Yksikön ilmapiiri avoimuus, sallivuus ja lämpö ovat perustavat turvallisuuden tunteen syntymiselle. (Voutilainen 1997 a, 145–146.)

Hyvän ympäristön indikaattoreita ovat yhteisöllisyyden ja yksityisyyden tasapaino: asukkaan mahdollisuudet valita monipuolisen sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yksityisyyden välillä. Ympäristön hallittavuus, joka tarkoittaa mahdollisuutta jakaa yksikkö pienempiin kokonaisuuksiin, on eduksi. Moni dementoituva viihtyy mieluummin asuintoverin kanssa kuin yksin, minkä vuoksi dementiayksikössä on hyvä olla muitakin kuin yhden hengen huoneita. (Juva ym. 2001, 510.)

3.2 Hyvä asumisympäristö muistisairaille

Muistisairaahan henkilön hyvä asumisympäristö on fyysisesti turvallinen, ilmapiiriltään luotettava, onnistumisen kokemuksia ruokkiva ja ihmisarvoa tukeva. Sen luomisessa henkilökunta ja sen osaaminen ovat avainasemassa. Onnistuneet tilaratkaisut ja kodikas fyysinen ympäristö tukevat ja usein myös helpottavat lämpimän, normaalin ilmapiirin sekä ei-laitosmainen elämän syntymistä. Mielihyvän ja normaaliuden kokemuksia tuo mahdollisuus olla läsnä tavallisissa arkiaskareissa ja arjen tilanteissa silloinkin kun ei enää kykene niissä vaadittaviin konkreettisiin suoritteisiin. Dementiakodissa asuu ihmisiä, jotka tarvitsevat rauhallisuutta, levollisuutta ja selkeyttä omien kaaoksen tunteiden ja ahdistusherkkyyden vuoksi. Rauhoittavat värit ja ympäristön hälyäänet minimointi ovat tärkeä. (Kotilainen 2003, 10.)

Fyysinen ympäristö vaikuttaa dementoituvan ihmisen elämänlaatuun. Fyysinen ympäristö on määritettävissä laadukkaan hoidon tukitehtäväksi. Parhaimmillaan fyysinen ympäristö tukee dementoituvan ihmisen mahdollisuutta sosiaaliseen kansakäymiseen ja aktivoi aisteja. Ympäristössä tulee huomioida dementoivien sairauksien aiheuttamat erityisvaateet, orientaation ja hahmottamiseen tukeminen sekä viihtyisyys ja kodin tuntu. Tilaratkaisujen on oltava selkeitä, toimivia ja turvallisia. Fyysinen ympäristö voi kompensoida kognitiivista heikentymistä. Ympäristössä on vältettävä ärsykkeiden liiallisuutta ja sekavuutta, sillä ne herättävät ahdistuneisuutta ja levottomuutta dementoituvassa. Ympäristön täytyisi olla ilmapiiriltään lämmin ja rauhallinen sekä kodinkaltainen. (Heimonen & Tervonen 2004, 81.)

Ikääntyminen vaikuttaa ihmisen kykyyn havaita ympäristönsä muutoksia ja selviytyä itsenäisesti jokapäiväisistä toiminnoista. Tasapainoasti, kosketus- ja värinätunto heikenevät. Kuuloaisti huononee usein iän mukana. Näön tarkkuus ja värien näkeminen muuttuvat, mikä yhdessä dementiaoireiden kanssa vaikeuttaa ympäristön hahmottamista. Hyvin suunnittelulla ympäristöllä on oleellinen osa dementoituneen ihmisen hoidossa ja hänen jokapäiväisessä selviytymisessään omassa elinympäristössään. Dementoitu-neelle tärkeintä on tunne siitä, että hän itse pystyy hallitsemaan ympäristöään ja saa tarvitsemansa avun. (Kotilainen 2003, 15)

Suuri osa dementoituneiden asuin- ja hoitoympäristöstä on suunniteltu sairauskäsityksen mukaan, jolloin dementoitunutta ei ihmisenä oteta huomioon vaan päähuomio on sairaudessa. Sairauskäsitys tuottaa useimmiten laitosmaisen lopputuloksen. Ympäristön normaaliudesta lähtevä suunniteltu, joka tukee erilaisten ihmisten toimintakykyä, tukee myös dementoituneen väheneviä voimavaroja ja luo sitten turvallisuutta ja hyvinvointia. Dementoituneet henkilöt ovat yksilöitä muiden ihmisten tavoin. Kaikille yhtä hyvin soveltuvaa ympäristöä on vaikea suunnitella. (Eloniemi - Sulkava 2003, 15.)

Dementoituneen heikentynyttä kykyä hahmottaa tilaa ja esineitä voidaan tukea ympäristön, kalusteiden ja käyttöesineiden sopivalla suunnittelulla, materiaallinen ja mallinen valinnalla ja ympäristön tunnistamisesta helpottavien vihjeiden käytöllä. Tilan selkeys, siis hyvä suunnittelu, tukee omatoimisuutta. Tutut esineet, taideteokset yms. antavat vihjeitä ja helpottavat tiloissa suunnistamista. Turvallisuus ja tuttuus auttavat dementoitunutta säilyttämään arvokkuutensa ja toimintakykynsä mahdollisimman pitkään. (Eloniemi-Sulkava 2007, 10.)

Turvallinen ympäristö on hiljainen ja rauhallinen. Muistisairaille asukkaille yhä useamman hoivaympäristön tavoitteena on tarjota vapaa ja asukasystävällinen kodikas asumisympäristö. (Hoitajakutsu 2012.)

Ratkaisu muistisairaiden ja vanhusten asumisympäristöön vapauttaa henkilöstösi hoitotyöhön asukkaiden liikkeiden seuraamisen sijaan. Automaattisesti toimivat valvontalaitteet helpottavat hoitohenkilökunnan arkea ja antavat asukkaille mahdollisuuden elämän ilon ja arvokkuuden säilyttämisen turvallisuudesta tinkimättä, koskematta asukkaiden yksityisyyteen. Oviin voidaan asentaa automaattiset lukitukset, jolloin ovi lukittuu asukkaan lähestyessä ovea. Hoitohenkilöstöllä ja vieraililla on vapaa kulku sallituista ovista. Vieraille voidaan tarvittaessa antaa vierailun ajaksi vierailijapassi, jolloin asukas pääsee myös ulos tiloista läheistensä kanssa ilman, että asiasta täytyy tehdä isompaa numeroa. Vierailijat palauttavat oman vierailijapassinsa tapaamisen loputtua. Ikkunoiden, hissien tai tarkoituksella suljettujen kulkureittien käyttämisestä voidaan tiedottaa henkilöstöä automaattisesti. (Hoitajakutsu 2012.)

4 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky liittyy ikääntyneillä oleellisesti elämänlaatu, joka määräytyy yksilöittäin eri tavoin ja vaihtelee ajankohdan ja elämäntilanteiden mukaan. Elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä ovat fyysinen terveys, psykologiset tekijät, riippumattomuuden taso, sosiaaliset suhteet ja ympäristö. (Aejmelaus 2007, 35.)

Toimintakyvyn määrittelyssä keskeisenä ajatuksena on yksilön suoriutuminen elämän jokapäiväisistä vaatimuksista. Toimintakyky vaihtelee sen mukaan, miten sen eri osa-alueita kehitetään ja ylläpidetään. Ikääntyvän väestön toimintakykyä ylläpitävä toiminta on ennaltaehkäisevää, omatoimisuutta edistävää ja kuntouttavaa. Toimintakykyä määriteltäessä keskeisenä asiana on, kuinka ihminen suoriutuu elämän jokapäiväisistä vaatimuksista. Toimintakyvyn heikkeneminen nopeutuu useimmilla 75 ikävuoden jälkeen. Erityisesti se heikkenee 80 ikävuoden jälkeen, jolloin toimintakyvyn rajoitukset alkavat selvemmin haitata päivittäistä toimintaa. (Koskinen 1998, 97.)

4.1 Toimintakyvyn arviointi

Muistisairaus vaikuttaa heikentävästi kaikkiin toimintakyvyn osa-alueisiin, minkä toimintakyvyn säännöllinen ja kattava arviointi on tärkeää. Toimintakyvyn arviointia tulisi toteuttaa muistisairaahan ihmisen tutussa ympäristössä. Muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon ja elämän laadun perusta on toimintakyvyn tukeminen ja mahdollisuudet käyttää toimintakykyään ja voimavarojaan optimaalisesti. (Vuori & Heimonen 2007, 31, 32)

Dementoituvat sairaudet ovat parantumattomia. Tällöin hoidon tärkein tavoite on tukea ihmisen toimintakykyä ja elämänlaatua. Etenevä muistisairaus aiheuttaa toimintakyvyn vähittäisen heikentymisen, minkä myötä tuen, palvelujen ja hoidon tarve lisääntyy. Auttamisen tapa on määritettävä suhteessa sairastuneen toimintakykyyn, minkä vuoksi hänen tilannettaan ja avun tarvettaan on arvioitava säännöllisesti. Arvioinnin tulokset ohjaavat palvelun tavoitteiden asettamista, palvelu toteutusta ja luovat pohjan tavoitteiden saavuttamisen ja palvelun vaikuttavuuden arvioinnille. (Voutilainen & Heimonne, 2006, 22–23)

4.1.1 Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi

MMSE (Mini-Mental State Examination) -testiä ja CERAD-tehtäväsarjaa (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease) suositellaan käytettäväksi muistisairausten epäilyn ensivaiheen tutkimuksissa perusterveydenhuollossa. MMSE sisältää useita kognition eri osa-alueita arvioivia lyhyitä tehtäviä, kuten orientaatio, muisti, keskittyminen, tarkkaavaisuus, kielelliset toiminnot. MMSE:lla saadaan karkea yleiskäsitys henkilön kognitiivisen suorituskyvyn mahdollisesta heikentymisestä. Se on luotettava keskivaikean dementiaan arvioinnissa. Mutta jos MMSE-testin jälkeen edelleen jää epävarmuutta tutkittavan kognitiivisen tason kokonaisvaikutelmasta ja tuloksen tulkinnasta, kannattaa jatkaa CERAD-tehtäväsarjalla. CERAD-tehtäväsarja on MMSE-testiä herkempi tunnistamaan dementiaa lievempiä kognitiivisia muutoksia. (Vuori & Heimonen 2007, 36–37.)

4.1.2 Fyysisen toimintakyvyn arviointi

Muistisairauksiin liittyy kognitiivisten oireiden lisäksi myös paljon erilaisia fyysisiä muutoksia. Mittareina voidaan käyttää erilaisia ADL-mittareita (Activities of Daily Living) esimerkiksi Barthel-indeksiä. Mutta mittareiden ongelmana on se, että ne eivät ole riittävän herkkiä arvioitaessa lieviä muistihäiriöistä ja alkavasta muistisairaudesta kärsivien ihmisten toimintakykyä. Fyysisen toimintakyvyn arviointiin on hyvä pyytää mukaan fysioterapeutti. (Vuori & Heimonen 2007, 38.)

4.2 Toimintakyvyn muutokset

Suurin osa ikääntyneiden hoivan tarpeesta syntyy iän tuoman huonokuntoisuuden ja toimintakyvyn alenemisen takia, ei varsinaisten sairauksien seurauksena. Normaaliin ikääntymiseen voi kuulua lievä näkö- ja kuuloaistin heikkeneminen sekä liikkumisen ja muiden toimintojen hidastuminen. Ikääntyneiden kyky sopeutua nopeasti uuteen ympäristöön ja kyky lukea ympäristöstä tulevaa tietoa hidastuu. Muuttaessaan hoivakotiin ikääntynyt saattaa kokea stressiä menettäessään ympäristönsä hallinnan, mikä johtaa elintilan rajoittumiseen, liikkumattomuuteen ja masennukseen. Masennus ja avuttomuus

voivat johtua osittain koetusta itsemääräämisoikeuden menetyksestä, ja nopeuttavat osaltaan fyysisen toimintakyvyn heikkenemistä ja dementoivan sairauden etenemistä. (Inkinen 2000, 25.)

Dementiaa aiheuttavien sairauksien eteneminen on hyvin yksilöllistä. Taudin etenemistä voidaan hidastaa nykyisillä lääkkeillä, mutta sitä ei voida parantaa. Oireiden pahentumassa henkilö ei enää selviydy päivittäisistä toiminnoista ilman ympärivuorokautista hoivaa. Dementia on oireyhtymä, jonka taustalla on fyysinen aivojen toimintaa vaurioittava sairaus. Dementoivien sairauksien tavallisimmat kognitiiviset oireet liittyvät heikentyneeseen muistiin, havaitsemiseen, kommunikointiin ja päättelykykyyn. Dementiaoireisen henkilön vuorovaikutus muiden ihmisten ja ympäristön välillä muuttuu. Henkilö voi masentua ja ahdistua sairauden edetessä, kun hän ei enää tunnista ympäristöään tai läheisiään. Tärkeätkin asiat ja henkilöt sekä yksittäiset tapahtumat menneisyydestä unohdetaan. Dementoivan sairauden edetessä henkilön persoonallisuus saattaa muuttua ja käytös muuttua aggressiiviseksi, kun hänen kykynsä ilmaista tunteitaan ja tarpeitaan heikenee. Vaikeassa dementiassa puheen tuottaminen vaikeutuu tai saattaa loppua kokonaan. (Inkinen 2000, 30.)

4.3 Toimintakyvyn tukeminen

Kuntoutumista edistävä ja toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö: ikääntyneiden ja kuntoutumiseen ovat terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisten yhtenäiseen päätöksentekoon liittyvä toimintaa, jonka tavoitteena on ikääntyneiden fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn palauttaminen, ylläpitäminen tai huononemisen ehkäiseminen. Tavoitteena on auttaa ikääntyneitä selviytymään omassa asuin- ja elinympäristössään niin, että he voivat elää mahdollisimman itsenäistä ja täysipainosta elämää. Oman elämän hallintaan liittyy oleellisesti toimintakyky. Terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi lisätään ikääntyneiden terveitä ja aktiivisia elinvuosia ja lyhennetään mahdollista avuttomuuden aikaa. Ikääntyneen ja hänen läheistensä oma näkemys terveydestä ja toimintakyvystä tulee ottaa huomioon, ja heidän mielipiteidensä ja toiveidensa kuuleminen auttaa hoitohenkilökuntaa määrittelemään toimintakyvyn lisäämisen tavoitteet. (Aejme-laus 2007, 47.)

Ikääntynyt tarvitsee apua kuntoutumiseen tilanteissa, joissa hänen toimintakykynsä on syystä tai toisesta muuttunut. Tällaisia tilanteita voivat olla muun muassa akuutit sairaudet, pitkäaikaista toipumista vaativat toimenpiteet ja normaali iässä johtuva pitkään jatkunut toimintakyvyn hiipuminen. Kuntoutumista edistävä hoitotyö on toimintatapa, jossa kaikki toiminta tähtää ikääntyneen itsenäiseen selviytymiseen. Omatoimisuutta tuetaan ja pidetään yllä sitten, että hoitotyön toimintatavat tukevat ja mahdollistavat jäljellä olevien voimavarojen käytön. Tämä vaati laajaa toimintakyvyn arviointia ja siihen perustaa systemaattista hoitotyön suunnittelua, toteutusta ja arviointi. (Aejmelaus 2007, 48.)

Motivaatio merkitys ikääntyneiden toimintakyvyn ylläpitämiselle on tärkeä kuntoutumiseen sitoutumisessa. Motivaatio syntyy aikaisemmista kokemuksista ja siitä, mitä ikääntynyt haluaa tehdä, saada ja kokea ja kuinka paljon hän uskoo itseensä ja tilanteeseensa. Ikääntyneen motivaatio oman toimintakykynsä parantamiseen paljon tutkinut amerikkalainen Resnick toteaa, että motivaatio koostuu uskosta omiin kykyihin, itsemääräämisoikeuden toteutumista, henkilökohtaisista toiveista, realistista tavoitteista, rohkaisusta, kannustuksesta ja sosiaalisesta tuesta. Sosiaalinen verkosto voi kasvattaa tai heikentää motivaatioita. Tuki ja kannustus auttavat motivoitumaan, kun taas liian suuret vaatimukset, säännöt ja komentelu estävät motivoitumista. Motivaatiota heikentävät myös huonoon liikuntakykyyn liittyvä kaatumisen pelko, väsymys ja kipu. (Aejmelaus 2007,49.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Suunnitelmavaiheen hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa Helsingin kaupungin sosiaalivirastosta tutkimuspyyntölomakkeella lokakuun lopussa 2011. Tutkimuslupahakemuksen liitteeksi laitoimme tutkimussuunnitelmamme.

Otimme yhteyttä opiskelijayhteistyön suunnittelijaan ja sovimme tekemämme sairaanhoitajien haastattelun ennen joulua heidän kanssaan yhteistyössä. Kriteereinä oli, että haastateltavat ovat työskennelleet kyseillä osastolla pidempään, noin 5–10 vuotta, jotta heillä on selkeä mielikuva osaston arjesta, asukkaista ja käytännöistä.

Sovimme kolmen sairaanhoitajan kanssa sopivasta tapaamisajasta, kerroimme heille tutkimusaiheesta ja että haastattelu on avoin. Hoitajat suostuivat mielellään osallistumaan tutkimukseen ja pitivät tutkimuksen aihetta tärkeänä. Kaikki haastatellut osallistuivat vapaaehtoisesti. Sairaanhoitajat kertoivat omakohtaisia kokemuksiaan. Haastattelu tapahtu haastateltavien yhteistilassa Kontulan vanhusten palvelukeskuksessa. Haastattelu kesti puolitoista tuntia.

Ensin me esittelimme itsemme ja sen jälkeen hoitajat kertoivat omista työkokemuksistaan. Hoitajat kertoivat hieman, minkä tyyppisiä osastot ovat. Kontula on uusi vanhusten keskus: se on valmistunut 2009. Asuinosa-
stojen kokoa on esimerkiksi pienennetty vanhaan keskuksen verrattuna ja asuintilat on suunniteltu kodinomaisuutta korostaen. Osastolla hoidetaan pääsääntöisesti pitkäaikaishoitajia, mutta on myös lyhytaikaista hoitoa antavia ja kuntoutusyksiköitä. Eri osastoilla on asukaspaikkoja vähintään 20 ja enemmillään 28. Osastot jakautuvat kahteen siipeen. Potilaat asuvat pääsääntöisesti yhden hengen huoneissa. Potilaiden keski-ikä osastolla on yli 70 vuotta. Asukkaat sairastavat monia sairauksia ja tulosyy osastolle on usein kotona pärjäämättömyys. Henkilökunta tukee asukkaita arjen toiminnoissa ja tarjoaa turvalliseen ja virikkeelliseen ympäristön. Asukkaat osallistuvat myös aktiivisesti fysioterapian ryhmätoimintaan.

5.1 Tutkimusmenetelmät

Kvalitatiivinen tutkimus tarkoittaa kokonaisvaltaista tiedon hankintaa, aineisto kootaan luonnollisessa tilanteessa. Tutkija luottaa enemmän omiin havaintoihinsa ja keskusteluihin. Tiedon hankinnassa apuna voi olla lomakkeita ja testejä. Kvalitatiivissa tutkimuksessa haastattelu on päämenetelmä. Ihminen on nähtävä tutkimuksessa subjektina. Hänelle on annettu mahdollista vastata kysymyksiin vapaasti. Ihminen on tutkimuksessa luova ja aktiivinen osapuoli. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 165, 201.) Yritimme laatia selkeät kysymykset, joiden avulla saisimme rehelliset ja selkeät vastaukset. Täsmällisiä tosiasioita pitää kysyä yksinkertaisina kysymyksinä

Laadullinen tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja sen avulla tutkitaan selkeitä asioita, joita on vaikea mitata määrällisesti. Työmme aihetta on vaikea mitata määrällisesti, ja sen vuoksi valitsimme opinnäytetyöhön laadullisen lähestymistavan. (Hirsjärvi ym. 2007, 164)

Laadullisen tutkimuksen lähtökohta on todellisen elämän kuvaaminen. Se tarkoittaa, että todellisuus on moninainen ja sitä pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on löytää tosiasioita, eikä vain todentaa jo aiemmin sanottua tai kirjoitettua. (Hirsjärvi; Remes & Sajavaara 2000, 161.)

Tutkimusmenetelmämme on kvalitatiivinen eli laadullinen, sillä tutkimustehtävän mukaisesti haluamme selvittää kokemuksia sairaanhoitajan näkökulmasta.

5.2 Teemahaastattelu

Opinnäytetyömme tutkimuksen teemakysymykset olivat: 1. Miten hoitoalan koulutus ja ammattitaito vastaavat työhaasteisiin tällä hetkellä? 2. Miten hoitajien määrää vaikuttaa potilaiden tai asukkaiden hoitoon osastolla? 3. Millainen on tukeva ja toimiva hoitoympäristö osastolla?

Kontulan vanhustenpalvelukeskus on uusi palvelukeskus, joka on rakennettu vuonna 2009. Halusimme saada vastaukset tutkimukseemme tällaisesta uudesta hoitoympäris-

töstä. Valitsimme haastattelumenetelmäksi teemahaastattelun ja ryhmähaastattelun. Ajattelimme, että ryhmähaastattelussa haastateltavien keskinäisestä vuorovaikutuksesta syntyisi paljon aineistoa.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä. Puolistrukturoidulle haastattelulle on ominaista, että jokin haastattelun näkökohta on lyöty lukkoon, mutta ei kuitenkaan kaikkia. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin. Teemahaastattelulle on myös ominaista, että haastateltavat ovat kokeneet tietynlaisen tilanteen. Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin. Teemahaastattelulla voidaan tutkia yksilön ajatuksia, tunteita, kokemuksia ja myös sanantonta kokemustietoa. Siinä korostuu haastateltavien oma elämänsämaailma. Teemahaastattelu tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Teemahaastattelu voi olla joko kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47–48.)

Ryhmähaastattelun ihanteellinen koko on 3–12 henkilöä. Ryhmähaastattelu voi kuitenkin aiheuttaa rajoitteita, jos haastateltava aihe on kovin arkaluonteinen, mutta toisaalta se voi kuitenkin pitää keskustelun hyvinkin luontevana. Haastateltavien keskinäinen vuorovaikutus luo merkityksen keskustelulle. Jos ryhmä on kovin suuri, haastattelun ohjaaminen ja haastattelunnauhoituksen purkaminen voi olla hyvinkin vaativa työvaihe. (Kylmä & Juvakka 2007, 84–85.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija pyrkii paljastamaan odottamattomia seikkoja, minkä vuoksi laadullisen tutkimuksen lähtökohtana ei ole teorian tai hypoteesin testaaminen vaan aineiston monivaiheinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Tutkija ei määrää sitä, mikä tutkimuksessa on tärkeää. Laadullisessa tutkimuksessa suositetaan tästä syystä sellaisia metodeja, joissa tutkittavien näkökulmat ja ”äänet” pääsevät esille. Tällaisia metodeja ovat esimerkiksi teemahaastattelu, ryhmähaastattelu ja osallistuva havainnointi (Hirsjärvi ym. 2007, 164) joista jälkimmäistä käytimme tiedonkeruun menetelmänä opinnäytetyössä.

Haastattelun tallennus kuuluu olennaisena osana teemahaastatteluun. Nauhoitukseen on saatava aina haastateltavan lupa. Tutkijan pitää kertoa tutkittaville, miksi hän haluaa nauhoittaa haastattelut, miten nauhoituksia tullaan käyttämään, miten niitä säilytetään ja miten ne hävitetään, kun niitä ei enää tarvita. On todettu, että haastateltavat unohtavat

nauhurin olemassaolon hyvin pian, vaikka tilanteen alussa sitä jännittäisivätkin. Haastattelun nauhoittaminen säilyttää keskustelusta olennaiset seikat kuten haastateltavan sanatarkan puheen ja äänenkäytön ja myös mahdollisen tunnelatauksen. Jotta haastattelutilanteesta tulisi mahdollisimman luonteva ja vapaa keskustelu, haastattelijan on hyvä osata teema-alueet ulkoa: siten välttää turhalta papereiden selailulta. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 92.)

5.3 Aineiston keruu

Opintonäytetyössä tutkimme sairaanhoitajien kokemuksia dementiaa sairastavien vanhusten hoitotyössä. Käytimme tutkimusmenetelmänä teemahaastattelua. Haastattelukysymykset oli suunniteltu liittyen sairaanhoitajien todelliseen työhön pitkäaikaosastolla dementiahoitotyössä. Tutkimusmenetelmäksi valittiin teemahaastattelu, koska se tarjoaa hyvät mahdollisuudet kartoittaa tutkittavaa asiaa vuorovaikutustilanteessa haastateltavien kanssa. Haastattelussa tutkijat voivat seurata haastattelevan reaktiota ja tunteita. Teemahaastattelu antaa mahdollisuudet tarvittaessa lisäkysymysten tekemiseen ja tarkentamiseen. Haastattelussa voidaan välittömästi pyytää perusteluja mielipiteille ja käyttää lisäkysymyksiä.

Ammatillisen suuntautumisemme vuoksi tutkimukseen valittiin nimenomaan sairaanhoitajia, jotka ovat työskennelleet vanhustenkeskuksessa enemmän kuin viisi vuotta. Osastoilla hoidetaan muistisairauksia sairastavia vanhuksia ja sairaanhoitajat työskentelevät eri osastolla. Kontulan vanhusten keskuksessa on erilaisia osastoa ja pieniä yksiköissä. Tulovaiheessaan asukkailla on yleensä jonkin asteinen muistihäiriö, joka vaatii erilaista hoitoa, ympärivuorokautista apua ja pitkää seuranta. Osastolla ja yksikössä jotkut asuvat loppuun saakka. Yksiköissä on järjestetty lääketieteellistä hoitoa, fysioterapiaa, toimintaterapiaa ja sosiaalityöntekijän ohjausta. Hoidon lähtökohtana on asiakaslähtöinen ajattelu. Tärkeinä pidetään asukkaiden psyykkisen ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämistä. Samalla korostetaan lääketieteellistä hoitoa ja hoitotyön näkökulmaa. Henkilökunnan ja asukkaiden vuorovaikutusta pidetään erittäin merkityksellisenä ja pystytään tarjoamaan asukkaille virikkeellistä toimintaa ja auttamaan selvittämään heidän todellisia tarpeita sairautensa suhteen. Hoito käsittää psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen kuntoutuksen.

5.4 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineisto tallennetaan usein siten, että se kirjoitetaan sanasta sanaan puhtaaksi. Tätä vaihetta kutsutaan litteroinniksi. Aineisto voidaan litteroida kokonaan tai valikoiden, esimerkiksi teema-alueiden mukaisesti. Litteroinnin jälkeen tulisi tehdä vahva päätös siitä, mikä aineistossa kiinnostaa ja käydä aineisto läpi erottamalla ja merkitsemällä oman kiinnostuksen kohteena olevat asiat. Kaikki muut asiat pitää jättää pois tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 94.)

Sen jälkeen luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella (Kylmä & Juvakka 2007, 113).

Aineiston analyysin menetelmä oli sisällön analyysi. Sisällön analyysi on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä, jonka avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112.)

Haastattelun kokonaisuuden hahmottaminen mahdollistaa aineiston yksityiskohtaisemman analyysin. Yksityiskohtaisessa analyysissä on kolme vaihetta: pelkistäminen, rytmittely ja abstrahointi. (Kylmä & Juvakka 2007, 116.)

Yleensä teemat, joista haastateltavien kanssa on puhuttu, löytyvät jossain määrin ja jollakin tavalla kaikista haastatteluista ja aineisto voidaan järjestellä teemoittain. Aineistosta voi löytyä myös täysin uusia teemoja, joita haastateltavat ovat käsitelleet eri tavoin kuin haastattelija on aihepiiriä jäsentänyt. Kun kyseessä on ihmisten puheesta litteroitu teksti, sitä tulee pyrkiä tarkastelemaan mahdollisimman ennakkoluulottomasti ja laajasti. (Saaranen, Kauppinen, & Puusniekka 2006.)

Nauhoitimme haastattelun. Haastattelun jälkeen me kuuntelimme ja luimme haastattelun läpi monta kertaa ja kirjoitimme sen puhtaaksi tietokoneella, eli litteroimme aineiston. Puhtaaksi kirjoitettua versiota tuli yksitoista sivua. Merkitsimme litteroitu haastattelun eri osat eri värein voidaksemme luokitella ne sen mukaan, miten ne vastaavat meidän tutkimuksemme teemoja. Samalla me tarkistimme, onko aineistossa selviä virheellisyksiä, puuttuuko joitain tietoja ja pitääkö jotain aineistosta hylätä.

6 TULOKSET

Opinnäytetyömme on keskittynyt sairaanhoitajan näkökulmaan ja sisältää sairaanhoitajien henkilökohtaisia kokemuksia. Tutkimuksen tavoitteena oli löytää vastaus tutkimuskysymykseen - minkälaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on dementiaa sairastavien vanhusten toimivasta ja tukevasta hoivaympäristöstä Kontulan vanhustenpalvelukeskuksessa, jossa fyysistä ympäristöä on ajateltu ja suunniteltu modernissa rakennuksessa. Haastatelluilla sairaanhoitajilla on ollut runsaasti kokemuksia, jotka ovat keskenään hyvin erilaisia. Haastatellut sairaanhoitajat kertoivat mielellään omista kokemuksistaan hoitotyöstä dementiaa sairastavien vanhusten kanssa.

Analyysin jälkeen, aineisto toi esille sen, mikä on toimiva, tukeva hoitoympäristö dementoituville asukkaille Kontulan vanhustenpalvelukeskuksen dementiaosastolla. Selkeitä, tutkimuksen vastauksena tulleita ideoita ovat turvallisuus fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa ympäristössä, kuten myös kysymys, miten edistää asukkaiden toimintakykyä ja hoidon laatua.

Asukkaiden toimintakyvyn todettiin vaihtelevan, niin yksittäisen asukkaan kohdalla kuin asukkaiden kesken. Asukkaiden todettiin olevan ainakin keskivaikeasti dementoituneita. Haastateltavat toivat esiin erilaisia asukkaiden elämään vaikuttavia dementoivan sairauden aiheuttamia oireita käyttäytymisen muutoksia, mutta korostivat sitä, että ongelmalliseen tilanteeseen tai käyttäytymiseen löytyy yleensä jokin syy ja ratkaisu. Haastateltavat kertoivat dementoivan sairauden vaikuttavan asukkaiden toimintakykyyn kokonaisvaltaisesti.

6.1 Fyysinen ympäristö

Haastateltavat kertoivat paljon osaston fyysisestä hoitoympäristöstä. Fyysisen ympäristön suhteen asukkaiden turvallisuutta ja toimintakyvyn ylläpitämistä edistäviksi tekijöiksi nousivat lukitus, hälytys, tila, apuvälineet ja huomiota herättävä värit.

Millaisia ovat edistävät tekijät osastolla?

Ulko-ovet ovat lukittuina ja niiden avaamiseen tarvitaan sormenjälki ja koodi.

Ovilla on hälytys myös.

Meillä on sängyssä anturat, jotka kertovat liikkuuko potilas vai onko hän nukkumassa. Antura on patjan alla ja hälyttää kun vuoteelta nousee pois. Hälytysmatto on samanlainen....

Meillä on tosi tilavat käytävät. Kyllä, apuvälineet hyvin mahtuu. Kaikilla osastoilla on pääasiassa yhden hengen huoneita ja vain joitakin kahden hengen huoneita.

Meillä on hyvät modernit apuvälineet ja kuntoutusvälineet. Löytyy MU-lift:iä, motomed-pyörää jne.

Meillä koko talossa kahvat käytävissä ja vessoissa ovat punaisen väriset, jotta ne olisi helppo huomata.

Mielenkiintoista oli, että fyysisessä ympäristössä estäviksi tekijöiksi nousivat, hälytys, oven valvonta, ahtaus ja henkilökunnan määrän puute.

Mutta meillä oven hälytys ei aina ole toiminut.

Asukas saattaa päästä hissillä ulos asti. osaston ulkopuolella on vaikea erottaa asukasta omaisesta.

Joskus on kaikilla osastoilla potilaita ylipaikoilla. Silloin saatamme laittaa yhden hengen huoneeseen kaksi tai jopa kahden hengen huoneeseen kolme potilasta.

Varahenkilöstöjärjestelmä on lähes aina täyteen varattu. Varahenkilöstöä ei saisi varata etukäteen, sen pitäisi olla käytävissä äkillisissä poissaolotapauksissa.

Varahenkilöstöjärjestelmä ei toimi.

Oven hälytys on jätetty korjauttamatta, oven valvonta pitää järjestää toimivaksi, huoneet on suunniteltu hyvin fyysisen ympäristön kannalta, mutta jos huoneessa on asukkaita ylipaikoilla, ympäristö muuttuu fyysisesti ja henkisesti ahtaaksi. Varahenkilöstöjärjestelmän olisi toimittava. Nämä fyysinen ympäristön estävät tekijät ovat syntyneet sosiaalisen ympäristön estävien tekijöiden seurauksena.

6.2 Psykkinen hoitoympäristö

Haastateltavat kertoivat, että heidän oma koulutuksensa ja ammattitaitonsa vastaavat hyvin työn haasteisiin. Ammattitaidon pitäisi olla kaikilla samassa ammatissa samalla tasolla. Psykkisessä ympäristössä keskeistä on asukkaiden turvallisuuden tunne. Turvallisuutta edistäviksi ja estäviksi tekijöiksi nousivat henkilökunnan asiantuntemus, ammattimaisuus, määrä, kiireisyys, vaihtuvuus ja ammattitaidon puute.

Kontulassa saa paljon Helsingin kaupungin järjestämää koulutusta. Kaikki ketkä haluavat saavat koulutusta. Koulutuksesta saa tietoa yhteisissä kokouksissa, osastonhoitajalta ja intranetistä.

Meillä on moniammatillinen ja joustava työyhteisö.

Fysioterapeuteilta saa tosi paljon apua. Emme usein tiedä mikä olisi jollekin potilaalle avuksi ja kysymme fysioterapeutilta, joka heti osaa antaa oikean apuvälineen.

Psykkisessä ympäristössä estäviä tekijöitä nousi haastattelun tuloksena esiin paljon.

Jos on vähemmän hoitajia, niin silloin on kiireisempää.

Meidän osastollamme on vaihtuvuus ollut erittäin suuri.

Muistisairaajat asukkaat erityisesti tarvitsisivat turvallisuutta, jonka tutut hoito-otteet tuovat.

Heille pysyvyys loisi turvallisuutta.

Ammattitaidon puutteella on suuri merkitys hoitoympäristössä. Se voi olla estävä tekijä fyysisen hoitoympäristön turvallisuudessa asukkaille.

Esimerkiksi potilaalle on tullut haavoja, mikä aina kertoo hoidon huonosta tasosta. Hoito ei saa antaa haavoja.

6.3 Sosiaalinen hoitoympäristö

Sosiaaliseen ympäristön estäviksi tekijöiksi nousivat hoidon laadun kannalta useat tekijät.

Yrittäjyys. Tämä tulosvastuullisuuden mukana me muutumme.

On se vaikeaa mieltää omaa työtään yrittäjyydeksi.

Taloudellista ajattelua.

Haluaisin sairaanhoidollisempaa työtä. Kaikki hyvä koulutus tuntuu välillä menevän hukkaan, kun siivoaa lattioita täällä.

Teemme niin paljon perushoitoa, kaikki paperityö tulee tehtyä huonosti. Emme ehdi tehdä sitä kunnolla. Se harmittaa itseä, että joutuu tekemään huonosti.

Tuntuu pahalta, kun olen itse ollut poissa ja palatessani huomaa, että työkaverit ovat tehneet sellaisia ratkaisuja, joita omasta mielestä ei saisi tehdä.

Kun on menettänyt työkaverinsa luottamuksen, vie pitkän aikaa ennen kuin sen saa takaisin.

6.4 Kehittämishaasteet

Kehittämishaasteisiin kuuluvat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hoitoympäristön estävät tekijät. Lisäksi haasteina esiin nousivat henkilökunnan hyvinvointi ja osaston hallinto.

Me tarvitsemme työohjausta.

Jos se vain toimisi.

Meillä on työnohjausta ryhmissä, ainakin tänä vuonna. Osastonhoitajat saattavat saada ohjausta yksilöllisesti.

Yksilöllistä työnohjausta tarvitsisivat myös hoitajat.

Sitä olisi tarvittu myös aikaisemmin, kun mikään ei toiminut jossain vaiheessa.

Osastonhoitajan rooli on tärkeä. Osastonhoitajan pitäisi luoda yhteishenki osastolle, huolehtia hyvästä työilmapiiristä ja työntekijöiden hyvinvoinnista. Johtajan omaa esimerkkiä käytännön töissä pidetään hyvänä asiana.

Tuloksista kävi selkeästi ilmi, että sairaanhoitajien näkökulmasta tärkein tekijä hoitoympäristössä on asukkaiden turvallisuus – fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen. Turval-

lisuuteen kuuluu myös hoitajien ammattilaisuus, sekä samojen hoitajien pysyvyys, joka on erityisen tärkeää dementia potilaiden turvallisuudentunteen saavuttamisessa.

Fyysiseen ympäristöön kuuluvat esimerkiksi tilan vaatimukset, niin että käytävillä on kylliksi tilaa kulkea ja ohittaa apuvälineiden kanssa. Kuten myös se, että apuvälineitä on saatavilla riittävästi ja helposti. Kontulassa oven valvontajärjestelmä käyttää modernia teknologiaa ja toimiin sormenjälkien tunnistuksella. Joskus oven lukitusjärjestelmä ei kuitenkaan toimi. Fyysistä ympäristöä pitää käyttää hoidon hyväksi. Tähän sisältyy myös laitteiden huolto ja kunnossapito. Fyysisen ympäristön pitää toimia, muuten se muuttuu välittömästi turvallisuutta estäväksi tekijäksi.

Edelleen sisustukselta vaaditaan kodinomaisuutta, mutta samalla toimivuutta, niin että kaikissa paikoissa löytyvät kahvat ja kaiteet ja ne ovat lisäksi voimakkaan värisiä heikkonäköisten avuksi.

Haastattelun tulokset tuottivat uusia ideoita psyykkisen ja sosiaalisen hoitoympäristön edistävinä ja estävinä asioina. Hoitoympäristö koostuu fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta osastaan. Näimme selkeästi, että kaikkien osa-alueiden pitäisi olla toimivia. Kontulan vanhusten palvelukeskuksessa kehitettävää oli etenkin psyykkisessä ja sosiaalisessa hoitoympäristössä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tutkimus keskittyy sairaanhoitajan näkökulmaan ja sisältää hoitajien henkilökohtaisia kokemuksia hoitotyössä. Tavoitteena oli selvittää kuinka toimiva ja tukeva hoitoympäristö toimii. Haastateltavat kertoivat dementoivan sairauden vaikuttavan monin tavoin asukkaiden fyysiseen ympäristöön ja toimintakykyyn. Kontulassa henkilökunta tuntee asukkaiden taustaa, ympäristö on kodinomainen ja viihtyisä. Silloin syntyy sellainen hoitosuhde, että asukas luottaa hoitajaan ja hänellä on turvallinen olo. Tämä korostuu asukkaan positiivisessa elämänlaadussa. Hoitoympäristö osastolla on hyvä. Sairaanhoitaja näkökulmasta tärkein tekijä ympäristössä on asukkaiden turvallisuus, sekä fyysinen, että henkinen. Haastateltavat kertoivat, että turvallisuus on hyvällä tasolla ja ilmapiiri on rauhallinen. Koulutusta on riittävästi tarjolla halukkaille, työyhteisö on erittäin moniammatillinen ja joustava.

Haastateltavat totesivat nykyisessä fyysisessä osastoympäristössä olevan jonkun verran puutteita. Huolto ja korjaukset toimivat hitaasti tai niitä ei tehdä ollenkaan. Hyvät modernit apuvälineet ovat olemassa, mutta henkilökunta ei riittävästi osaa niitä käyttää. Perehdytystä apuvälineiden käytössä tarvitaan, tällä hetkellä henkilökunta käyttää enemmän vanhoja työtapoja ja omia voimia. Henkilökunnan puute on jatkuvaa ja alimiehitys tuo työhön kiireisyyttä. Varahenkilöstön saaminen pitäisi saada luotettavalle ja toimivalle tasolle, varahenkilöstön määrää lisäämällä. Tällä hetkellä varahenkilöt ovat jo etukäteen varattuina. Henkilökunnan vaihtuvuus on melko suurta. Henkilökunnan viihtyvyyteen voi vaikuttaa liian laaja toimenkuva. Hoitotyön ammattiosaajat tekevät paljon perustyötä, jonka johdosta erikoisosaamista vaativiin tehtäviin ei jää riittävästi aikaa. Vuodepaikkoja on liian vähän, koska paljon asukkaita joutuu ylipaikoille. Silloin laitetaan yhden hengen huoneeseen kaksi tai kahden hengen huoneeseen kolme asukasta.

Reetta-Johanna Ranteen (2008) vastaavassa tutkimuksessa Dementiaryhmäkodin hoitotyön toimintatilanteita tukeva työympäristö, Diplomityössä 1.2.2008, korostetaan myös, että henkilökunnalle toimivat tilat ovat tärkeitä, koska dementiaryhmäkoti on koti, mutta myös työympäristö. Kun ympäristö tukee henkilökunnan työtä, hoitotyö on ergonomisesti tehokasta, hoitajien mieliala kohenee, mikä vaikuttaa asukkaiden mielialaan ja

edelleen henkilökunnan ja vierailevien omaistenkin tyytyväisyyteen. Turvallinen olo ja toimivat tilat vaikuttavat dementia-ryhmäkodin kaikkiin systeemin osiin.

Sini Kyttälän (2008) vastaavassa opinnäytetyössä todetaan, että toimintakykyä edistävinä tekijöinä, joita fyysiseltä ympäristöltä toivottiin, tuotiin esiin tilojen esteettömyys ja turvallisuus, kodinomaisuus, hahmottamista tukevat tilaratkaisut ja se, että tilat houkuttelisivat asukkaita toimintaan.

8 POHDINTA

Pohdinnassa arvioimme opinnäytetyömme eettisyyteen ja luotettavuuteen liittyviä teki-
jöitä. Esittelemme tutkimuskysymykset, tutkimuksen lähestymistavan ja tutkimuskoh-
teen. Käsitlemme lisäksi aineistonkeruutapaa ja vaiheita, sekä aineiston analyysipro-
sessia.

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen ja opinnäytetöiden tekemisessä eettiset seikat ovat merkittäviä. Tutkimus-
etiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen teki-
jän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 137.)

Tutkimusetiikka korostaa tutkimusaineiston ja tutkittavien suojaan liittyviä kysymyksiä.
Tutkimusaineiston kohdalla on turvattava se, että aineisto ei joudu väärin käsiin ja tut-
kittavien anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan aina tutkimustuloksiin asti. Tutki-
jan pitää selvittää haastateltaville, miten anonymiteetti turvataan tutkimuksessa. Tutkija
joutuu käyttämään koodia tai numerointia ja listaamaan nämä. Haastateltavien anonymi-
teetti lisää myös tutkijan vapautta. Hänen on helpompaa käsitellä arkojakin aiheita tut-
kittavien anonymiteetin avulla tiedostaen, että ei aiheuta tutkittaville haittaa. (Mäkinen
2006, 93,114.)

Luottamuksellisuudella on suuri merkitys. On tärkeää kertoa, miten tutkimusaineistoa
käytetään ja säilytetään niin, että tutkittavien tunnistetiedot pysyvät turvassa. Suorat
tunnistetiedot hävitetään siten, että niitä ei voi enää vuosien jälkeen käyttää mihinkään
muuhun tutkimukseen. (Kuula 2006, 108–109, 214.)

Tämä opinnäytetyö on pyritty tekemään edellä mainitut tutkimuseettiset seikat huomi-
oon ottaen. Käytimme litteroinnissa apuna äidinkieleltään suomalaista henkilöä, koska
meille itsellemme oli vaikea hallita litterointia sanasta sanaan. Emme kertoneet hänelle
haastateltavien henkilötietoja tai työpaikkaa. Edellytimme häneltä myös, ettei hän kerro
haastattelussa kuulemiaan asioita eteenpäin.

8.2 Tutkimuksen tekijöiden pohdinnat

Olemme jakaneet tutkimuksen tekijän oman pohdinnan kolmeen osaan, niin että kukin tekijä pohtii erikseen tutkimusta omalta osaltaan.

8.2.1 Tekijän pohdinta – Elena Halttunen

Oli mielenkiintoista tehdä tutkimus ja osallistua projektiin, varsinkin kun aikaisemmin en ole tehnyt tutkimustyötä. Alussa oli vaikea ymmärtää, miten me voisimme saada sen valmiiksi? Mutta kirjallisuuden avulla ja ohjauksen kautta prosessi eteni koko ajan.

Aihetta pidän tärkeänä Suomessa kasvavan vanhusväestön kannalta ja hoitoympäristön kehittämisen näkökulmasta. Teeman tärkeys ja halu ymmärtää hoitoympäristön tarpeita sairaanhoitajien näkökulmasta motivoivat koko prosessin aikana.

Ryhmätyöskentely oli vaikeaa siinä mielessä, että meillä jokaisella on oma mielipide, silti olimme hyvin päässeet sopimaan asioista ja työ tehtiin sujuvasti ja aikataulun mukaan. Vahvuutemme työtä tehtäessä oli se, että meillä kaikilla oli jonkun verran käsitystä dementiaa sairastavien hoidosta. Uskoisin, että työskennelty ryhmässä antoi jokaiselle meille entistä paremmat valmiudet työelämässä työskennellä moniammatillisessa tiimissä.

Tutkimuksen lopputulokseksi saimme vastauksia, jotka olemme syvällisesti analysoineet ja pohtineet. Se auttoi taas kerran ymmärtämään hoitoprosessin kokonaisuuden. Se myös auttoi ymmärtämään, että joskus aivan pieni asia vaikuttaa ja ratkaisee. Työ on vaikuttanut suoraan ammatilliseen kasvuun. Olen kehittynyt ammatillisesti paljon työn kautta.

Vaikeuksia kyllä oli suomeksi kirjoittaminen ja oikeiden sanojen löytäminen. Mutta kielitaito kasvaa hyvin nopeasti käytännössä. Arvioni mukaan suomen kielen taitoni on parantunut sekä kirjallisesti että suullisesti. Olen oppinut käyttämään tietotekniikka pa-

remmin. Ammatillinen kasvu on jatkuva prosessi ja minun on tärkeä tehdä jatkuvaa omaa arviointia sekä pohtia omaa osaamista ja missä on vielä parantamisen varaa. Koko prosessi oli hieman vaikea, mutta palkitseva.

8.2.2 Tekijän pohdinta – Natalia Kuha

Opinnäytetyössämme osallistuimme projektiin, mistä saimme valmiin aiheen ”Toimiva, tukeva hoiva ympäristö”. Olimme töissä akuutilla ja pitkäaikaissosastolla, mistä tuli paljon tuttuja aiheita. Kiinnostuimme, minkälaista osaamista tarvitaan dementiahoitotyössä, jotta dementiaa sairastava vanhus tuntisi olonsa turvalliseksi ja hoito onnistuisi. Kävimme dementia-asioita käsittelevillä luennoilla ja tutustuimme lääketieteellisen dementiahoidon käsitteisiin. Sairaanhoitajan työssä on tärkeää, että pystyttäisiin kehittämään hoitotyötä.

Tämän tutkimusprosessin ansiosta osaamme nyt entistä paremmin etsiä ja käsitellä teoreettista tietoa. Tämän prosessin aikana olemmekin oppineet paljon tutkimuksen tekemisestä, tutkimusmenetelmistä, sekä sen kirjallisesta raportoinnista. Olemme oppineet käyttämään tehokkaammin tietotekniikkaa ja parantaneet suomen kielen taitoamme. Oli vaikeaa rajoittaa aihetta ja tässä auttoi paljon ohjaus.

Kokemusperäisen osan toteuttamisessa koimme onnistumisen tunteita aineiston keruun osalta, mutta kirjoittaminen paperille sana sanasta nauhoitetuista haastattelutiedoista osoittautui vaikeaksi. Aluksi lyhyesti kerroimme itsestämme, oli mukava keskustella. Sairaanhoitajat ihan vapaasti itse toivat aika monia kokemustapauksia. Sairaanhoitajat olivat valmiita keskustelemaan tästä aiheesta paljon pidempään, koska he pitävät erityisesti omasta työstään ja heillä on paljon kokemuksia aiheesta. Käsittelemällä nauhoitetut aineistot saimme hyvää ohjausta luokitusvaiheessa. Oli hyvä jakaa näkemyksiä yhdessä ja se on tukenut opinnäytetyön edistymistä. Persoonalliset näkemyserot toivat sekä rikkautta, että haasteita. Ohjaus auttoi hyvin pysymään aiheessa ja tekemään työn eri vaiheet.

Prosessin myötä tuli selväksi, että ryhmätyö ei ole aina helppoa. Saimme tietää, miten tärkeää on kunnioittaa ja kuunnella toisten mielipiteitä ja ajatuksia. Tästä oppimiskoke-

muksesta on meille hyötyä myös tulevaisuudessa työyhteisössä. Opinnäytetyötä tehdesämme olemme käyttäneet yhteisenä kielenä suomea ja venäjää, koska osa ryhmästä puhuu myös venäjää. Opinnäyteprosessi on kuitenkin ollut ammatillisesti kehittävä. Työn tekemistä vaikeutti myös se, että teimme opinnäytetyön jatkuvasti päällekkäin muun opiskelun ohella. Yhteisen ajan löytäminen oli vaikeaa. Osallistuimme myös opinnäytetyön seminaareihin, osallistuminen oli tärkeä, koska saimme palautetta sekä motivaatiota jatkaa eteenpäin. Tutkimukseen aihe ja prosessi toivat hyvää kokemusta ja tuntemusta ikääntyneiden dementiaa sairastavien hoitotyössä. Tutkimuksen kautta meille itsellemme tuli mahdollisuus kehittää hoitoalaa.

8.2.3 Tekijän pohdinta – Yukie Niemonen

Tutkimusaiheemme, toimiva, tukeva hoitoympäristö, on ajankohtainen. Viime aikoina on tehty paljon tutkimuksia liittyen vanhusten hoitoympäristöön, vanhusten elämän laadun parantamiseksi. Mielestäni fyysinen ympäristö on kehittynyt radikaalisti vanhusten hoitopaikoissa, lukuun ottamatta sairaaloita. Viimevuosina rakennetut ja kunnostetut hoitopaikat ovat erittäin moderneja eli toimivia, mutta vanhemmissa hoitopaikoissa uudistusten tarve on selkeä.

Valitsimme tutkimuksen toteuttamispaijaksi 2009 uudistetun Kontulan vanhustenpalvelukeskuksen. On mielenkiintoista tutkia hoitoympäristöä modernissa hoitopaikassa. Ajatuksenani oli, että tämä tutkimus voisi tuoda uusia ideoita muistisairaiden ihmisten hoidossa ja sen tulokseksi tulikin huomioon otettavia asioita. Olen tyytyväinen siihen, että tutkimuksemme nosti esille paljon asioita, joita voin käyttää hyödyksi omalla työuralanikin ja jatkotutkimuksissa tulevaisuudessa.

Suomen kielen taitomme asettamien haasteiden vuoksi, tutkimus eteni hitaasti sen kaikissa vaiheissa. Tutkimuksen alkuvaiheessa oli haasteellista, löytää tutkimuksen ydin-teema kolmen tutkimuksen tekijän kesken. Siinä kesti kauan. Teemakysymyksiä tehdesä ajattelin, että voisimmeko tutkia tällaista suurta aihetta, pysyisikö haastattelu hallinnassamme, kykenisimmekö analysoimaan kerättyä aineistoa? Epävarmuuteeni hälveni luettuani tutkimuksia ja käytyäni opettajien ohjauksissa. Tutkimuksen toteuttaminen oli mielestäni vaativa prosessi, sillä olimme kaikki kolme harjoittelupaikoissamme eri puo-

lilla kaupunkia ja saimme ajan haastatteluun sitä edeltävän arkipäivän iltapäivällä. Seuraava päivä oli pyhäpäivä, jolloin olimme kaikki kotona hoitamassa lapsiamme. Näistä syistä me kolme emme voineet tavata toisiamme ennen haastattelua. Keskustelimme puhelimella, miten toteutamme haastattelu.

Haastatteluvaiheessa meillä ei ollut korkeatasoisia haastattelutaitoja, koska meillä ei ollut aiempaa kokemusta haastattelun tekemisestä. Emme olleet myöskään valmistelleet haastattelua tarpeeksi aiemmin mainituista syistä. Onneksi meidän oma ammattilaisuutemme sairaanhoitajana omissa maissamme ja kokemuksemme auttoivat aikaansaamaan haastattelussa vuorovaikutusta.

Haastatteluun osallistui kolme kokenutta suomalaista sairaanhoitajaa. Ryhmähaastattelussa on haasteena hallita haastattelun kulkua pysymään meidän tutkimuksemme aiheessa.

Haastattelu tehtiin suomeksi ja siksi kesti aikaa selittää haastateltaville mitä me kysimme ja tarkoitimme kysymyksillämme. Kaikki haastattelun aineistot tallennettiin puheen tallentimella. Haastattelun kulku oli erittäin sujuvaa ja ilmapiiri oli miellyttävä, intiimi ja vapautunut.

Analyysivaihe vei erittäin paljon aikaa ja voimavaroja. Analyysivaihe oli sattumalta samaan aikaan kuin syventävän harjoittelutehtävän valmistautumisaika. Kun kaksi isoa tehtävää piti tehdä yhtä aikaa, oli se sekä fyysisesti, että henkisesti meille väsyttävää. Litteroinnin tekemisessä me tarvitsimme suomenkielisen avustajan kirjoittamaan haastattelun kirjalliseksi. Pelkistämis-, ryhmittely- ja abstrahointiprosessissa huomasimme, että tutkimuksemme toi paljon uusia ideoita aiheeseemme toimiva, tukeva hoitoympäristö.

Tutkimuksemme tulokset herättivät uudelleen mielenkiintoni tähän aiheeseen. Välillä epäilin, menikö meidän haastattelumme pilalle? Nyt tiedän, että haastattelumme on onnistunut ja me saimme siitä paljon arvokkaita vastauksia ja ideoita. Koska minulla ei ollut aiempaa kokemusta tällaisesta tutkimuksesta, minulla on ollut epäilyksy koko tutkimuksen ajan siitä, teenkö sitä oikealla tavalla? En ollut koskaan varma siitä mitä teen, vaikka olisinkin lukenut kuinka paljon tutkimusmenetelmästä.

Tämän tutkimuksen kokonaisuuden vuoksi, jouduin lukemaan valtavan määrän kirjoja. Oli erittäin vaikea ymmärtää, mitä kirjoissa sanottiin ja se vei paljon aikaa ja voimavaroja. Se paransi kuitenkin suomen kielen taitoani, erityisesti terveydenhuollon alaan liittyvää sanaston osalta. Olen samalla myös oppinut tutkimuksen tekemisestä, tietokoneen käytöstä ja vuorovaikutuksesta tutkimuksen tekijöiden kesken. Vuorovaikutus on yksi sairaanhoitajan tärkeimmistä ammattitaidon osa-alueista, sekä potilaiden, että työyhteisön kanssa. Tässä tutkimusprosessissa jokainen meistä oli vastuussa itselleen jaetusta työn osuudesta. Meidän piti myös osata pyytää apua, jos itse ei pystynyt tekemään omaa osuuttaan. Lisäksi meidän piti osata auttaa toisiamme työryhmämme sisällä. Nämä ovat kaikki sairaanhoitajan ammattitaidossa erittäin keskeisiä kykyjä.

Tämän opinnäytetyön antamien kokemusten kautta, olen varma, että voin käyttää niitä hyödyksi työelämässäni tulevaisuudessa.

LÄHTEET

- Aejmelaesus, Riitta. 2007 Erikoistu vanhustyöhön: osaamista hyvään arkeen: Porvoo, Helsinki: WSOY Oppimateriaalit
- Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007. Muistioireinen ihminen. Teoksessa Liisa Sievänen, Markku Sievänen, Katariina Välikangas & Ulla Eloniemi-Sulkava Opas ikääntyneen muistioireisen kodin muutostöihin. Ympäristöministeriö, 7–11.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi 2001 Dementoituvan hoitopolku. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2000: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoitajakutsu 2012. Turvallinen ympäristö muistisairaille asukkaille. Tietoteknisten oheislaitteiden esittelysivusto. Viitattu 10.10.2011.
<http://hoitajakutsu.fi/turvallinen-ymparisto-muistisairaille-asukkaille>.
- Inkinen, Marita 2000. Fysioterapian mahdollisuudet dementoituvien hoidossa. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Vuotilainen (toim.) Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Helsinki: Kirjaryhmä, 25, 30.
- Isola, Arja 1997. Dementoituvan haasteellisen käyttäytymisen kohtaaminen. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä, 107–110.
- Juva, Kati; Valvanne, Jaakko & Voutilainen, Päivi 2001. Dementiapotilaan laitoshoido. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Koskinen, Simo, Aalto, Leena & Hakonen, Sinikka, Päivärinta, Eeva 1998. Vanhustyö. Vanhustyön keskusliitto.
- Kotilainen, Lauri 2003. Parempi lehtijuttu. Helsinki: Inforviestintä.
- Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

- Kyttälä, Sini 2008. Dementiaosaston henkilökunnan näkemyksiä asukkaiden fyysistä aktiivisuutta tukevasta ja toimintakykyä edistävästä ympäristöstä. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia, Opinnäytetyö.
- Mayring, Philipp 2000. Qualitative Content Analysis. Forum: Qualitative Social Research. Volume 1, No. 2, Art. 20 / 2000,
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.
- Ranne, Reetta-Johanna 2008. Dementiaryhmäkodin hoitotyön toimintatilanteita tukeva työympäristö. Teknillinen korkeakoulu, Diplomityö.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV – Menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkojulkaisu. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietarkisto. Viitattu 20.1.2012. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.
- Sandelowski, Margarete & Barroso, Julie 2002. Reading qualitative studies
- Suomen dementiahoitoyhdistys 2007. Dementoituneen hoito dementiayksikössä. Suomen muistiasiantuntijat. Viitattu 10.01.2012. http://www.muistiasiantuntijat.fi/page.php?page_id=32
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Viitakoski, Kaija; Qvick, Leena; Isola, Arja & Voutilainen, Päivi 1998. Hyvän hoidon edellytykset suomalaisissa dementiayksiköissä. Teoksessa Parviainen T, toim. Näkökulmia vanhusten hoitotyöhön. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Viramo, Petteri & Frey, Harry 2001. Dementian terveystaloustieteellinen merkitys. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.
- Viramo, Petteri & Sulkava, Raimo 2001. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne, Kari Alhainen & Hilikka Soininen (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim, 20–36.
- Viramo, Petteri 1997. Muistihäiriöt ja dementia. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä, 12–15.
- Voutilainen, Päivi & Heimonen, Sirkkaliisa 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.
- Voutilainen, Päivi 1997a. Dementoituvan erityispiirteet huomioon ottava fyysinen ympäristö. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä

- Voutilainen, Päivi 1997b. Dementoituvan oikeudet – itsestäänselvyys vai hyvinvointiyhteiskunnan akilleenkantapää? Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä
- Voutilainen, Päivi 1997c. Dementoituvien oikeuksien toteutumisen mahdollistava hoitotyön toimintamalli. Teoksessa Sirkkaliisa Heimonen & Päivi Voutilainen (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Helsinki: Kirjayhtymä
- Vuori, Ulla & Heimonen Sirkkaliisa (toim.) 2007. Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Perusoppaat 4/2007.

LIITE 1: Tutkimus kysymykset

1. Miten hoitoalan koulutus ja ammattitaito vastaavat työhaasteisiin tällä hetkellä?

- Ovatko tietosi mielestäsi ajan tasalla? Onko ammattitaitosi riittävä osaston hoitotyöhön?
- Miten saat uutta tietoa hoitotyöhön?
- Miten on määritelty tai kuka on määritellyt osaston hoitotyön arvot ja periaatteet?
- Kuvaille omin sanoin Kontulan vanhustenpalvelukeskus?

2. Miten (sairaalan) hoitajien määrää (esim. hoitaja per potilas) vaikuttaa potilaiden/ asiakkaiden hoitoon osastolla?

- Millainen on henkilökunnan vaihtuvuus ja miten se vaikuttaa asiakkaan hoitoon?

3. Millainen on tukeva ja toimiva hoitoympäristö osastolla?

- Kuvaille omin sanoin Kontulan vanhustenpalvelukeskusta?
- Asiakkaiden määrää osastolla? Kuinka monta 1hh ja 2hh tai muut asumismuodot?
- Kuvaile omin sanoin osaston ilmapiiriä?
- Minkälainen fyysinen ympäristö tukee muistihäiriöistä asukkaita? Kuinka hyvin toteutuu tilan käytettävyys ja ergonomia osastolla?
- Mikä on apuvälineiden tilanne osastolla?

LIITE 2: Sisällönanalyysi taulukko

| Alkuperäisilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|--|------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Ulko-ovet ovat lukittuina ja niiden avaamiseen tarvitaan sormenjälki ja koodi. | Lukitus | Turvallisuutta edistävät tekijät | Fyysinen ympäristö |
| Meillä on sängyssä anturat, jotka kertovat liikkuuko potilas vai onko hän nukkumassa. Antura on patjan alla ja hälyttää kun vuoteelta nousetaan pois. Hälytysmatto on samanlainen, mutta se on sängyn vieressä ja hälyttää kun matolle astutaan. Nämä ovat uusia laitteita ja yöhoitajille käytännöllisiä. He näkevät taukahuoneen monitorilta, kuka on noussut sängystään. | Hälytys | | |
| Meillä on tosi tilavat käytävät. Kyllä, apuvälineet hyvin mahtuu. Kaikilla osastoilla on pääasiassa yhden hengen huoneita ja vain joitakin kahden hengen huoneita. | Tila | | |
| Hyvät modernit apuvälineet ja kuntoutusvälineet. MU-lift:iä, motomed-pyörää jne. | Apuvälineet | | |
| Meillä koko talossa kahvat käytävissä ja vessoissa punaisen väriset, jotta ne olisi helppo huomata. | Huomiota herättävä värit | | |
| Varahenkilöstöjärjestelmä on luotu tietokoneelle. | Henkilökunnan puutteen korvaaminen | | |
| Mutta meillä oven hälytys ei aina ole toiminut. | Hälytys | | |
| Asukas saattaa päästä hissillä ulos asti. Osaston ulkopuolella on vaikea erottaa asiakasta omaisesta | Oven valvonta | Turvallisuutta estävät tekijät | |

| Alkuperäisilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|---|---|--------------------------------|----------------------|
| Joskus on kaikilla osastoilla potilaita ylipaikoilla. Silloin saatamme laittaa yhden hengen huoneeseen kaksi tai jopa kahden hengen huoneeseen kolme potilasta | Ahtaus | Turvallisuutta estävät tekijät | Fyysinen ympäristö |
| <p>Varahenkilöstöjärjestelmä on lähes aina täyteen varattu.</p> <p>Varahenkilöstöä ei saisi varata etukäteen, sen pitäisi olla käytettävissä äkillisissä poissaolotapauksissa.</p> <p>Varahenkilöstöjärjestelmä ei toimi.</p> | Henkilökunnan puute | | |
| <p>Meillä ainakin täällä Kontulassa on kovasti koulutusta.</p> <p>Meillä on moniammatillinen työyhteisö, joka juostava ja vaihtuvuutta.</p> <p>Fysioterapeuteilta saa tosi paljon apua. Emme usein tiedä mikä olisi jollekin potilaalle avuksi ja kysymme fysioterapeutilta, joka heti osaa antaa oikean apuvälineen.</p> | Henkilökunnan asiantuntijuus- ja ammattilaisuus | Psyykkisen turvallisuus | Psyykkinen ympäristö |
| Varahenkilöstöjärjestelmä on luotu tietokoneelle | Henkilökunnan määrä | | |

| Alkuperäisilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|--|--|---|----------------------|
| <p>Jos on vähemmän hoitajia, niin silloin on kiireisempää.</p> <p>Kyllä meidän osastolla saatetaan jättää joku sänky nostamatta, kun tiedetään että iltavuorosta tulee kiireinen.</p> | Kiireisyys | Psyykkistä turvallisuus estävät tekijät | Psyykkinen ympäristö |
| <p>Meidän osastollamme on vaihtuvuus ollut erittäin suuri.</p> <p>Muistisairaat asukkaat erityisesti tarvitsisivat turvallisuutta, jonka tutut hoito-otteet tuovat.</p> <p>Heille pysyvyys loisi turvallisuutta.</p> | Henkilökunnan vaihtuvuus | | |
| <p>Se on hankalaa, kun on juuri saanut opetettua uuden hoitajan ja kun hän osaisi tehdä työt, niin hän lähtee pois.</p> <p>Työkaverit ovat täällä huonommin koulutettuja, kuin mihin olen tottunut.</p> <p>Esimerkiksi potilaille on tullut haavoja, mikä aina kertoo hoidon huonosta tasosta. Hoito ei saa antaa haavoja.</p> | Henkilökunnan asiantuntijuus ja ammattilaisuus | | |

| Alkuperäisilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Pääluokka |
|---|--|---------------------------------|--------------------------|
| <p>Yrittäjyys. Tämä tulosvastuullisuuden mukana me muutamme.</p> <p>On se vaikeaa mieltää omaa työtään yrittäjyydeksi.</p> <p>Taloudellista ajattelua.</p> | Yrittäjyys | Hoidon laatu estävät tekijät | Sosiaalinen Ympäristö |
| <p>Haluaisin sairaanhoidollisempaa työtä. Kaikki hyvä koulutus tuntuu välillä menevän hukkaan, kun siivoaa lattiaa täällä.</p> <p>Teemme niin paljon perushoitoa, kaikki paperityö tulee tehtyä huonosti. Emme ehdi tehdä sitä kunnolla. Se harmittaa itse, että joutuu tekemään huonosti.</p> | Henkilökunnan motivaatio | | |
| <p>Tuntuu pahalta, kun olen itse ollut poissa ja palatessani huomaa, että työkaverit ovat tehneet sellaisia ratkaisuja, joita omasta mielestä ei saisi tehdä.</p> <p>Kun on menettänyt työkaverinsa luottamuksen, vie pitkän aikaa ennen kuin sen saa takaisin.</p> | Työyhteisön sisäinen luottamus suhde | | |
| <p>Me tarvitsemme työohjausta.</p> <p>Jos se vain toimisi.</p> <p>Meillä on työnojausta tyhmissä, ainakin tänä vuonna. Osastohoitajat saattavat saada ohjausta yksilöllisesti.</p> <p>Yksilöllistä työnojausta tarvitsisivat myös hoitajat.</p> <p>Sitä olisi tarvittu myös aikaisemmin, kun mikään ei toiminut jossain vaiheessa.</p> <p>Osastonhoitajalla on suuri merkitys henkilökunnan välisissä ongelmissa.</p> | <p>Henkilökunnan hyvinvointi</p> <p>Osaston hallinto</p> | | Kehittämish haasteet |