



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Laura Haapaniemi ja Essi Jokinen

IKÄÄNTYNEIDEN KUNTOUTUMISTA
EDISTÄVÄN TOIMINNAN TOTEUT-
TAMINEN

Sosiaali- ja terveysala
2014

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Laura Haapaniemi ja Essi Jokinen
Opinnäytetyön nimi	Ikääntyneiden kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen
Vuosi	2014
Kieli	suomi
Sivumäärä	45 + 1 liite
Ohjaaja	Helena Leppänen

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamista Vaasan kaupungin erilaisissa hoitoyksiköissä. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella kuntoutumista edistävän toiminnan ajankohtaa. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin millaista kuntoutumista edistävää toimintaa hoitajat toteuttivat yksikössä aamupäivän aikana ja millaista toimintaa iltapäivän aikana. Tutkimuksen aihe perustui Katja Vertasen (2012) pro gradu –tutkimukseen ”Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote: havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi”. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa hoitajien toteuttamasta ikääntyneiden kuntoutumista edistävästä toiminnasta ja sen toteutumisesta käytännössä.

Tutkimus oli määrällinen eli kvantitatiivinen ja aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia. Havainnot kirjattiin strukturoituun havainnointilomakkeeseen. Tähän tutkimukseen havainnoituja asiakkaita otettiin neljästä eri koti- ja laitoshoidon yksiköstä ja havainnoiteja tehtiin 33 asiakkaasta.

Teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan ikäihmistä ja vanhenemista, toimintakykyä ja sen mittaamista ja säilyttämistä sekä kuntoutumista edistävää työtettä ja geriatria kuntoutusta. Aineistoa haettiin luotettavista tietokannoista sekä alan kirjallisuudesta.

Suurin osa (30 %) hoitajien toteuttamista kuntoutumista edistävästä toiminnasta oli hoitajien hoitoa ja hoivaa, kuten erilaisia hoitotoimenpiteitä ja WC:ssä avustamista. Suurin osa (77 %) päivän toiminnasta oli asiakkaiden itsenäistä toimintaa. Kuntoutumisen edistämistä toteutettiin yksiköissä moniammatillisesti. Aamupäivällä toteutettiin suurempi osa koko päivän toiminnasta (53,8 %). Tulokset osoittivat, että iltapäivän kuntoutumista edistävissä toiminnissa korostuvat enemmän mm. keskustelu ja läsnäolo, kun aamupäivän toiminnot olivat suurimmilta osin (39 %) hoitajien hoitoa ja hoivaa.

ABSTRACT

Authors	Laura Haapaniemi and Essi Jokinen
Title	Promoting the Rehabilitation of Elderly People
Year	2014
Language	Finnish
Pages	45 + 1 Appendix
Name of Supervisor	Helena Leppänen

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the rehabilitation nursing in different treatment units in Vaasa. A further purpose was look at the time of the day of the rehabilitation implementation. This thesis examines what kind of rehabilitation nursing was carried out by the nurses in the morning versus in the afternoon. The topic of the thesis related to Katja Vertanen's (2012) pro gradu –study "Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote: havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi". The aim of the thesis was to produce information about how nurses promoted the rehabilitation of the elderly and how the rehabilitation nursing was implemented.

The study was quantitative and the observation was used as a data collection method. The observations were documented in a structured observation form. In this study the observations were collected in four different treatment units and the observations were made with 33 clients.

The theoretical frame deals with the elderly people and ageing, the functional ability, measuring and maintaining it, the rehabilitative approach in nursing and geriatric rehabilitation. The material was gathered using reliable databases and literature.

Most (30 %) of the rehabilitation nursing consisted of nursing and care like different kind of nursing procedures and helping in the toilet. Most of the activities of daily living (77 %) were performed by the clients independently. Rehabilitation was implemented as multi-professional cooperation. Most of the rehabilitation (53,8 %) was carried out in the morning, the time before the noon. The results show that the emphasis in the afternoon was on discussions and being present whereas the mornings were used for performing different procedures.

Keywords	Elderly people, functional ability, geriatric nursing, rehabilitation, nursing
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	8
2	IKÄIHMINEN.....	9
	2.1 Vanheneminen	9
	2.1.1 Fyysinen vanheneminen.....	10
	2.1.2 Psyykinen vanheneminen.....	12
	2.1.3 Ikääntyminen ja kognitiiviset toiminnot	13
	2.1.4 Sosiaalinen vanheneminen	14
3	TOIMINTAKYKY.....	16
	3.1 Toimintakyvyn mittaaminen	17
	3.2 Toimintakyvyn säilyttäminen	19
	3.3 Kuntoutumista edistävä työote.....	20
	3.4 Geriatrinen kuntoutus.....	22
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	24
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	25
	5.1 Aineiston keruu.....	25
	5.2 Aineiston analysointi	27
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	29
	6.1 Taustakysymykset.....	29
	6.2 Kuntoutumista edistävä toiminta	31
	6.3 Hoitajien toteuttamien toimintojen ajankohta.....	33
	6.3.1 Kuntoutumista edistävä toiminta aamupäivällä	33
	6.3.2 Kuntoutumista edistävä toiminta iltapäivällä.....	34
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	35
8	POHDINTA.....	37
	8.1 Tulosten pohdinta.....	37
	8.2 Tutkimuksen eettisyys	39
	8.3 Tutkimuksen luotettavuus	40
	8.4 Jatkotutkimusaiheet.....	42

LÄHTEET.....	44
LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	Hoitoaika yksikössä.	s. 27
Kuvio 2.	Asiakkaiden ikä.	s. 27
Kuvio 3.	Kuntoutumista edistävää toimintaa toteuttavat ryhmät.	s. 28
Kuvio 4.	Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot kello 8-16 välisenä aikana.	s. 29
Kuvio 5.	Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot aamupäivällä.	s. 32
Kuvio 6.	Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot iltapäivällä.	s. 32

LIITELUETTELO**LIITE 1. Havainnointilomake**

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden kuntouttaminen on tärkeä ja ajankohtainen aihe, josta käydään myös paljon keskustelua. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamista ja sen eroja aamu- ja iltapäivän välillä. Aamu- ja iltapäivä toimivat vertailukohteina siksi, että hoitajien toteuttaman kuntouttamista edistävän toiminnan kannalta iltapäivä on otollinen aika: tällöin hoitajia on paikalla sekä aamu-, että iltavuorosta ja hoitajaresurssit ovat tällöin parhaimmillaan.

Tutkimus perustuu koti- ja laitoshoidon kolmivuotiseen täydennyskoulutuksen havainnointihankkeeseen, joka toteutettiin keväällä 2012. Hankkeen tarkoituksena oli selvittää koti- ja laitoshoidossa olevien päivärytmiä ja sitä, miten he päivän viettävät (Vertanen 2012). Hankkeessa olivat mukana Vaasan ammattikorkeakoulun toisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijat, jotka havainnoivat Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon eri yksiköissä ikäihmisiä kahtenatoista eri päivänä, 8 tuntia päivässä. Hankkeen tulokset on raportoitu Katja Vertasen (2012) pro gradu – tutkielmassa ”Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote – havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi”.

Opinnäytetyön tekijät olivat itse mukana havainnoimassa koti- ja laitoshoidon asiakkaita. Aiheen valintaan vaikuttikin se, että havainnoinnin aikana huomattiin, että ikäihmisten kuntouttamisessa olisi paljon kehitettävää ja siihen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Myös aikaisempi työkokemus ikääntyneiden hoitotyöstä vaikutti aiheen valintaan.

Tämän tutkimuksen näkökulmana toimii kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisen tarkastelu aamu- ja iltapäivän välillä. Tässä opinnäytetyössä aamupäivällä tarkoitetaan kello 8-12 välistä aikaa ja iltapäivällä aikaväliä 12-16.

2 IKÄIHMINEN

Ikääntyminen on yksilöllistä, joten sille on vaikea määritellä tarkkaa alkamisikää. Ikääntyneen määrittelyssä perustana voidaan käyttää esimerkiksi tilastoja tai lakeja. Suomessa tilastollisesti ikääntyneiksi luokitellaan yli 65-vuotiaat. (Leino-Kilpi 2012, 277.)

Hyttisen (2010, 43-44) mukaan ikääntyneistä puhuttaessa voidaan käyttää monia erilaisia käsitteitä, kuten esimerkiksi vanhus, seniori tai ikäihminen. Käsitteen valinta on haasteellista, sillä mikään yksittäinen käsite ei välttämättä riitä kuvaamaan koko joukkoa. Peter Laslett (2008) jakaa ihmisen iän neljään eri kauteen. Näistä kausista kolmas käsittää ikävuodet 65-80, jolloin työelämä on jo takana ja tässä iässä keskitytään oman hyvinvoinnin edistämiseen. Tämän jälkeen tulee neljäs ikävaihe, eli Laslettin mukaan varsinainen vanhuus. (Hyttinen 2010, 43-44.)

2.1 Vanheneminen

Ikääntyneiden määrä lisääntyy jatkuvasti, ja ikärakenteen painopiste siirtyy vanhempiin ikäluokkiin. Tämä tuo omia haasteitaan sosiaali- ja terveysalalle ja tulevaisuuden hoitajien geriatriin osaaminen onkin yhä tärkeämpää. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 273.)

Vanhenemiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Väistämättömän biologisen vanhenemisen lisäksi tärkeässä asemassa on myös ihmisen elintavat ja hänen terveyskäyttäytymisensä. Myös esimerkiksi työolosuhteiden sekä elinolosuhteiden vaikutukset alkavat näkyä viimeistään ihmisen vanhetessa. (Lahelma 2000, 211.) Haukan, Kivelän, Medinan, Pyykön & Vehviläisen (2005, 22) mukaan elintavat ja -olosuhteet vaikuttavat ihmisen myöhäisen iän terveyteen geneettistä perimää merkittävämmiin.

Nykyään puhutaan myös hyvän vanhenemisen käsitteestä. 2000-luvulla on nousut esille käsite ”healthy ageing”, eli terve vanheneminen. Terveen vanhenemisen käsitteellä tarkoitetaan sitä, että ikääntyville annetaan mahdollisuuksia ylläpitää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttään. Näin ikääntyneille mahdollistetaan aktiivinen osallisuus yhteiskunnassa sekä mahdollisuus hyvään elämänlaatuun.

(Lyyra 2007, 24-25.) Myös World Health Organization (WHO) puhuu ”active ageing” –käsitteestä, jonka mukaan vanheneminen on aktiivinen prosessi (Laurell, Nordman & Suvikas 2011, 314). Tässä opinnäytetyössä tarkastelemme vanhene- mista kolmesta eri näkökulmasta: fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta.

2.1.1 Fyysinen vanheneminen

Ikääntymiseen liittyviä fyysisiä muutoksia alkaa tapahtua hiljalleen. Fyysiset muutokset ovat yleensä palautumattomia muutoksia, jotka johtavat toiminta-, sekä puolustuskyvyn heikkenemiseen. Fyysinen vanheneminen tarkoittaa elintoiminto- jen hidastumista, jolloin liikkuminen alkaa vaikeutua ja fyysinen suorituskyky heikkenee. (Hytinen 2010, 47-48.) Fyysiset muutokset ovat yksilöllisiä, mutta väistämättömiä. Fyysisen vanhenemisen tuomia elimistön toimintaa heikentäviä muutoksia voidaan hidastaa esimerkiksi terveellisiä elintapoja noudattamalla. (Haukka ym. 2005, 25.)

Vanhetessa ihmisten aistitoiminnot kokevat muutoksia. Näitä aistitoimintoja ovat näkö-, kuulo-, maku- ja hajuaisti. Maku- ja hajuaistin muutoksista johtuen ikään- tyvän ihmisen ruokahalu saattaa heiketä ja tästä saattaa aiheutua ruokahalutto- muutta. (Haukka ym. 2005, 23.) Iän myötä kuulo heikkenee, jolloin voidaan pu- hua presbyacusista eli ikähuonokuuloisuudesta. Ikähuonokuuloisuudessa on kyse korvan aistin- ja hermosolujen ikääntymisestä johtuvasta rappeumasta. Tämän tarkkaa aiheuttajaa ei tiedetä, mutta tiedetään kuitenkin, että perinnöllisillä teki- jöillä sekä sisäkorvan verenkierrolla on osasyynsä. Myös melu voi olla ikään- tyneiden kuulon heikkenemisen syynä. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 147-148.)

Myös näön heikkeneminen on yksi merkittävä iän tuoma fyysinen muutos. Van- heneminen aiheuttaa muutoksia silmän mykiössä, joka taas johtaa lähinäön huo- nonemiseen (Haukka ym. 2005, 23). Ikään saattaa liittyä myös erilaisia silmäsai- rauksia, jotka aiheuttavat näöntarkkuuden heikkenemistä. Yleisimpiä näistä ovat esimerkiksi ikään liittyvä silmänpohjanrappeuma, silmäpainetauti eli glaukooma sekä harmaakaihi. Myös diabetes on merkittävä tekijä, joka voi aiheuttaa muutok- sia silmässä ja täten näön heikkenemistä. Näöntarkkuuden vaihtelua voi aiheuttaa myös kuivasilmäisyys, joka on varsin yleinen iäkkäiden vaiva. Sen syntyyn voivat

vaikuttaa monet tekijät, kuten esimerkiksi kyynelneesten vähentyminen, hormonaaliset muutokset sekä lääkitys. (Lupsakko & Ikäheimo 2008, 152-160.)

Ikääntyminen tuo muutoksia myös luihin, lihaksiin ja niveliin. Ikääntyneillä luut murtuvat herkemmin ja niiden parantumiskyky on heikentynyt. Jaatisen ja Raudasojan (2007, 280) mukaan ikäihmisten yleisimpiä murtumia ovat esimerkiksi ranteen sekä reisiluun kaulan murtumat. Kalsiumin ja D-vitamiinin saanti on luuston kunnon kannalta tärkeää, sillä vahva luusto kestää murtumia paremmin esimerkiksi kaatumistilanteissa (Hyttinen 2010, 49). Tuki- ja liikuntaelinten muutokset altistavat ikääntyneet usein kaatumiselle. Yli puolet laitoksissa asuvista ikääntyneistä kaatuu vuosittain ja yli 80-vuotiailla merkittävin syy kaatumiselle löytyy yleensä vanhenemisen tuomista muutoksista eli esimerkiksi heikentyneestä lihasvoimasta. Ikääntyneiden kaatumiselle voidaan kuitenkin löytää myös ulkoisia tekijöitä, kuten esimerkiksi liukkaat pinnat tai hämärä valaistus. Yleensä kaatumiselle ei löydykään yhtä selittävää tekijää, vaan se johtuu monista eri syistä. (Hyttinen 2010, 48.)

Myös sydän- ja verenkiertoelimistö muuttuvat ikääntymisen myötä. Sydän ja verenkiertoelimistön sairaudet ovatkin yleisin kuolinsyy yli 70-vuotiailla suomalaisilla. Näistä sairauksista iäkkäillä yleisimmin esiintyviä ovat sepelvaltimotauti sekä sydämen vajaatoiminta. Ikääntyminen vaikuttaa etenkin verisuonten seinämien paksuuntumiseen sekä sydämen maksimaaliseen suorituskykyyn. Verisuonten paksuuntuminen ilmenee etenkin systolisen verenpaineen kohoamisena. (Kettunen 2008, 31-33.) Monet vanhukset kärsivät myös ortostaattisesta hypotoniasta, mikä tarkoittaa sitä, että verenpaine laskee rajusti vanhuksen noustua makuulta ylös (Haukka ym. 2005, 24).

Vanhetessa myös virtsarakko ja virtsatiet kokevat ikämuutoksia. Nämä muutokset voivat näkyä esimerkiksi altistumisena virtsankarkailulle. Ikääntyneiden miesten yleinen ongelma on suurentunut eturauhanen, joka tuo vaikeuksia virtsaamiseen. Virtsarakon tilavuus pienenee ja sen lihakset voivat veltostua ikääntyessä. Myös sitä ympäröivät kudokset saattavat veltostua. Tämä aiheuttaa sen, että ikääntyneen rakko ei välttämättä tyhjene kerralla kunnolla, vaan sinne jää residuaali-, eli jäänösvirtsaa. (Haukka ym. 2005, 25.)

Myös iho, hampaat ja suu muuttuvat ikääntymisen myötä. Suun alueelle muodostuu usein ryppyjä ja poimuja, sillä iäkkään ihon kimmoisuus ja ihonalaisrasva vähenevät. Myös kasvojen ja leuan muodot kokevat muutoksia, joita varhainen hampaiden menettäminen yleensä aikaistaa ja nopeuttaa. Hampaiden kuluminen liittyy ikääntymiseen ja se onkin usein selvästi havaittavissa hampaiden purupinnan kiilteessä olevista kuopista, joiden pohjalla erottuu kellertävämpi hammasluu. Iäkkäällä esiintyy usein suun sairauksia, joista yleisimpiä ovat ientulehdus sekä hampaiden reikiintyminen. (Hämäläinen & Komulainen 2008, 231-233.) Huomiota kiinnittäminen ikäihmisten suun hyvinvointiin onkin yksi tärkeä osa hoitotyötä.

2.1.2 Psyykkinen vanheneminen

Psyykkisellä vanhenemisella tarkoitetaan usein kehittymistä sekä siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Psyykkisen vanhenemisen käsitteeseen voidaankin liittää käsitteet minäkuva, identiteetti sekä persoonallisuus. Ikäihmisen psyykkisen vanhenemisen keskeinen osa onkin se, kuinka hän hyväksyy uuden elämänvaiheen ja sen tuomat muutokset. Vanhuus tuo mukanaan rajoituksia ja muutoksia esimerkiksi kehon rappeutuessa, ja ikääntyneen onkin tärkeää käydä läpi näiden muutosten mahdollisesti aiheuttama suru. (Haukka ym. 2005, 25-27.) Joillekin ikääntyneille elämän rajallisuuden ymmärtäminen tuo mukanaan mahdollisuuksia asennoitua elämään eri tavalla. Joillekin ikääntyminen taas tuo tullessaan onnettomuuden tunteen. (Heikkinen 2007, 131.)

Persoonallisuudella tarkoitetaan psyykkisten tekijöiden kokonaisuutta, joka jokaisella ihmisellä on yksilöllinen (Haukka ym. 2005, 26; Hervonen, Kuure & Pohjolainen 1998, 115). Persoonallisuuden ja ikääntymisen välisestä suhteesta on olemassa monenlaisia tutkimustuloksia, mutta koko elämän kestävästä persoonallisuuden muuttumisesta ei ole yhtenäistä kuvaa. Tämä johtuu osittain siitä, että persoonallisuus on käsitteenä vaikea ja moniselitteinen. (Hervonen ym. 1998, 115.)

On kuitenkin olemassa teorioita, joiden avulla on pyritty selittämään persoonallisuuden ja ikääntymisen välistä yhteyttä. Tunnetuin näistä teorioista lienee Erik H. Eriksonin kahdeksan iän teoria. Tämän teorian mukaan ihmisen persoonallisuuden kehitys jakaantuu kahdeksaan eri vaiheeseen, joista kahdeksas eli viimeinen on

vanhuus. (Hervonen ym. 1998, 115-116.) Dunderfelt (1999) on todennut, että joksaiseen vaiheeseen liittyy kehityskriisi, jonka työstämisen myötä tapahtuu kehitystä ihmisen persoonallisuudessa (Kuuskeri 2012, 12).

Minäkuvalla tarkoitetaan ihmisen omaa käsitystä siitä, millaiseksi ihmiseksi hän itsensä tuntee. Stuart-Hamilton (1996) on todennut, että ihmisen minäkuva muuttuu ikääntyessä. Ikääntyneet kokevatkin itsensä usein arvottomiksi. Tähän vaikuttaa usein erilaiset muuttuvat elämäntilanteet, kuten eläkkeelle tai leskeksi jääminen sekä kehon rappeutuminen. Muutokset kehossa sekä heikentyneet aistitoiminnot saavat ikääntyneen tuntemaan itsensä heikoksi ja riippuvaiseksi muiden avusta. (Haukka ym. 2005, 27.)

2.1.3 Ikääntyminen ja kognitiiviset toiminnot

Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan ihmisen kykyä tehdä havaintoja, ajattelua, muistia, kielellisiä toimintoja sekä oppimista. Kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuu muutoksia ihmisen ikääntyessä. Esimerkiksi aisteissa ikääntymisen myötä tapahtuvat muutokset ovat oleellisesti yhteydessä kognitiiviseen toimintakykyyn. Etenkin näön ja kuulon muutokset vaikuttavat ikääntyneen kykyyn havainnoida aistien kautta. (Ruoppila & Suutama 2007, 116-117.)

Muutokset kognitiivisissa toiminnoissa tapahtuvatkin yleensä eri aikoihin ja ovat suuruudeltaan hyvinkin erilaisia. Ikääntyminen aiheuttaa yleensä ensimmäisenä muutoksia joustaviin kykyihin. Esimerkiksi suoritusnopeutta vaativissa tehtävissä vanhenemismuutokset huomataan ensimmäisenä, kun taas kielellisten taitojen käytössä muutokset saattavat tulla esille varsin myöhään. (Ruoppila & Suutama 2007, 116-117.)

Muisti voidaan jakaa pitkäkestoiseen ja lyhytkestoiseen muistiin. Näillä kahdella on lisäksi alalajeja. Lyhytkestoinen muisti jaetaan työmuistiin ja toistomuistiin, pitkäkestoinen taas episodiseen muistiin, semanttiseen muistiin sekä proseduaaliseen muistiin. (Haukka ym. 2005, 28.) Ikääntyminen vaikuttaa heikentävästi etenkin työmuistiin sekä episodiseen muistiin. Työmuistin avulla asioita pidetään muistissa väliaikaisesti ja samalla niitä voidaan vertailla pitkäkestoisesta muistista

mieleen palautettaviin jo aiemmin hankittuihin tietoihin. Episodisella muistilla taas tarkoitetaan tapahtumien muistamista (Haukka ym. 2005, 28; Ruoppila & Suutama 2007, 117.) Normaaliin vanhenemiseen ei kuulu dramaattinen muistin huononeminen, vaan tällöin sen katsotaan johtuvan sairauden tai vamman aiheuttamasta muistiongelmasta. Muistisairauden havaitseminen saattaa usein olla haastavaa, sillä nykyään yhä useampi iäkäs asuu yksin, eikä lähipiirissä ole henkilöä, joka voisi havaita muistisairauden oireita. (Haukka ym. 2005, 29; Uusitalo 2013, 37.)

2.1.4 Sosiaalinen vanheneminen

Sosiaalinen vanheneminen on käsitteenä haastava. Sosiaalisen vanhenemisen käsitteellä tarkoitetaan niitä muutoksia, joita ihmisen ja hänen yhteisönsä sekä ympäristönsä väliset suhteet kokevat ihmisen ikääntyessä. (Haukka ym. 2005, 29.) Sosiaalista vanhenemistä leimaavat erityisesti ikääntyneen kokemat menetykset sekä roolien muuttuminen. Ikääntynyt saattaa menettää monia läheisiään ja ystäviään ja hänen roolinsa voikin yhtäkkiä muuttua esimerkiksi aviopuolisosta leskeksi. Roolien muuttuminen ja menetykset aiheuttavat muutoksia ikäihmisen sosiaalisessa verkostossa. (Tiikkainen 2007, 150.)

Esimerkiksi eläkkeelle jääminen on monelle ikääntyvälle merkittävä muutos sosiaalisessa roolissa; tällöin työrooli muuttuukin eläkeläisen rooliksi. Ikääntyneen sosiaalisen roolin muutosten taustalla voivat myös olla esimerkiksi iän tuomat muutokset toimintakyvyssä sekä yhteisön ja kulttuurin odotukset ikäihmisen sosiaalisesta roolista. (Kontula 2008, 242-243.) Ikääntyessä myös vuorovaikutussuhteiden muoto muuttuu ja ikääntynyt tulee valikoivammaksi sosiaalisia suhteita luodessaan. Tärkeänä sosiaalisissa suhteissa pidetään sitä, että apua ja tukea on mahdollista saada tarvittaessa. (Tiikkainen 2007, 150.)

Sosiaalista vanhenemistä voidaan tarkastella myös vuorovaikutusteorioiden kautta. Tunnetuimpia näistä teorioista ovat aktiivisuusteoria, irtaantumisteoria sekä jatkuvuusteoria. Aktiivisuusteoria korostaa ihmisen aktiivisuuden merkitystä myös vanhuusiällä. Myös sopeutumista roolimenetyksiin pidetään aktiivisuusteoriassa tärkeänä. Irtaantumisteoriassa ihminen ikääntyessään luopuu sosiaalisista

rooleistaan ja irtaantuu yhteiskunnasta ja sosiaalisista paineista. Ikääntynyt nähdään tässä teoriassa viisaana ja suurta elämäkokemusta omaavana jälkipolvien opastajana. Jatkuvuusteorian mukaan ihmisen tulee ikääntyessäänkin säilyttää elämäntylinsä samanlaisena, kuin aina ennenkin. Ikääntyminen edustaa jatkuvuusteoriassa aktiivista toiminnallisuutta. (Haukka ym. 2005, 30-31.)

3 TOIMINTAKYKY

Toimintakyky on ikääntymisen tärkein mittari, sillä ikääntyminen ja vanhenemismuutokset ilmenevät useimmiten ensimmäisenä muutoksina toimintakyvyssä (Haukka ym. 2005, 57). Toimintakykyä voidaan tarkastella joko jäljellä olevien voimavarojen kautta tai jo todettujen toiminnanvajausten kautta (Lyyra 2007, 21).

Toimintakykyyn liittyvät olennaisesti sekä fyysinen, psyykinen että sosiaalinen toimintakyky. Toimintakykyä voidaan arvioida esimerkiksi tarkastelemalla yksilön kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja arkiasioiden hoidosta. Näistä toiminnoista selviytyminen edellyttää sekä fyysistä, psyykkistä, että sosiaalista toimintakykyä. (Laukkanen 2008, 264.)

Toimintakyvyn eri osa-alueet saattavat olla haasteellisia erottaa toisistaan, sillä ne ovat osaksi hyvinkin päällekkäisiä, sekä vaikuttavat vahvasti toisiinsa. Fyysisen toimintakyvyn käsitteeseen katsotaan kuuluvaksi esimerkiksi tuki- ja liikuntaelimestön toimintakyky, hengityselimestön toimintakyky sekä sydän- ja verenkiertoelimestön toimintakyky. Tällöin toimintakykyä voidaan kuvata muun muassa kävelynopeutena, lihasvoimana, kestävyyttenä sekä uloshengityksen huippuvirtauksena. Psyykkiseen toimintakykyyn liitetään psyykinen hyvinvointi, depressio, yksinäisyyden tunne sekä erilaiset psyykkiset selviytymiskeinot. Sosiaalisella toimintakyvyllä tarkoitetaan yksilön ja ympäristön välistä vuorovaikutusta. Sosiaalisen toimintakyvyn edellytyksenä ovat muun muassa yhteisö sekä vuorovaikutuskyvyt. (Lyyra 2007, 21; Laurell ym. 2011, 82-85.)

Ikäihmisen toimintakyvyn arvioinnissa on tärkeä ottaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn lisäksi huomioon kognitiivinen toimintakyky. Kognitiivisella toimintakyvyllä tarkoitetaan esimerkiksi muistin toimintakykyä, hahmottamista sekä kielellisten toimintojen toimintakykyä. Ikäihmisten toimintakyvyssä myös yksi huomioitavista asioista on mahdollinen dementoiva sairaus, joka yleensä vaikuttaa toimintakykyyn merkittävästi. (Voutilainen 2009, 125.)

3.1 Toimintakyvyn mittaaminen

Toimintakyvyn arvioiminen ja mittaaminen vaativat eri osa-alueiden ammattilaisten asiantuntemusta, tietoa ja taitoa. Parhaimmillaan toimintakyvyn arvioinnissa otetaan huomioon ikäihmisen oma käsitys toimintakyvystään, hänen läheistensä käsitys sekä alan asiantuntijan arvio. Näitä arvioita tasapainottamalla saadaan käsitys ikäihmisen toimintakyvystä. Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen on siis moniammatillista yhteistyötä vaativa prosessi. (Voutilainen 2009, 130.)

Toimintakykyä voidaan mitata erilaisilla mittareilla. Yleisimmin käytetyissä mittareissa arvioidaan toimintakyvyn tärkeimpiä osa-alueita, eli fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja kognitiivista toimintakykyä. (Haukka 2005, 59.) Erilaiset mittarit eivät kuitenkaan koskaan riitä yksin kuvaamaan toimintakykyä. Lisäksi voidaan tarvita keskustelua ikäihmisen sekä hänen läheistensä kanssa. Haastattelu onkin yksi helpoimmista ja tietoa tuottavimmista toimintakyvyn arviointimenetelmistä. Toimintakyvyn mittaaminen tulisi suorittaa ikääntyneelle tutussa ympäristössä. (Laurell ym. 2011, 324; Voutilainen 2009, 130.) Ikäihmisten hoitotyössä ja kuntoutumisen edistämisessä avainasemassa on käsitys ikäihmisen toimintakyvystä, eli olemassa olevista voimavaroista sekä mahdollisista toiminnanvajauksista. Täten toimintakyvyn mittaaminen ja etenkin yleisimpien mittareiden tulisi olla tuttuja ikäihmisten hoitotyössä työskenteleville.

Toimintakyvyn mittaamisessa käytettävän mittarin valinta tulisi tehdä huolellisesti ja haasteena onkin se, että valitut mittarit ovat keskenään yhdenmukaisia (Laurell ym. 2011, 327). Yleisimpiä toimintakyvyn mittareita ovat ADL- ja IADL – indeksit sekä RAVA- ja RAI –testit. ADL, eli activities of daily living –indeksin on tarkoitus mitata ikäihmisen selviytymistä päivittäisistä toiminnoista ja IADL-indeksi (instrumental activities of daily living) mittaa sitä, miten ikääntynyt selviytyy päivittäisistä toiminnoista ja asioiden hoitamisesta omassa elinympäristössään. (Haukka 2005, 59-60.)

RAVA-indeksin avulla selvitetään ikääntyneen hoidontarve, eli RAVA-mittarilla saadaan hyvin tietoa siitä, mistä toiminnoista ikääntynyt selviytyy vielä itsenäisesti ja mihin hän tarvitsee apua (Haukka 2005, 61). Vaaraman ja Voutilaisen (2005,

15) tutkimuksen mukaan RAVA on palveluissa eniten käytetty toimintakyvyn mittari. RAVA-indeksiä käytetään etenkin omaishoitoon ja palveluasumiseen liittyvien päätöksentekojen tukena.

RAI-tietojärjestelmä (Resident assesment instrument) on Yhdysvalloissa kehitetty järjestelmä, jonka avulla voidaan selvittää ikäihmisen hoidon tarve ja täten laatia hänelle hoitosuunnitelman tavoitteet. RAI-testin avulla mitataan eri osa-alueita; muun muassa ikääntyneen ravitsemusta, ihon ja suun terveyttä, kuuloa, näköä ja kognitiivisia toimintoja. (Haukka ym. 2005, 60-61.) Dahlmanin ja Takasen (2009) tekemässä tutkimuksessa ilmeni, että suurin osa tutkimukseen osallistuneista ikäihmisten hoidossa esimiestehtävissä työskentelevistä oli saanut RAI-järjestelmä –koulutuksen, mutta lisäkoulutusta kaivattiin yhä. RAI-järjestelmän koettiin vaikuttavan myönteisesti henkilöstön sitoutumiseen toimintakykyä edistävään hoitotyöhön.

Fyysistä toimintakykyä voidaan mitata esimerkiksi Elderly mobility scale eli EMS-testillä tai lyhyttä fyysistä suorituskykyä mittaavalla testistöllä SPPB (short physical performance battery). Nämä testit antavat tärkeää tietoa ikäihmisen kyvystä liikkua itsenäisesti ja täten voidaan esimerkiksi ehkäistä kaatumisia. Molempia testejä voidaan käyttää moniammatillisesti ja etenkin SPPB on käytössä esimerkiksi kotihoidossa. (Laurell ym. 2011, 328-330.)

Yksi yleisimpiä ikäihmisten psyykkistä toimintakykyä selvittävästä mittareista on GDS (Geriatric depression scale). GDS-mittarilla pyritään havaitsemaan ikäihmisten mahdolliset masennuksen oireet. GDS-15 mittari sisältää 15 erilaista kysymystä, joihin tulee vastata kyllä tai ei. Masennukseen viittaavista vastauksista saa pisteen, ja mitä korkeampi pistemäärä esiintyy, sitä vahvemmin masennusoireita on havaittavissa. (Wongpakaran & Wongpakaran 2013).

Kognitiivista toimintakykyä mitataan yleisimmin käyttäen MMSE- tai CERAD – testejä. MMSE eli Mini-mental state examination on mittari, jonka avulla saadaan karkea käsitys ikäihmisen kognitiivisesta toimintakyvystä. MMSE:n kokonaispistemäärä on 30. Poikkeavan tuloksen rajana pidetään 24 pistettä. (Voutilainen 2009, 132-133.) CERAD (Consortium to establish a registry for Alzheimer's di-

sease) on Suomeen vuonna 1999 tullut tehtäväsarja, jolla selvitetään kognitiivisia toimintoja ja pyritään löytämään Alzheimerin taudin syntyyn viittaavat kognitiivisten toimintojen heikentymät. CERAD on luotettava ja sen avulla pystytään tunnistamaan lieviäkin kognitiivisten toimintojen muutoksia. (Hallikainen, Hokinan, Hänninen, Pirttilä, Pulliainen, Soininen & Sotaniemi 2012.)

3.2 Toimintakyvyn säilyttäminen

Toimintakyvyn säilyttäminen merkitsee toimintakyvyn ylläpitoa ja riskitekijöiden vähentämistä. Se voi myös merkitä toimintakyvyn palauttamista esimerkiksi kuntoutuksen avulla. Toimintakyvyn säilyminen takaa mahdollisimman hyvän itenäisen selviämisen arjesta sekä tukee ikääntyneen itsetuntoa. (Vähäkangas 2009, 145.)

Ikääntyneen toimintakyvyn säilyttämisen ja ylläpitämisen perusajatuksena ovat jo aiemmin elämässä opitut aktiiviset ja terveelliset elintavat. Myös myöhemmällä iällä parempaan suunnatuilla elämäntavoilla on merkittävä merkitys toimintakyvyn säilymisen kannalta. Fyysisen kunnon ylläpitäminen ehkäisee esimerkiksi tapaturmia ja kaatumisia ja täten mahdollistaa ikääntyneen selviytymisen pidempään ilman hoidollisia apukeinoja. Myös psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitäminen ovat ikääntyneille tärkeitä. (Helin 2008, 430-431.)

Lyyran ja Tiikkaisen (2007, 79, 83) mukaan sosiaalisella elämäntyyllillä ja ystävilä on myönteinen vaikutus ikäihmisen terveyteen ja pitkään elinikään. Sosiaaliset suhteet lisäävät ikääntyneen itsearvotusta sekä tarpeellisuuden tunnetta ja vaikuttavat täten olennaisesti myös psyykkisen sekä kognitiivisen toimintakyvyn säilymiseen.

Uudemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että harjoittelu vaikuttaa myönteisesti myös ikäihmisen kognitiiviseen toimintakykyyn. Harjoituksen on todettu vaikuttavan myönteisesti myös silloin, kun iäkkäällä on jo havaittu kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä. Esimerkiksi opiskelu on iäkkäille hyvä tapa säilyttää kognitiivinen toimintakyky. Tärkeimpiä ikäihmisen oppimisen onnistumisen edellytyksiä ovat kielteisten asenteiden ja pelkojen unohtaminen. Ikäihmiset tarvitse-

vat myös oppimiseen aikaa nuoria enemmän. (Ruoppila & Suutama 2007, 121-123.)

Erilaiset apuvälineet sekä kodin muutostyöt voivat korvata ikääntyneen toiminnanrajoitteita. Täten apuvälineet mahdollistavat monen ikäihmisen selviytymisen kotioiloissa pidempään. (Helin 2008, 430.) Apuvälineet tulisi valita ikäihmisen kokonaistilanne ja henkilökohtainen tarve huomioon ottaen. Tärkeää on myös pitää huoli siitä, että ikääntynyt on oppinut välineen oikeanlaisen käytön. (Valvanne 2001, 359.)

Pitkäaikaista laitoshoidtoa voidaan ehkäistä erityisesti hoitotyössä toteutettavalla kuntoutumista edistävällä työotteella. Tyypillistä on, että lieväkin heikkeneminen ikäihmisen toimintakyvyssä pahenee nopeasti. Toimintakykyä ylläpitävien ja kuntoutumista edistävien toimintojen tulisikin olla osa ikääntyneen jokapäiväistä hoitotyötä, sillä parina päivänä viikossa toteutettu kuntoutus ei välttämättä riitä ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitämiseksi. (Haukka ym. 2005, 63; Helin 2008, 432.)

3.3 Kuntoutumista edistävä työote

Kuntoutumista edistävällä työotteella tarkoitetaan toimintatapoja, joiden avulla edistetään ikäihmisten fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kuntoutumista, tuetaan itsenäistä selviytymistä sekä elämänhallintaa (Laurell ym. 2011, 335). Kuntoutumista edistävän työotteen kanssa varsin läheisesti käytetään käsitettä kuntouttava työote. Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä kuntoutumista edistävä työote, sillä se käsittää enemmän hoitajien hoitotyössä toteuttamia toimintoja, kun taas kuntouttava työote pitää sisällään myös muiden ammattiryhmien, kuten fysioterapeuttien tekemät toiminnot. Holmin (2012, 26) tutkimuksessa vanhustenhoidon parissa työskentelevät itse kuvasivat kuntoutumista edistävää työotetta yhtenä osana kuntouttavaa työotetta.

Holmin (2012, 26-28) tutkimuksen mukaan hoitajat itse käsittävät kuntoutumista edistävän työotteen asiakkaan neuvontana, ohjauksena ja kannustuksena sekä voimavaralähtöisenä toimintatapana. Kuntoutumista edistävän toiminnan käsitetään koostuvan pienistä arjen toiminnoista. Tärkeintä onkin tunnistaa ikääntyneen

ja hänen lähiympäristönsä voimavarat ja hyödyntää niitä. Täten saadaan ikääntyneet motivoitumaan omaan kuntoutumiseensa. (Laurell ym. 2011, 335.)

Kuntoutumista edistävää työtettä voidaan tarkastella myös hoitajan eri roolien kautta. Hoitajalla voidaan ajatella olevan sekä auttajan, että opettajan rooli. Resnickin (2002) mukaan auttajan roolissa hoitajan tehtävänä on huolehtia ikäihmisen perustarpeista. Tällöin tärkeää on muistaa se, että ikääntyneelle annetaan riittävästi aikaa suoriutua toiminnoista ja huomioidaan hänen kykynsä. (Vähäkangas 2009, 154). Myös Holmin (2012, 35) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat pitävät tärkeänä sitä, että kannustetaan ikäihmistä toimimaan omien voimavarojensa mukaan itsenäisesti, vaikka se veisikin enemmän aikaa. Tärkeää on, että hoitajat eivät tee toimintoja automaattisesti ikääntyneen puolesta.

Hoitajalla voidaan ajatella olevan myös opettajan rooli, joka korostuu etenkin silloin, kun ikääntyneen toimintakyvyssä on tapahtunut äkillisiä muutoksia. Tällöin tarvitaan uusia toimintamalleja ja esimerkiksi apuvälineitä. (Vähäkangas 2009, 154-155.)

Kuntoutumista edistävän työotteen onnistuminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä sekä yhteisesti laadittua tavoitteellista toimintaa (Laurell ym. 2011, 342). Muita edistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi henkilöstön asiantuntijuus ja sitoutuminen, tarvittavat apuvälineet sekä toimintaympäristö. Myös omahoitajuuden toteutuminen koetaan positiivisena asiana kuntoutumista edistävän työotteen kannalta. Omahoitajan rooli ikääntyneen toimintakyvyn muutosten havaitsijana sekä yhteyshenkilönä muiden ammattiryhmien ja ikääntyneen omaisten kanssa on merkittävä. Kuntoutumista edistävän työotteen onnistumista estävät esimerkiksi johdonmukaisuuden puuttuminen sekä se, että hoidolle ei ole asetettu tavoitteita. Myös epäkäytännöllinen toimintaympäristö ja huonot tilat estävät kuntoutumista edistävän työotteen toteutumista. (Vähäkangas 2010, 84, 92; Laurell ym. 2011, 343.)

3.4 Geriatriinen kuntoutus

Geriatriinen kuntoutus on ikääntyneiden omatoimisuuden lisäämiseen, itsenäisyyteen ja hyvinvointiin tähtäävää kuntoutusta. Kuntoutuksessa ikäihminen tulisi nähdä aktiivisena osapuolena. Vaikka ikäihminen onkin aktiivinen osapuoli, on hoitajien rooli kuntouttamisessa myös eriarvoisen tärkeä. Burken ja Doodyn (2012) mukaan hoitajien rooli kuntoutuksessa on kuitenkin usein aliarvioitua. Voimavarakeskeisyys onkin yksi kuntoutuksen tärkeimmistä periaatteista. Tällöin käytetään hyväksi niitä voimavaroja, joita ikäihmisellä on vielä jäljellä, eikä keskitytä ainoastaan heikompiin puoliin ja toiminnanvajauksiin. (Valvanne 2001, 343; Lönnroos 2008, 279.)

Riittävän ajoissa aloitetun kuntoutuksen on todettu parantavan ikääntyneen mahdollisuuksia omatoimiseen elämään (Valvanne 2001, 343). Kuntoutuksen ei tule kohdistua ainoastaan ihmisen fyysiseen osa-alueeseen: kuntoutuksen on tarkoitus vaikuttaa positiivisesti myös psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Kuntoutus parantaa myös ikäihmisen elämänlaatua. (Lönnroos 2008, 279.)

Geriatriinen kuntoutusprosessi on järjestelmällistä yhteistyötä vaativa prosessi (Valvanne 2001, 349). Burke ja Doody (2012) ovat tutkimuksessaan todenneet, että hoitajilla on hyvä tietoisuus siitä, että jokaisen vanhuksen kohdalla kuntoutuksen tulee olla yksilöllistä, eikä samaa kuntoutusprosessia voida toistaa usean eri ihmisen kohdalla.

Geriatriksen kuntoutuksen merkittävimpiä kohderyhmiä ovat ikäihmiset, joiden toimintakyky on laskenut esimerkiksi jonkin akuutin sairauden seurauksena. Myös toistuvat kaatumiset, lonkkamurtumat ja aivoverenkierron häiriöt ovat merkittäviä geriatriksen kuntoutuksen aiheita. (Lönnroos 2008, 283.)

Kuntoutusprosessi koostuu alkukartoituksesta, tavoitteiden asettamisesta, kuntoutuksesta, kompensoinnista, mahdollisesta jatkohoidosta huolehtimisesta ja seurannasta. Kuntoutusprosessissa kompensoinnilla tarkoitetaan tarvittavien apuvälineiden hankkimista sekä mahdollisten kodin muutostöiden toteuttamista. Apuvälineillä ja kodin muutostöillä pyritään helpottamaan ikäihmisen selviämistä päivit-

täisistä toiminnoista toiminnanvajauksesta huolimatta. (Valvanne 2001, 349-350, 362.) Kompensaatio keskittyy siihen, että ikääntynyt ja ympäristö sopeutuvat muutoksiin, joita toimintakyvyn heikentyminen tuo mukanaan (Laukkanen 2008, 264).

Tärkeässä asemassa on kuntoutuksen tavoitteiden asettaminen. Tässä vaiheessa kuntoutukselle laaditaan kuntoutussuunnitelma. Tavoitteiden tulee olla selkeitä ja realistisia. Lisäksi tärkeää olisi selvittää tavoitteet yhdessä ikäihmisen kanssa ja huolehtia siitä, että hän itse sitoutuu niihin. Tavoitteisiin sitoutuminen edellyttää ikääntyneeltä arvostusta omaa itseään sekä elämäänsä kohtaan. (Laurell ym. 2011, 321; Lönnroos 2008, 286.) Kuntoutuksen kaikkia osapuolia tulee informoida laadituista tavoitteista, jotta kaikkien työ ja aktivointi tukisi tavoitteiden toteutumista (Valvanne 2001, 350). Myös omaisten rooli ikäihmisen kuntoutuksessa on tärkeä ja heidät tulisi ottaa mukaan iäkkään ihmisen kuntoutusprosessiin (Laurell ym. 2011, 323).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamista Vaasan kaupungin erilaisissa hoitoyksiköissä. Tarkoituksena on myös kuvata kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisen ajankohta: tutkimuksessa tarkastellaan kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamista aamu- ja iltapäivän välillä.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa hoitajien toteuttamasta ikäihmisten kuntoutumista edistävästä toiminnasta ja sen toteutumisesta käytännössä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää ikäihmisten hoitotyössä sekä tulevaisuuden kuntoutuksen suunnittelussa ja sen toteuttamisessa.

Tutkimusongelmina tässä opinnäytetyössä toimivat

1. Miten kuntoutumista edistävää toimintaa toteutetaan?
2. Mitä kuntoutumista edistävää toimintaa yksikössä tapahtuu kello 8-12 välillä?
3. Mitä kuntoutumista edistävää toimintaa tapahtuu kello 12-16 välillä?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupungin koti- ja laitoshoidon yksiköissä, joista kerättiin kevään 2012 aikana havainnointiaineistoa. Tähän opinnäytetyöhön valittiin tarkasteltaviksi näistä yksiköistä neljä. Tutkimukseen yksiköt valittiin sillä perusteella, että ne olisivat keskenään mahdollisimman samankaltaisia ja täten tulosten tarkastelu yksiköiden välillä olisi helpompaa. Tutkimuksen kohderyhmänä toimii erilaisissa hoitolaitoksissa havainnointiaikana (kevät 2012) olleet ikäihmiset. Havainnoituja asiakkaita tutkimukseen tuli 34. Tutkittavien ikä vaihtelee 63 ikävuodesta 98 ikävuoteen.

5.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin keväällä 2012. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia. Havainnoinnin suorittivat Vaasan ammattikorkeakoulun toisen vuoden terveydenhoitajaopiskelijat.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 212-213) mukaan havainnointi on aineistonkeruumenetelmänä hyvä väline esimerkiksi silloin, kun halutaan tutkia miten ihmiset toimivat arkielämässä. Havainnointia pidetään yleisesti työläänä menetelmänä, ja sen vuoksi esimerkiksi kyselylomakkeet ovat sitä yleisempiä. Havainnoinnin avulla tutkittavasta asiasta voidaan saada monipuolinen kuva (Kankunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 93).

Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä jaetaan usein erilaisiin asteisiin, jotka määräytyvät tutkijan osallistumisen mukaan (Metsämuuronen 2000, 44). Havainnointimenetelmät voidaan jakaa myös sen mukaan, miten systemaattisia ja etukäteen jäsenneiltyjä ne ovat (Hirsjärvi ym. 2009, 214).

Metsämuuronen (2000, 44) mukaan ensimmäisessä havainnoinnin asteessa tutkija ei väisty tutkijan roolistaan, vaan pysyy täysin ulkopuolisena havainnoijana. Toisessa havainnoinnin asteessa tutkija pitää vielä roolinsa, mutta ei kuitenkaan niin tiukasti, kuin ei-osallistuvan havainnoinnin asteessa.

Kolmas havainnointiaste on osallistuja havainnoijana. Tällöin tutkija on enemmän toimijan roolissa ja puuttuu erilaisiin havainnointitilanteisiin. Neljäs havainnointiaste on täydellinen osallistuminen, jossa tutkija ei havainnoi asioita ulkopuolisena, vaan on mukana toiminnassa. Tällöin voidaan käyttää myös piilohavainnointia. (Metsämuuronen 2000, 44-45.) Piilohavainnoinnissa tutkija ikään kuin soluttautuu tutkittavien joukkoon, ilman, että he ovat tästä tietoisia. Etenkin terveydenhuollossa piilohavainnoinnin käyttöön tutkimuksissa saattaa liittyä paljon eettisiä kysymyksiä. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 94.)

Havainnoinnin etuna voidaan pitää esimerkiksi sen antamaa välitöntä, suoraa ja monipuolista tietoa yksilöiden todellisesta toiminnasta (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 95). Lisäksi havainnointi on edullinen aineistonkeruumenetelmä etenkin silloin, kun tutkitaan vuorovaikutusta tai tosielämän muuttuvia tilanteita (Hirsjärvi ym. 2009, 213).

Havainnoinnin haittoina voidaan pitää esimerkiksi sen vaatimaa aikaa sekä sitä, että tutkijan läsnäolo saattaa häiritä havainnointitilannetta (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen, 95). Borg & Gall (1989) ovat todenneet, että luokkahuonetutkimukset ovat osoittaneet tutkijan läsnäolon muuttavan tutkittavien käyttäytymistä. Näissä tutkimuksissa on tullut selvästi esille se, miten oppilaiden ja opettajien käyttäytyminen muuttuu, kun havainnoija astuu luokkahuoneeseen. (Hirsjärvi ym. 2009, 213.)

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin systemaattista havainnointia. Tässä menetelmässä tärkeää on pyrkiä havaintojen tallentamiseen ja merkitsemiseen tarkasti ja jäsennellysti (Hirsjärvi ym. 2009, 214). Systemaattiselle havainnoinnille ominaista on myös ennalta laaditut luokitteluskeemat (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 94).

Tämän opinnäytetyön havainnointimenetelmää voidaan pitää systemaattisena, sillä havainnoinnissa käytettiin jäsennellytä havainnointilomaketta, johon merkittiin 10 minuutin välein havainnot käyttäen apuna ennalta laadittuja koodeja. Esimerkiksi toimintoa, joka liittyi pukeutumiseen ja hygieniaan kuvasi koodi 26, vuorovaikutusta hoitajan kanssa koodi 53 ja paikkana WC:tä tai kylpyhuonetta koodi

34. Koodi 999 tarkoitti, että havainnoitavasta asiakkaasta ei ole havaintoja kyseisenä kellonaikana. Asiakkaista kirjattiin vain ikä, sukupuoli, liikkumiskyky (kävelevä tai ei kävelevä) sekä aika, jonka he ovat olleet hoidossa. Havainnoijat pysyivät havainnointitilanteissa ulkopuolisina, mikä on systemaattiselle havainnoinnille ominaista (Hirsjärvi ym. 2009, 214).

5.2 Aineiston analysointi

Aineiston analyysi, tutkimustulosten tulkinta sekä johtopäätösten teko ovat tutkimuksen tekemisen tärkeimpiä asioita, joihin tulisi tähdätä jo tutkimuksen aloittamisesta lähtien. Tutkimuksen analysointivaiheessa selviävät vastaukset asetettuihin tutkimusongelmiin. Suositeltavaa on, että aineiston analysointi aloitettaisiin mahdollisimman pian aineiston keruun jälkeen. Ennen aineiston analysointia tutkijan on suoritettava kolme vaihetta. Ensimmäisessä vaiheessa tutkija tarkistaa aineiston esimerkiksi virheellisten tietojen varalta. Toisessa vaiheessa tutkija voi täydentää tai täsmentää jo olemassa olevia tietoja. Tähän voidaan käyttää menetelmänä esimerkiksi haastattelua. Kolmas vaihe on aineiston järjestäminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 221-223.)

Aineisto analysoitiin käyttämällä luokitteluasteikkoa, ja havainnot jaettiin eri ryhmiin niiden eri ominaisuuksien perusteella. Tämä on luokittelu- eli nominaaliasteikollisen muuttujan tarkoitus (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 101). Jokainen päivän toiminto jaettiin eri luokkiin vuorovaikutussuhteiden perusteella. Täten luokiksi muodostuivat eri vuorovaikutussuhteet ja näitä ryhmiä tuli yhteensä kuusi. Ryhmät olivat hoitajat, terapeutit, muu henkilökunta, muut potilaat, vierailijat sekä itsenäinen toiminta (vuorovaikutussuhde havainnointilomakkeessa merkitty ”ei kukaan”). Vuorovaikutussuhteita kuvaamaan laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet.

Hoitajien toteuttamien kuntoutumista edistävien toimintojen tarkastelun vuoksi hoitajien toteuttamat toiminnot jaettiin eri luokkiin ja näille luokille laskettiin frekvenssit ja prosenttiosuudet. Kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumisen ajankohdan tarkastelua varten toiminnot jaettiin eri luokkiin myös sen mukaan, koska ne tapahtuvat. Luokkia tuli täten kaksi, ja ne olivat aamupäivä ja iltapäivä.

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysoinnissa käytettiin apuna Microsoft Office Excel –ohjelmaa. Microsoft Office Excel –ohjelmassa aineistosta muodostettiin frekvenssejä ja prosenttiosuuksia ja tutkimustuloksia pyrittiin havainnollistamaan kaavioiden avulla. Kuvioiden tarkoituksena tutkimuksessa on oleellisen informaation hahmottamisen helpottaminen ja nopeuttaminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksessa havainnoitiin neljän koti- ja laitoshoidon yksikön asiakkaita. Tutkimuksessa havainnoituja asiakkaita oli 34, mutta analysointivaiheessa yksi havainnointilomake jätettiin analysoimatta, koska havainnointi oli tässä lomakkeessa puutteellinen ja se oli jätetty kesken. Täten tutkimukseen havainnoituja asiakkaita tuli 33.

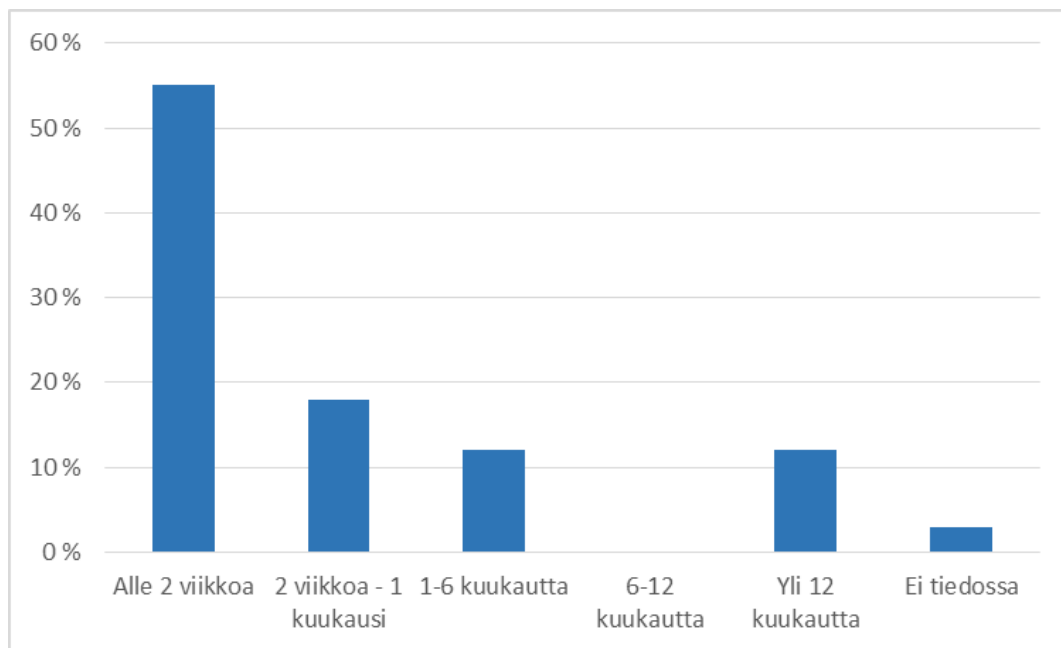
Havainnoinnin teemoina toimivat asiakkaiden päivän aikana tekemät toiminnot, kenen kanssa vuorovaikutuksessa toiminnot tehtiin sekä toimintojen suorituspaikka. Vuorovaikutus jaettiin havainnointilomakkeiden perusteella hoitajien kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen, terapeuttien kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen, asiakkaiden itsenäiseen toimintaan, muiden potilaiden kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen, vierailijoiden kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen sekä muun henkilökunnan kanssa tapahtuvaan vuorovaikutukseen. Muuhun henkilökuntaan katsottiin kuuluvaksi lääkärit, viriketoiminnan ohjaajat sekä muut henkilöstöön kuuluvat, kuten esimerkiksi laitosapulaiset ja huoltohenkilöstö.

6.1 Taustakysymykset

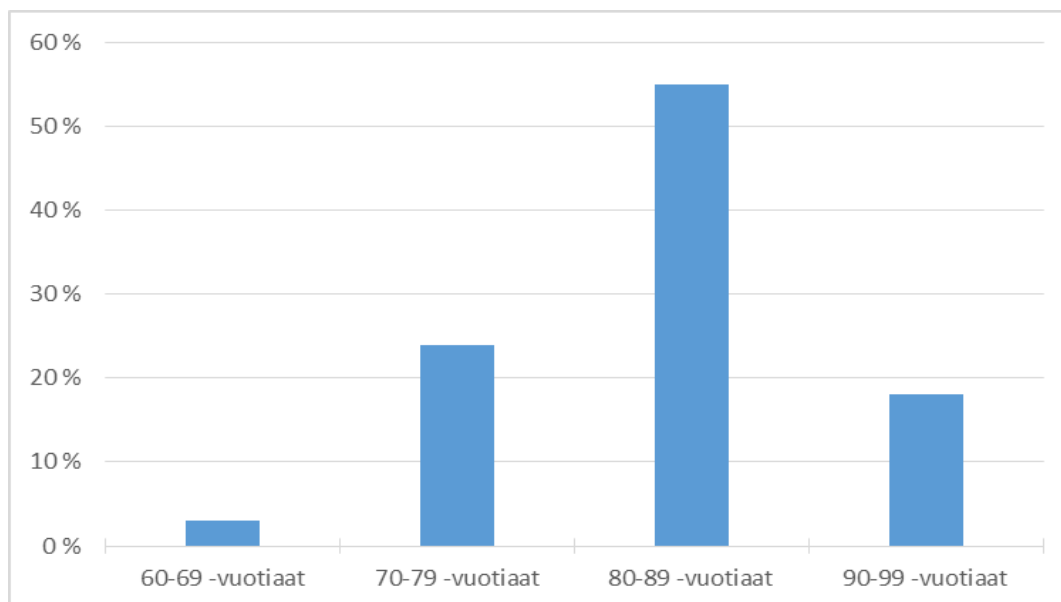
Taustakysymysten avulla selvitettiin havainnoitujen asiakkaiden hoitoaikaa yksikössä, sukupuolta, liikkumiskykyä ja ikää. Yksikössä vietetty hoitoaika jakaantui melko vaihtelevasti. Hoitoajat jaettiin viiteen eri aikaväliin: alle kaksi viikkoa, 2 viikkoa-1 kuukausi, 1-6 kuukautta, 6-12 kuukautta sekä yli 12 kuukautta. Havainnoiduista asiakkaista hoitoyksikössä alle kaksi viikkoa oli ollut 55 % (n=18), 2 viikkoa-1 kuukauden 18 % (n=6), 1-6 kuukautta 12 % (n=4), 6-12 kuukautta 0 % (n=0) sekä yli 12 kuukautta 12 % (n=4). Hoitoaikaa ei ollut tiedossa 3 % (n=1) (kuvio 1).

Asiakkaista 69,7 % (n=23) oli naisia ja miehiä oli 30,3 % (n=10). Asiakkaista liikkumiskykyisiä oli 70 % (n=23). Liikkumiskyvyttömiä oli 24 % (n=8) ja apuvälineiden tai hoitajan avustamana liikkuvia oli 6 % (n=2). Havainnoiduista asiakkaista nuorin oli 63-vuotias ja vanhin 98-vuotias. Asiakkaiden iät jaettiin neljään eri ikäryhmään: 60-69-vuotiaat, 70-79-vuotiaat, 80-89-vuotiaat ja 90-99-vuotiaat.

Asiakkaista 3 % (n=1) oli 60–69-vuotiaita, 70–79-vuotiaita oli 24 % (n=8), 80–89-vuotiaita oli 55 % (n=18) ja 90–99-vuotiaita oli 18 % (n=6) (kuvio 2).



Kuvio 1. Hoitoaika yksikössä.



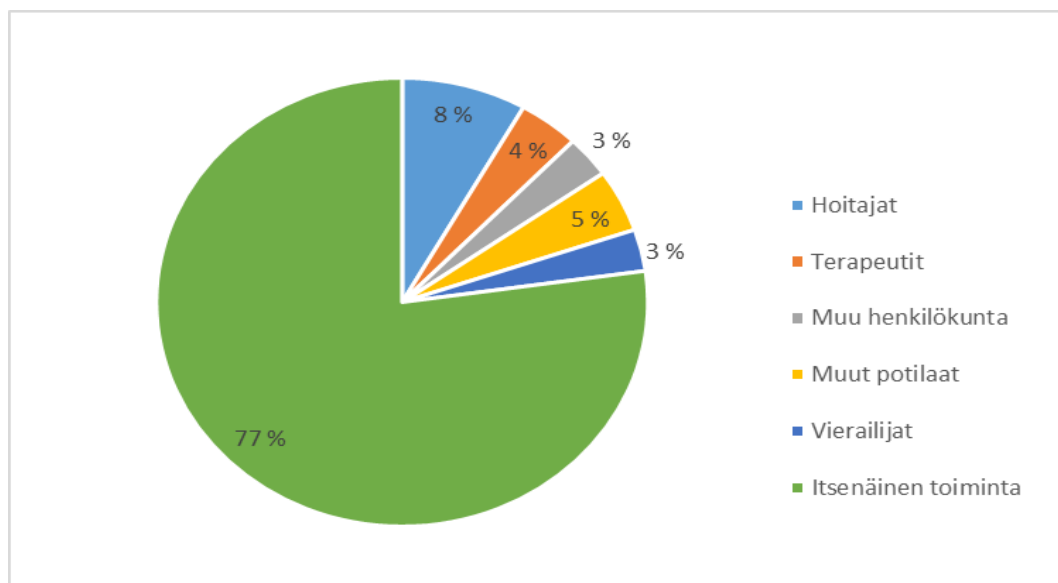
Kuvio 2. Asiakkaiden ikä.

6.2 Kuntoutumista edistävä toiminta

Kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamista selvitettäessä jaettiin toiminnot sen mukaan, kenen kanssa asiakas on vuorovaikutuksessa. Toimintoja lähdettiin tarkastelemaan sen mukaan, kuka niitä asiakkaan kanssa toteuttaa. Vuorovaikutussuhteet jaettiin hoitajan, terapeuttien, muiden potilaiden, vierailijoiden ja muun henkilökunnan kanssa tapahtuvaan toimintaan. Myös asiakkaiden itsenäinen toiminta otettiin huomioon. Tässä opinnäytetyössä keskitytään lähinnä niihin toimintoihin, joissa asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa on hoitaja.

Havainnointilomakkeen perusteella yksiköissä tapahtuvalla kuntoutumista edistävällä toiminnalla tarkoitettiin muun muassa hoitajan hoitoa tai hoivaa, joka sisältää erilaisia hoitotoimenpiteitä sekä avustamista wc-käynneillä, lääkehoidon toteuttamista, kävelyä, keskustelua sekä aktiivista vapaa-aikaa, joka pitää sisällään esimerkiksi sanomalehtien ja kirjojen lukemisen.

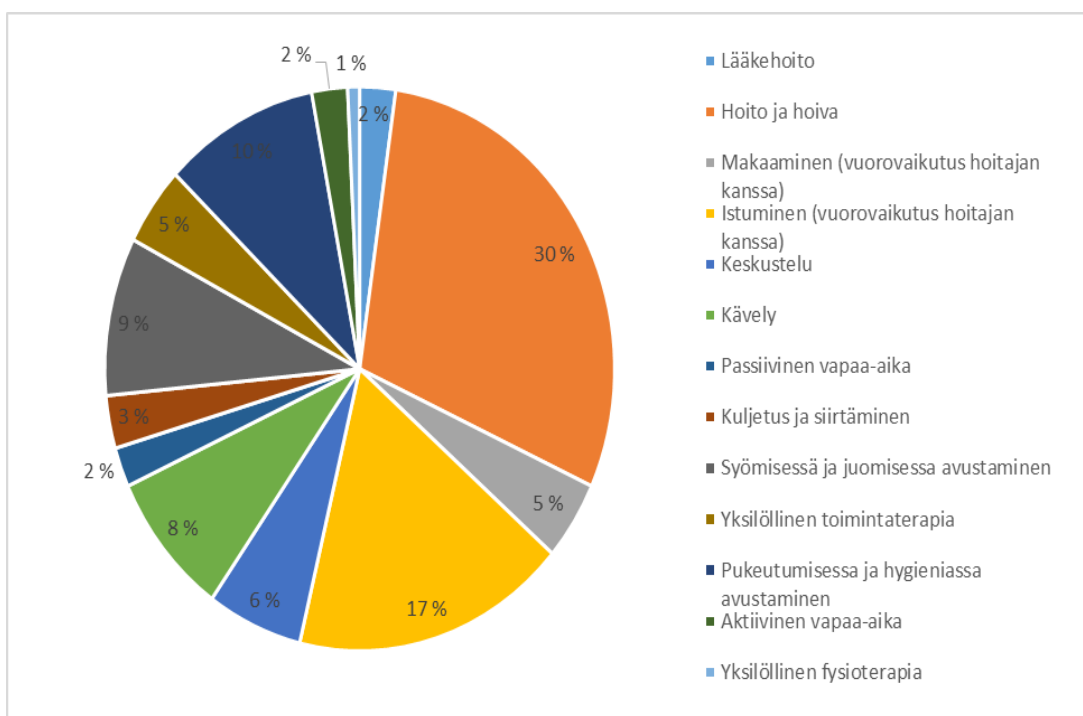
Havainnointiaikana eli klo 8-16 hoitajien toteuttamaa toimintaa eri yksiköissä oli 8 % (n=132), asiakkaan itsenäistä toimintaa 77 % (n=1238), terapeuttien toteuttamaa toimintaa 4 % (n=64), muiden potilaiden kanssa tapahtuvia toimintoja 5 % (n=73), vierailijoiden kanssa tapahtuvaa toimintaa 3 % (n=48) sekä muun henkilökunnan toteuttamia toimintoja 3 % (n=53) (kuvio 3).



Kuvio 3. Kuntoutumista edistävää toimintaa toteuttavat ryhmät.

Hoitajien toteuttamiksi kuntoutumista edistäviksi toiminnoiksi nousivat hoitajan hoiva ja hoito, pukeutumisessa ja hygieniassa avustaminen, syömisessä ja juomisessa avustaminen, istuminen hoitajan kanssa vuorovaikutuksessa, kävely, keskustelu, yksilöllinen toimintaterapia hoitajan toteuttamana, potilaan kuljetus tai siirtäminen, makaaminen vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa, lääkehoito, passiivinen vapaa-aika, aktiivinen vapaa-aika sekä yksilöllinen fysioterapia hoitajan toteuttamana.

Hoitajan hoitoon ja hoivaan kuuluvat muun muassa erilaiset hoitotoimenpiteet sekä WC-käynneissä avustaminen. Passiiviseen vapaa-aikaan kuuluu esimerkiksi television katselu ja radion kuuntelu hoitajan seurassa ja aktiiviseen vapaa-aikaan sanomalehtien tai kirjojen lukeminen hoitajan kanssa vuorovaikutuksessa.



Kuvio 4. Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot klo 8-16 välisenä aikana.

Havainnointiaikana hoitajien toteuttamaa hoitoa ja hoivaa oli 30 % (n=39), pukeutumisessa ja hygieniassa avustamista 10 % (n=13), syömisessä ja juomisessa avustamista 9 % (n=12), istumista vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa 17 % (n=23), kävelyä 8 % (n=11), keskustelua 6 % (n=8), yksilöllistä toimintaterapiaa

hoitajan toteuttamana 5 % (n=6), potilaan kuljetusta ja siirtämistä 3 % (n=4), maakaamista vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa 5 % (n=6), lääkehoitoa 2 % (n=3), passiivista vapaa-aikaa 2 % (n=3), aktiivista vapaa-aikaa 2 % (n=3) sekä yksilöllistä fysioterapiaa hoitajan toteuttamana 1 % (n=1) (kuvio 4).

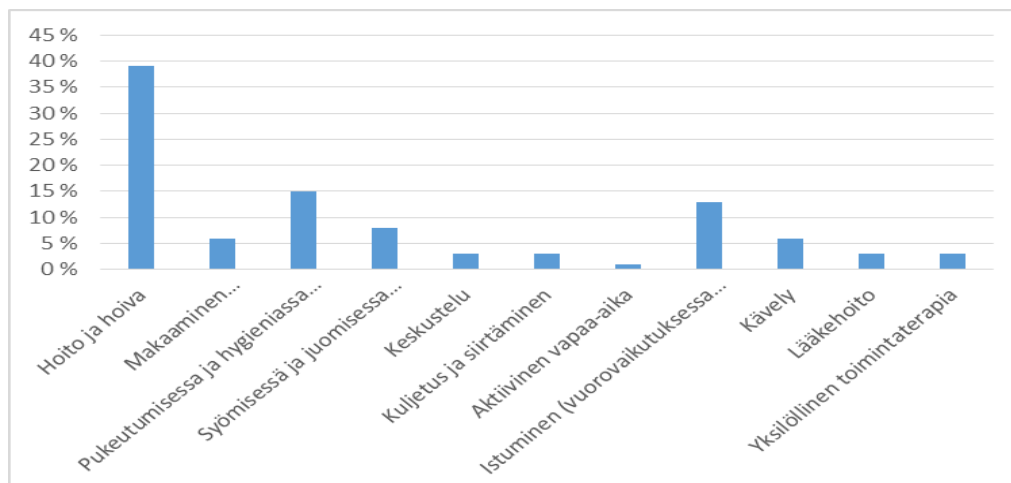
6.3 Hoitajien toteuttamien toimintojen ajankohta

Kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisen ajankohdan tarkastelua varten toiminnot, joissa asiakas oli vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa, jaettiin aamu- ja iltapäivään. Tässä opinnäytetyössä aamupäivällä tarkoitetaan aikaväliä kello 8-12 ja iltapäivällä aikaväliä kello 12–16.

Aamupäivällä hoitajien toteuttamista toiminnoista oli tehty 71 havaintoa. Seitsemässä lomakkeessa hoitajien toteuttamasta kuntoutumista edistävästä toiminnasta ei ollut minkäänlaista merkintää. Iltapäivällä hoitajien toteuttamia toimintoja oli 61. Kahdeksassa havainnointilomakkeessa hoitajan toteuttamasta toiminnasta ei ollut mitään merkintää. Täten aamupäivällä toteutettiin 53,8 % (n=71) koko päivän toiminnoista ja iltapäivällä 46,2 % (n=61).

6.3.1 Kuntoutumista edistävä toiminta aamupäivällä

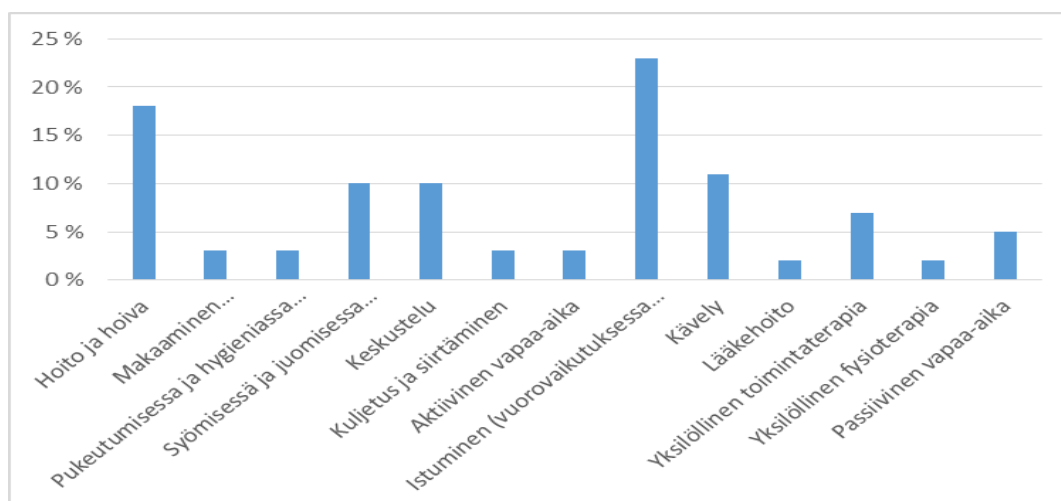
Aamupäivän aikana hoitajien toteuttamaa hoitoa ja hoivaa oli 39 % (n=28), maakaamista hoitajan kanssa vuorovaikutuksessa 6 % (n=4), pukeutumisessa ja hygieniassa avustamista 15 % (n=11), syömisessä ja juomisessa avustamista 8 % (n=6), keskustelua 3 % (n=2), kuljetusta ja siirtämistä 3 % (n=2), aktiivista vapaa-aikaa 1 % (n=1), istumista vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa 13 % (n=9), kävelyä 6 % (n=4), lääkehoitoa 3 % (n=2) ja yksilöllistä toimintaterapiaa hoitajien toteuttamana 3 % (n=2) (kuvio 5).



Kuvio 5. Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot aamupäivällä.

6.3.2 Kuntoutumista edistävä toiminta iltapäivällä

Iltapäivällä hoitajan toteuttamiksi kuntoutumista edistäviksi toiminnoiksi nousivat hoitoa ja hoivaa 18 % (n=11), makaamista vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa 3 % (n=2), pukeutumisessa ja hygieniassa avustamista 3 % (n=2), syömisessä ja juomisessa avustamista 10 % (n=6), keskustelua 10 % (n=6), kuljetusta ja siirtämistä 3 % (n=2), aktiivista vapaa-aikaa 3 % (n=2), istumista vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa 23 % (n=14), kävelyä 11 % (n=7), lääkehoitoa 2 % (n=1), yksilöllistä toimintaterapiaa hoitajan toteuttamana 7 % (n=4), yksilöllistä fysioterapiaa hoitajan toteuttamana 2 % (n=1) ja passiivista vapaa-aikaa 5 % (n=3) (kuvio 6).



Kuvio 6. Hoitajien toteuttamat kuntoutumista edistävät toiminnot iltapäivällä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen olennainen osa on tulosten selittäminen ja tulkinta. Tulkintaan kuuluvat tulosten pohdinta ja tutkijan omien johtopäätösten tekeminen. Tutkimustulosten selittämisen ja tulkinnan tarkoituksena on tulosten selkiyttäminen ja tutkimusongelmiin vastaaminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 229-230.)

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että kuntoutumista edistävää toimintaa toteutetaan moniammatillisesti. Toiminnassa ovat mukana esimerkiksi hoitajat, terapeutit sekä muu henkilökunta, johon lukeutuvat muun muassa lääkärit ja viriketoiminnan ohjaajat. Asiakkaan itsenäinen toiminta on kuntoutumisessa avainasemassa, sillä suurin osa päivän aikana tehdyistä toiminnoista (77 %) on asiakkaan itsenäistä toimintaa. Toiseksi eniten kuntoutumista edistävää toimintaa toteuttavat hoitajat (8 %). Kuntoutumista edistävään toimintaan osallistuvat myös vierailijat (3 %) sekä muut potilaat (5 %). Terapeuttien osuus päivän aikana toteuttavasta kuntoutumista edistävästä toiminnasta on 4 %.

Ammatillisilla ryhmillä on oma osuutensa ikäihmisen kuntoutumista edistävissä päivän aikana tehdyissä toiminnoissa, mutta tulokset osoittavat, että suurimman osan toiminnoista asiakas tekee itsenäisesti. Tämä osoittaa, että ikäihmisen ohjaus ja neuvonta omatoimisuutensa ja kuntoutumisensa tukemisessa on tärkeää. Esimerkiksi apuvälineiden oikeanlaisen käytön opettaminen ja ohjaaminen ikääntyneelle on tärkeää, sillä hän toimii päivän aikana suurimman osan ajasta itsenäisesti.

Tulosten perusteella hoitajien toteuttamista toiminnoista suurin osa (30 %) oli hoitoa ja hoivaa, jolla tässä tutkimuksessa tarkoitetaan esimerkiksi hoitotoimenpiteitä sekä WC-käynneillä avustamista. Toiseksi suurin osa hoitajien toiminnoista oli asiakkaan istumista siten, että hän on vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Tutkimuksessa ei käy selkeästi ilmi se, mitä vuorovaikutustilanteessa asiakkaan ja hoitajan välillä asiakkaan istuessa tapahtuu. Pukeutumisessa ja hygieniassa avustamisella oli kolmanneksi suurin osuus päivän kuntoutumista edistävästä toiminnoista. Neljänneksi suurin osa toiminnasta oli asiakkaan avustaminen ruokailussa.

Tulokset osoittavat, että suuri osa kuntoutumista edistävästä toiminnasta on asiakkaan tukemista ja ohjaamista päivittäisissä toiminnoissa, kuten esimerkiksi WC-käynneillä avustaminen, pukeutumisessa ja ruokailussa avustaminen. Nämä toiminnot ovat jokapäiväisiä ja keskeisiä asioita ja tärkeää olisikin, että hoitaja muistaa näitä toimintoja toteuttaessaan kuntoutumista edistävän työtteen ja toiminnan tärkeyden. Näin voitaisiin tukea ja ylläpitää ikäihmisen toimintakykyä ja omatoimisuutta.

Tulosten perusteella aamupäivällä tehtiin päivän toiminnoista suurempi osa (53,8 %). Seitsemälle asiakkaalle ei toteutettu aamupäivän aikana mitään toimintoja, joissa hoitaja olisi ollut mukana. Iltapäivän aikana vastaava luku oli kahdeksan asiakasta. Tulosten perusteella ei voida tehdä johtopäätöstä siitä, minkä vuoksi toimintoja ei aamu- tai iltapäivän aikana tapahtunut. Mahdollista kuitenkin on esimerkiksi se, että kyseiset asiakkaat ovat hyväkuntoisia ja omatoimisia, eivätkä tarvitse hoitajan apua ja tukea niin paljon.

Aamupäivän aikana suurin osa hoitajan toteuttamasta toiminnasta oli hoitoa ja hoivaa (39 %) ja toiseksi suurin osa oli pukeutumisessa ja hygieniassa avustamista (15 %). Iltapäivällä eniten tehtäviä toimintoja olivat istuminen (23 %), hoito ja hoiva (18 %) ja kävely (11 %). Myös keskustelun osuus toiminnoista iltapäivän aikana nousi esille osuuden ollessa 10 %, kun aamupäivän toiminnoista keskustelua oli 3 %.

Tulosten perusteella hoitajien aamupäivä koostuu suurimmilta osin hoidosta ja hoivasta sekä päivittäistoiminnoissa auttamisesta. Iltapäivällä toiminnoissa korostuvat enemmän keskustelu ja läsnäolo. Myös kuntoutumista edistävät toiminnot, kuten kävely, yksilöllinen fysioterapia hoitajien toteuttamana ja aktiivinen vapaa-aika lisääntyivät iltapäivän myötä. Aamupäivällä kävelyn osuus toiminnoista oli 6 % ja iltapäivällä 11 %. Hoitajien toteuttamaa yksilöllistä fysioterapiaa ei oltu havainnointu aamupäivän aikana lainkaan, iltapäivän aikana sitä oli toteutettu yhden asiakkaan kanssa (2 %). Aktiiviseen vapaa-aikaan katsottiin kuuluvaksi sanomalehtien ja kirjojen lukeminen sekä puutarhassa kävely. Aktiivista vapaa-aikaa oli aamupäivästä 1 % ja iltapäivästä 3 %.

8 POHDINTA

Ikääntyneiden hoitotyö ja kuntoutus ovat tärkeitä ja ajankohtaisia aiheita, joista käydään paljon myös yhteiskunnallista keskustelua. Tämä tutkimus antaa tietoa ikääntyneiden kuntoutumista edistävään toimintaan osallistuvista tahoista sekä siitä, miten ja koska kuntoutumista edistävää toimintaa toteutetaan.

Tutkimuksessa käytetyssä havainnointilomakkeessa havainnot merkittiin tarkasti kymmenen minuutin välein. Täten ei ole tarkkaa tietoa siitä, miten paljon ja minkälaista toimintaa on tapahtunut havaintomerkintöjen välisinä aikoina.

8.1 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen kohderyhmä oli varsin vaihteleva ja monialainen, sillä kohderyhmään kuului hyvin eri-ikäisiä, eri toimintakykyisiä ja eripituisilla hoitajaksoilla yksiköissä olleita ikääntyneitä. Tämän vuoksi tutkimukseen saatiin hyvin tietoa eri elämänvaiheissa olevien ihmisten kuntoutumista edistävästä toiminnasta. Toisaalta taas havainnoitujen ikäihmisten hoidon ja tuen tarve poikkesi niin paljon toisistaan, että havainnoitujen toimintojen määrässä oli paljon poikkeavuuksia eri asiakkaiden välillä.

Kuntoutumista edistävässä toiminnassa oli mukana eri ammattiryhmiä. Terapeutit, joihin kuuluvat esimerkiksi fysioterapeutit, ovat kuntoutuksen ammattilaisia. Heidän toimintojensa osuus koko päivän toiminnoista oli 4 % (n=64), joka on varsin pieni. Tämä osoittaa sen, että myös muiden ammattiryhmien sekä ikääntyneen itsensä sitoutuminen ja motivoituminen kuntoutumisen edistämiseen on tärkeää. Vähäkankaan (2010, 93) tutkimuksen mukaan niillä osastoilla, joissa kuntoutumista edistävä toiminta kuului hoitajien päivittäiseen toimintaan, oli vähemmän vuodepotilaita ja hoidon kliininen laatu oli parempaa. Myös Mäntysen (2007) tutkimus osoitti, että hoitajien vastuu ja ammattitaito ovat kuntoutuksen avainasioita. Tällöin hoitajan rooliin kuuluu muun muassa kuntoutujan tukeminen, tavoitteiden asettamisessa ja niiden saavuttamisessa tukeminen sekä moniammatillisessa työryhmässä tiedonvälittäjänä toimiminen.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että suurin osa (77 %) päivän toiminnoista on asiakkaan itsenäistä toimintaa. Näistä toiminnoista kaikki eivät välttämättä ole kuntoutumista edistäviä, sillä havainnoiteja oli tehty runsaasti muun muassa ikäihmisen makaamisesta yksinään. Myös passiivista vapaa-aikaa esiintyi paljon havainnointilomakkeissa. Passiiviseen vapaa-aikaan kuuluvat television katselu ja radion kuuntelu. Jossain määrin nämäkin toiminnot voidaan ajatella kuntoutumista edistävinä, sillä televisio ja radio voivat edistää etenkin psyykkistä, kognitiivista ja sosiaalista toimintakykyä.

Itsenäisen toiminnan suuri osuus (77 %, n=1238) päivästä aiheuttaa paljon mietteitä. Tutkimuksesta ei selviä se, mistä itsenäisen toiminnan suuri osuus johtuu ja mitkä asiat yksiköissä siihen vaikuttavat. Yhtenä osatekijänä asiakkaiden itsenäisen toiminnan suuressa määrässä voi olla esimerkiksi se, että hoitajat tai muu henkilökunta ovat motivoineet asiakasta toimimaan oman toimintakykynsä mukaan itsenäisesti, jolloin itsenäisen toiminnan osuus koko päivän toiminnoista luonnollisesti kasvaa.

Tutkimuksesta ei selviä se, johtuuko itsenäisen toiminnan suuri määrä esimerkiksi vähäisistä hoitajaresursseista tai hoitajien ja muun henkilökunnan kiireestä. Tutkimuksen kohderyhmästä suurin osa (70 %, n=23) oli liikkumiskykyisiä, joten heidän toimintakykynsä saattaa olla niin hyvä, etteivät he välttämättä tarvitse hoitajan apua toiminnoissa. Vaikka päivittäisiin toimintoihin ei tarvittaisikaan hoitajan apua, saattaisivat nämäkin asiakkaat kuitenkin hyötyä kuntoutumista edistävästä ja toimintakykyä ylläpitävästä toiminnasta.

Aamupäivän aikana tehdyt toiminnot koostuivat suurimmilta osin ikääntyneiden perustoiminnoissa auttamisesta, kun taas iltapäivällä esimerkiksi hoitajan hoidon ja hoivan osuus toiminnoista oli selvästi pienempi. Tuloksista voidaan huomata, että aamutoimien tekeminen osastolla vie runsaasti aikaa ja resursseja. Iltapäivällä taas hoitajien toiminnot keskittyivät enemmän keskusteluun ja läsnäoloon. Aamupäivien voidaan siis ajatella olevan enemmän fyysisen toimintakyvyn ylläpitoa ja kuntoutumista edistävää, kun taas iltapäivällä keskitytään enemmän psyykkiseen, sosiaaliseen ja kognitiiviseen toimintakykyyn. Koska havainnointiaika päättyi kel-

lo 16, ei tutkimuksesta ei selviä se, miten ja kuinka paljon kuntoutumista edistävää toimintaa tapahtuu iltaisin.

Koko päivän toiminnoista aamupäivällä tehtyjen toimintojen osuus oli suurempi. Aamupäivällä hoitajan tekemistä toiminnoista oli tehty yhteensä 71 (53,8 %) havaintoa, kun taas iltapäivällä tehdyistä toiminnoista havaintoja oli 61 (46,2 %). Mietteeksi nousikin hoitajien määrä suhteessa toteutettuihin toimintoihin. Hoitajaresurssien ajatellaan olevan suurimmillaan iltapäivän aikana, sillä silloin osastoilla työskentelee yleensä yhtä aikaa hoitajia sekä aamu- että iltavuorosta. Täten voisi ajatella, että iltapäivällä tehtyjen toimintojen osuus koko päivän toiminnoista olisi aamupäivää suurempi. Keskustelun ja hoitajien läsnäolon lisääntymisen iltapäivän myötä voidaan kuitenkin ajatella olevan merkki esimerkiksi siitä, että iltapäivällä hoitajaresurssit todella ovat suuremmat, joten hoitajilla on tällöin enemmän aikaa keskustella ja viettää aikaa iäkkäiden kanssa.

Sekä aamu- että iltapäivällä oli tehty havaintoja asiakkaan makaamisesta tai istumisesta vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa. Tutkijat pohtivat pitkään, sisältyykö tämä toiminta kuntoutumista edistävän toiminnan käsitteeseen. Tutkimuksen aineistosta ei tule ilmi muuta kuin toiminto, vuorovaikutus sekä tapahtumapaikka, joten tutkijat eivät tiedä tarkemmin, mitä on tapahtunut. Makaaminen ja istuminen vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa on kuitenkin otettu mukaan tässä tutkimuksessa kuntoutumista edistävänä toimintana, sillä näihin toimintoihin voidaan olettaa kuuluvaksi esimerkiksi keskustelua hoitajan ja potilaan välillä sekä asentohoitoa ja avustamista.

8.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on yksi tutkimuksen ydinasioista. Tutkimusetiikan periaatteisiin kuuluvat tutkimuksen hyödyllisyys, riskien minimointi, tutkittavien itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus sekä anonymiteetti. Myös plagiointi ja tulosten sepittäminen kuuluvat tutkimuksen eettisiin kysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 176-182.) Lisäksi hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat esimerkiksi tieteellisten toimintatapojen noudattaminen, tieteellisen ja eettisen tarkastelun kestävien tiedonhankinta- ja raportointimenetelmien käyt-

täminen, tulosten julkaisun avoimuus, muiden tutkijoiden ja heidän töidensä arvostaminen. (Leino-Kilpi 2012, 364.)

Tämä tutkimus toimii jatkotutkimuksena Vertasen (2012) pro gradu -tutkimukselle ”Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote – havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi”, joten aineistonkeruuvaiheen eettisistä periaatteista, kuten riskien minimoinnista sekä tutkittavien itsemääräämisoikeudesta on huolehdittu tällöin. Tutkimusaiheen valinnassa painotetaan tutkimuksen tuottamaa hyötyä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Tutkimuslupa saatiin koti- ja laitoshoidon tulosalueen johdolta. Tämän tutkimuksen aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi ikääntyneiden hoitotyössä.

Tässä tutkimuksessa anonymiteetin säilyminen varmistettiin siten, että tutkittavista ei oltu aineistonkeruuvaiheessakaan merkitty havainnointilomakkeisiin nimiä, vaan taustatietoina toimivat ainoastaan ikä, sukupuoli, liikkumiskyky sekä yksikössä vietetty hoitoaika. Havainnointilomakkeita käsiteltiin luottamuksellisesti. Tutkimuksen tarkastelukohteiksi valittuja yksiköjä ei ole mainittu missään tutkimuksen tekovaiheessa. Tässä opinnäytetyössä tietoa hankittiin luotettavista tietokannoista ja lähteet sekä viittaukset on merkitty selkeästi.

8.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa käytetään apuna validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä. Validiteetti jaetaan usein tutkimuksen sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Validiteetin avulla tarkastellaan sitä, onko tutkimuksessa mitattu sitä, mitä alusta alkaen oli tarkoitus mitata. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, että erilaiset sekoittavat tekijät eivät ole vaikuttaneet tutkimustuloksiin. Esimerkiksi valikoituminen on yksi sisäisen validiteetin uhista. Valikoitumisella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa tutkimuskohteiksi tai vastaajiksi ovat valikoituneet ns. hyvät vastaajat. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten mahdollista yleistettävyyttä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 158.)

Tutkimuksessa reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä ja siirrettävyyttä. Reliabiliteetti kertoo siis siitä, että tutkimuksesta saadut tulokset eivät ole sattumanvaraisia. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.)

Validiteettia arvioitaessa voidaan tarkastella mittarin luotettavuutta. Tässä opinäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä toimi havainnointi. Havainnoinnit kirjattiin jäsenllylle havainnointilomakkeelle tarkasti tasan kymmenen minuutin välein. Tutkimuksen validiteettia heikentää siis se, että tutkimustulokset eivät anna tietoa siitä, minkälaisia toimintoja tapahtui havainnointimerkintöjen välissä. Vertanen (2012, 57) on esittänyt tähän ehdotuksen havainnointilomakkeen kehittämistä esimerkiksi siten, että havainnointimerkintöihin voisi yhdistää esimerkiksi kirjallisen kuvauksen tapahtumista tai havainnoiteja voisi merkitä prosenttiperiaatteella, jolloin havainnoidaan sitä, mitä toimintoja tapahtui eniten kymmenen minuutin aikana. Tämä lisäisi osaltaan tutkimuksen validiteettia.

Ulkoista validiteettia heikentää tämän tutkimuksen varsin pieni otos ($n=33$). Tutkimustuloksia ei täten voida yleistää, mutta ne antavat kuitenkin käsitystä kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttamisesta. Ulkoista validiteettia voidaan arvioida myös tarkastelemalla sitä, muuttaako tutkittava käytöstään ollessaan tutkimuksen kohteena, eli ns. Hawthornen efekti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158.) Tämän tutkimuksen validiteettia arvioitaessa voidaan olettaa, että sekä havainnoidut asiakkaat että yksikössä työskentelevät hoitajat ovat saattaneet muuttaa käytöstään ja toimintatapojaan havainnoinnin kohteina ollessaan. Vaikka havainnoijat pysyivät ulkopuolisina koko havainnoinnin ajan, on Hawthornen efektin esiintyminen silti mahdollinen.

Havainnointiaika oli suhteellisen pitkä, sillä asiakkaita havainnoitiin useampana päivänä aina kerrallaan kahdeksan tunnin ajan. Voidaan siis olettaa, että tämä havainnointiaika on jo niin pitkä, että havainnoinnin kohteena olevat eivät jaksakaan yllä normaalista poikkeavaa toimintatapaansa ja käytöstään, vaan ajan myötä palaavat vanhoihin tuttuihin toimintatapoihinsa. Tämä vahvistaa tutkimuksen ulkoista validiteettia Hawthornen efektin esiintymistä tarkasteltaessa.

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin havainnointia. Havainnointi on hyvä menetelmä etenkin silloin, kun tarkoituksena on tutkia esimerkiksi yksiköiden tai organisaatioiden toimintaa ja vuorovaikutusta. Havainnoinnin avulla saadaan tietoa luonnollisesta ympäristöstä ja toimintatavoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 213.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella kuntoutumista edistävän toiminnan toteutumista eri hoitoyksiköissä. Aineistonkeruumenetelmä on siis tutkimusongelmiin nähden sopiva. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että havainnointilomake oli tarkoin strukturoitu ja kaikille havainnoijille annettiin yhtä aikaa samanlaiset ohjeet havainnoinnin toteuttamiseen (Vertanen 2012, 56). Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta lisäsi se, että vaikka suurin osa havainnoijista oli havainnoimassa ensimmäistä kertaa, olivat he ennen havainnointia saaneet koulussa teoriatietoa havainnoinnista aineistonkeruumenetelmänä. Havainnoinnin haittapuolina tässä opinnäytetyössä voidaan ajatella olevan esimerkiksi se, että havainnoijia oli varsin suuri joukko ja on mahdollista, että heidän omat tulkintansa ovat vaikuttaneet siihen, mitä havainnoinnista kirjataan.

Tämän tutkimuksen reliabelius ei ole täysin luotettava, sillä jos havainnointi toteutettaisiin uudelleen samaa mittausvälinettä käyttäen, olisi mahdollista, että saadut tulokset olisivat erilaisia. Tulosten huono siirrettävyys ei johdu valitusta mittausvälineestä, vaan tutkimuskohteista ja heidän toiminnastaan. Tämä tarkoittaa sitä, että tämän tutkimuksen mittausväline on reliabeli.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimuksessa käytetyt lähteet olivat luotettavia. Lähteinä toimivat esimerkiksi luotettavat sosiaali- ja terveystietokannat, kuten esimerkiksi PubMed ja Medic sekä alan kirjallisuus. Lähteiksi pyrittiin valitsemaan mahdollisimman uusia tutkimuksia ja teoksia. Lähteet on tekstissä erotettu selkeästi tutkijoiden omista päätelmistä.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimusta tehdessä jatkotutkimusaiheeksi nousi kuntoutumista edistävän toiminnan toteuttaminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Täten voitaisiin saada konk-

reettistä tietoa hoitohenkilökunnan tiedoista ja taidoista kuntoutumista edistävissä toiminnassa. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia sitä, miten tärkeänä hoitohenkilökunta itse pitää kuntoutumista edistävää toimintaa.

Toiminnallisena tutkimuksena voisi toteuttaa ikääntyneille toimintapäivän, jonka avulla voitaisiin ohjata ikääntyneille erilaisia tapoja ylläpitää toimintakykyä. Myös infotilaisuus hoitohenkilökunnalle ikääntyneiden kuntoutumista edistävästä toiminnasta voisi toimia toiminnallisena tutkimuksena.

LÄHTEET

Burke, K., Doody, O. 2012. Nurses' perceptions of their role in rehabilitation of the older person. *Nursing older people*. Vol. 24, nro. 2, 33-38. Tiivistelmä Cinahl-tietokannasta. Viitattu 20.12.2013. Saatavilla *www-muodossa*: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6a5e1e44-9eb7-45aa-931a-62d2f9c0585a%40sessionmgr4003&vid=5&hid=4214>

Dahlman, S., Takanen, M. 2009. Toimintakykyä edistävän hoitotyön kehittäminen RAI-järjestelmän avulla henkilöstöjohtamisen näkökulmasta. *Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu*. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6556/takanen_marjut.pdf?sequence=1

Hallikainen, I., Hokkanen, L., Hänninen, T., Pirttilä, T., Pulliainen, V., Soininen, H & Sotaniemi, M. 2012. CERAD-neuropsychological battery in screening mild Alzheimer's disease. Tiivistelmä PubMed-tietokannasta. Viitattu 18.2.2013. Saatavilla *www-muodossa*: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21198445>

Haukka, U-M., Kivelä S-L., Medina A., Pyykkö V., Vehviläinen S. 2005. *Vanhusten hoitotyö*. Helsinki. WSOY.

Heikkinen, R-L. 2007. Mielen tasapaino. Teoksessa *Vanheneminen ja terveys*. 129-144. Toim. Lyyra, T-M, Pikkarainen, A & Tiikkainen, P. Tampere. Edita.

Helin, S. 2008. Palvelujärjestelmä toimintakykyisyyden ja selviytymisen edistäjänä. Teoksessa *Gerontologia*. 416-435. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.

Hervonen, A., Kuure, K., Pohjolainen, P. 1998. *Vanhene viisaasti*. WSOY.

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15., uud. painos. Helsinki. Tammi.

Holmi, M. 2012. Kuntoutustyö – Palvelutalon ja hoivakodin työntekijöiden käsitteitä kuntoutustyöstä. *Fysioterapian Pro gradu -tutkimus. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto*. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37736/URN:NBN:fi:jyu-201204301589.pdf?sequence=1>

Hyttinen, H. 2009. Ikäihminen hoitotyön asiakkaana. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*. 41-56. Toim. Tiikkainen, P & Voutilainen, V. Helsinki. WSOYpro Oy.

Hämäläinen, P., Komulainen, K. 2008. Suun terveydenhoito. Teoksessa *Geriatría – arvioinnista kuntoutukseen*. 227-246. Toim. Hartikainen, S., Lönnroos, E. Helsinki. Edita.

- Ikäheimo, K., Lupsakko, T. 2008. Iäkkäiden aistiongelmat: kun ei kuule ja näkökin reistaa. Teoksessa Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 145-164. Toim. Hartikainen, S., Lönnroos, E. Helsinki. Edita.
- Jaatinen, T., Raudasoja J. 2007. Kansamme taudit. Helsinki. WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Kettunen, R. 2008. Iäkkäiden sydänsairaudet. Teoksessa Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 31-66. Toim. Hartikainen, S., Lönnroos, E. Helsinki. Edita
- Kontula, O. 2008. Seksuaalikäyttäytyminen. Teoksessa Gerontologia. 242-260. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.
- Kuuskeri, H. 2012. ”Seikkailumatka omaan itseeni” Elämänhallintaa toiminnallisin keinoin. Ammatillisen opettajankoulutuksen kehittämishanke. Ammatillinen opettajakorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulu.
http://theseus.fi/bitstream/handle/10024/51956/Kuuskeri_Helena.pdf?sequence=2
- Lahelma, E. 2000. Ikääntyminen, sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa Elämäнкаari ja terveys. 202-222. Toim. Lahelma, E. & Rahkonen, O. Gaudeamus.
- Laukkanen, P. 2008. Toimintakyky ja ikääntyminen – käsitteestä ja viitekehystä päivittäistoiminnoista selviytymisen arviointiin. Teoksessa Gerontologia. 261-272. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T. Duodecim.
- Laurell, L., Nordman, P. & Suvikas, A. 2011. Kuntouttava lähihoito. Helsinki. Edita.
- Leino-Kilpi, H. 2012. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä. 277-307. Toim. Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Lyyra, T-M. 2007. Terveys ja toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. 16-28. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere Edita.
- Lyyra, T-M., Tiikkainen, P. 2007. Sosiaaliset suhteet. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. 70-86. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere Edita.
- Lönnroos, E. 2008. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Geriatria – arvioinnista kuntoutukseen. 278-287. Toim. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. Helsinki. Edita.
- Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4.
- Mäntynen, R. 2007. Kuntoutumista edistävä hoitotyö aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä moniammatillisessa kuntoutuksessa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Kuopion yliopisto. Tiivistelmä Medic-

tietokannasta. Viitattu 6.3.2014. Saatavilla www-muodossa:

<http://www.wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2007/ISBN978-951-27-0803-1rmantynen.htm.html>

Ruoppila, I., Suutama, T. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. 116-128. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. Tampere. Edita.

Tiikkainen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Vanheneminen ja terveys. 146-168. Toim. Lyyra, T-M., Pikkarainen, A., Tiikkainen, P. Tampere. Edita.

Uusitalo, T. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Teoksessa Muistin ongelmat – toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. 37-56. Toim. Virjonen, K. PS-kustannus.

Vaarama, M., Voutilainen, P. 2005. Toimintakykymittareiden käyttö ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnissa. Stakes. Raportteja 7/2005. Helsinki.
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/76960/Ra7-2005.pdf?sequence=1>

Valvanne, J. 2001. Geriatrinen kuntoutus. Teoksessa Geriatria. 343-355. Toim. Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. & Tilvis, R. Helsinki. Duodecim.

Valvanne, J. 2001. Apuvälineet. Teoksessa Geriatria. 358-368. Toim. Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. & Tilvis, R. Helsinki. Duodecim.

Vertanen, K. 2012. Asiakaslähtöinen ja kuntouttava työote – havainnointitutkimus ikääntyneiden ajankäytöstä lähijohtamisen tueksi. Pro gradu –tutkielma. Filosofinen tiedekunta. Vaasan yliopisto.

Voutilainen, P. 2009. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. 124-144. Toim. Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. WSOYpro Oy.

Vähäkangas, P. 2010. Kuntoutumista edistävä hoitajan toiminta ja sen johtaminen pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Väitöskirja. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Oulun yliopisto; Terveystieteiden laitos, Tutkimus Medic-tietokannasta. Saatavilla www-muodossa:
<http://www.herkules.oulu.fi/isbn9789514262319/isbn9789514262319.pdf>

Vähäkangas, P. 2009. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. 145-157. Toim. Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. WSOYpro Oy.

Wongpakaran, N., Wongpakaran, T. 2013. Detection of suicide among the elderly in a long term care facility. Dove Press: Clinical Interventions in Aging 2013:8. 1553-1559. Tiivistelmä PubMed-tietokannasta. Viitattu 18.2.2014. Saatavilla www-muodossa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3838472>

OPISKELIJA OHJEET HAVAINNOINTITILANTEISIIN

Opiskelija havainnoi asukkaita tai potilaita, mutta ei osallistu varsinaisiin hoitotilanteisiin. Mikäli asukas tai potilas pyytää apuasi, kutsu paikalle hoitaja. Merkitse asukkaan/potilaan aktiviteetti ja toiminta juuri sillä kellon ajalla kuin se lomakkeessa pyydetään. Merkitse ainoastaan yksi koodi kuhunkin sarakkeeseen.

Asukasta tai potilasta havainnoidaan yhden päivän aikana yhteensä 8 tuntia. Yksi opiskelija havainnoi yhteensä 4 tuntia kerrallaan. Toinen jatkaa havainnointia seuraavan 4 tuntia. Huolehdi siitä, että olet ajoissa paikalla, kun oma havainnointiaikasi alkaa. Voit poistua asukkaan tai potilaan huoneesta vajaan kymmeneksi minuutiksi, mutta palaa takaisin viimeistään silloin kun havainnointiaika lomakkeessa jälleen edellyttää.

Esimerkkitapaus 1. Asukas on suihkussa, joka sijaitsee hänen oman huoneensa yhteydessä. **Toiminnot:** koodi 26 (Pukeutuminen ja hygienia), **Paikka:** koodi 34 (Wc tai kylpyhuone), **Vuorovaikutus:** koodi 58 (Ei kukaan).

Esimerkkitapaus 2. Potilas makaa potilassängyssä ja sairaanhoitaja tuo hänelle lääkkeitä. **Toiminnot:** koodi 8 (Lääkehoito), **Paikka:** koodi 31 (Potilashuone), **Vuorovaikutus:** koodi 53 (Hoitajat)

Koodi 999 = ei havaintoja, tarkoittaa ettei asukkaasta/potilaasta ole havaintoja kyseisenä kellon aikana.

TOIMINTAYKSIKKÖ:

HENKILÖN KOODINUMERO:

HOITOAIKA YKSIKÖSSÄ/OSASTOLLA: _____ **PÄIVÄÄ TAI**_____ **KUUKAUTTA TAI**_____ **VUOTTA****SUKUPUOLI:**_____ **NAINEN**_____ **MIES**

IKÄ: _____ VUOTTA
LIIKKUMISKYKY: _____ KÄVELEVÄ
_____ EI KÄVELEVÄ

KELLON- AIKA	TERAPEUTTI- SET TOIMINNOT	EI TERA- PEUTTISET TOIMINNOT	PAIK- KA	VUOROVAIKU- TUS
8.00				
8.10				
8.20				
8.30				
8.40				
8.50				
9.00				
9.10				
9.20				
9.30				
9.40				
9.50				
10.00				
10.10				
10.20				
10.30				
10.40				
10.50				
11.00				
11.10				
11.20				
11.30				
11.40				
11.50				
12.00				
12.10				
12.20				
12.30				
12.40				
12.50				
13.00				
13.10				
13.20				
13.30				

13.40				
13.50				
14.00				
14.10				
14.20				
14.30				
14.40				
14.50				
15.00				
15.10				
15.20				
15.30				
15.40				
15.50				
16.00				

KOODIN NUMERO	TERAPEUTTISET TOIMINNOT
	FYSIOTERAPIA
1	Yksilöllinen fysioterapia
2	Ryhmäfysioterapia
	TERAPEUTTINEN TOIMINTA (OHJAAJA/HOITAJA MUKANA)
3	Yksilöllinen toimintaterapia
4	Ryhmätoimintaterapia (viriketoiminta, kuntosali)
5	Puheterapia
6	Neuropsykologinen harjoittelu
7	Hoitajan hoito/hoiva (mm. hoitotoimenpiteet, wc-käynnit)
8	Lääkehoito
	LIIKUNNALLISET TOIMINNAT (EI OHJAAJAA MUKANA)
9	Uiminen
10	Kävely
11	Muu liikunnallinen toiminta
12	Itsenäinen kuntoilu/harjoittelu
13	Muut aktiviteetit (juhlat, koiraterapia)

KOODIN NUMERO	EI TERAPEUTTISET TOIMINNOT
21	Istuminen
22	Syöminen, juominen
23	Kuljetus/siirtäminen (myös matkat talon ulkopuolelle)
24	Makaaminen tai nukkuminen (ellei tee mitään muuta)
25	Keskustelu (myös puhelinkeskustelu, riitely)
26	Pukeutuminen ja hygienia
27	Aktiivinen vapaa-aika (sanomalehtien ja kirjojen lukeminen, kävely puutarhassa)
28	Passiivinen vapaa-aika (television katselu, radion kuuntelu jne.)
29	Muut aktiviteetit

KOODIN NUMERO	PAIKKA
31	Potilashuone
32	Terapiahuone (fysioterapia, kuntosali, hoituhuone, jne.)
33	Käytävä
34	Wc tai kylpyhuone, sauna
35	Ruokasali
36	Päiväsali
37	Juhlasali
38	Kirjasto
39	Kahvila
40	Ulkona
41	Joku muu tila

KOODIN NUMERO	VUOROVAIKUTUS
51	Lääkärit ja/tai erikoislääkärit
52	Terapeutit
53	Hoitajat
54	Muut potilaat
55	Vierailijat
56	Muu henkilökunta (laitosapulaiset, osastoapulaiset, huoltohenkilöstö, kampaaja)
57	Viriketoiminnan ohjaajat
58	Ei kukaan
999	Ei havaintoja