

Heikkinen Eija, Rusanen Raija, Väyrynen Tuula

**DEMENTOITUNEEN HYVÄ HOITO – hoitajan näkökulma**

Opinnäytetyö

KAJAANIN AMMATTIKORKEAKOULU

SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

Hoitotyön koulutusohjelma

SYKSY 2005



**Kajaanin  
ammattikorkeakoulu**

## OPINNÄYTETYÖ TIIVISTELMÄ

Ala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Heikkinen Eija, Rusanen Raija, Väyrynen Tuula	
Työn nimi <b>DEMENTOITUNEEN HYVÄ HOITO – hoitajan näkökulma</b>	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Ikääntyvän ihmisen hoitotyö ja terveydenhoitotyö	Ohjaaja(t) Niskanen Sirkka-Liisa
Aika Syksy 2005	Sivumäärä 46 + liitteet
<p>Tiivistelmä</p> <p>Dementia on oireyhtymä etenevästä aivosairaudesta, joka vaikeuttaa sairastuneen arjesta selviytymistä siten, että sairauden edetessä laitoshoidon tulee tarpeelliseksi ja hoitolaitoksesta muodostuu dementoituneen koti. Hoitoa tuottavat julkinen, yksityinen ja kolmas sektori. Dementoituneen hoitotyön tulee perustua uudelleen, myönteiseen ja voimavarakeskeiseen vanhuskäsitukseen.</p> <p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, ovatko hoitajien käsitykset dementoituvien hoitotyöstä yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa ja kartoittaa ne keinot, joilla hoitotyötä voitaisiin kehittää. Selvitimme myös hoitajien käsityksiä koulutuksen merkityksestä hyvän hoidon toteutumisessa.</p> <p>Tutkimustyön tavoitteena oli kehittää dementoituneen hyvää hoitoa ja osoittaa siihen keinoja tutkimustuloksissa. Keräsimme opinnäytetyön aineiston Arvola-kodin hoitohenkilökunnalta avoimilla ja puolistrukturoidulla kysymyksillä. Analysoimme saatu aineisto laadullisella sisällönanalyysillä</p> <p>Tuloksissa todettiin Arvola-kodissa toteutettavan dementoituneiden hoitotyön vastaavan teoriatietao. Työn kehittämiskeinoiksi nousivat koulutus ja henkilökuntaresurssien lisääminen. Vastaajat kokivat, että koulutuksella ja pitkällä työkokemuksella oli merkitystä hyvän hoidon toteutumisessa.</p> <p>Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista tutkia johtajuuden merkitystä hoitotyössä. Samoin tutkimus kehityskeskustelujen merkityksestä hoitajan ammatillisen kasvun tukena olisi kiinnostava jatkotutkimusaihe.</p>	
Luottamuksellisuus	Julkinen
Hakusanat	Dementia, hyvä hoito
Säilytyspaikka	Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto



**Kajaanin  
ammattikorkeakoulu**

## ABSTRACT OF THE FINAL YEAR PAPER

Faculty Health and Sports	Degree programme Nursing
Author(s) Heikkinen Eija, Rusanen Raija, Väyrynen Tuula	
Title Good Care of the Demented - nurses' opinions	
Alternative professional studies Aging nursing, Public health nursing	Instructor(s) Niskanen Sirkka-Liisa
Date Autumn 2005	Total number of pages 46 + 4 appendices
<p>Abstract</p> <p>Dementia is a symptom of a progressing brain disease which makes the everyday managing of the sick more difficult. As the disease progresses demented people need to be taken care of in nursing homes. The homes for elderly people (run by public, private or third sector service providers) are places where the demented stay for the rest of their lives. The nursing of demented has to base on the new, positive and resource oriented nursing.</p> <p>The purpose of the thesis was to find out if nurses' opinions about nursing demented people were similar to previous researches and also to show the ways how nurses wanted to improve the nursing. Furthermore, their opinions about education were also studied.</p> <p>The aim of this study was to develop the nursing of demented people by showing the ways to develop in the results. The research material was collected in the Arvola home for elderly people with an open and half-structured questionnaire. The research methods used were qualitative.</p> <p>The results were that the opinions of the nursing staff at Arvola home were convergent with the previous studies. The ways how they wanted to improve their nursing were education and employment of more nurses.</p> <p>As a future research it would also be interesting to study what kind of influence leadership has on the nursing of demented people. A study on the significance of development discussions on nurses' professional growth would be interesting.</p>	
Confidentiality status	public
Keywords	dementia, good care
Deposited at	Kajaani Polytechnic library

# TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

## SISÄLLYS

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>DEMENTIA JA DEMENTOIVAT SAIRAUDET</b> .....	<b>6</b>
2.1	DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEETÖN HOITO .....	7
2.2	DEMENTOIVIEN SAIRAUKSIEN LÄÄKKEELLINEN HOITO .....	8
<b>3</b>	<b>DEMENTOITUNEIDEN HYVÄN HOIDON ELEMENTIT</b> .....	<b>10</b>
3.1	HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA .....	10
3.2	ELÄMÄNTARINAN TUNTEMINEN .....	12
3.3	DEMENTOITUNEEN IHMISEN HOITOFILOSOFIA .....	13
3.4	FYYSINEN YMPÄRISTÖ .....	14
3.5	OMAISTEN OSALLISTUMINEN HOITOOON .....	15
3.6	AMMATTITAITOINEN JA RIITTÄVÄ HENKILÖKUNTA .....	16
<b>4</b>	<b>YHTEENVETO TEORIASTA</b> .....	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>TUTKIMUSONGELMAT</b> .....	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUKSEN TOTEUTUS</b> .....	<b>20</b>
6.1	TUTKIMUKSEN TAUSTAA .....	20
6.2	AINEISTON HANKINTA .....	22
6.3	AINEISTON ANALYYSI .....	23
<b>7</b>	<b>TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>27</b>
7.1	VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT .....	27
7.2	HYVÄN HOIDON TEKIJÄT .....	28
7.2.1	<i>Ammattitaitoinen ja riittävä henkilökunta</i> .....	28
7.2.2	<i>Kokonaisvaltainen työote</i> .....	29
7.2.3	<i>Hoitopaikan filosofia</i> .....	30
7.2.4	<i>Toimiva fyysinen ympäristö</i> .....	31
7.2.5	<i>Lääkehoito vai lääkkeetön hoito</i> .....	33
7.3	HOITOTYÖN KEHITTÄMISEN KEINOT .....	33
7.3.1	<i>Riittävä henkilökunta</i> .....	34
7.3.2	<i>Lisäkoulutus</i> .....	35
7.4	KOULUTUKSEN JA TYÖKOKEMUKSEN MERKITYS .....	36
7.5	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	37
<b>8</b>	<b>POHDINTA</b> .....	<b>40</b>
8.1	TUTKIMUKSEN EETTISYYS .....	40
8.2	LUOTETTAVUUDEN POHDINTAA .....	42

8.3	TULOSTEN POHDINTAA.....	44
8.4	OMAN OPPIMISEN POHDINTA.....	45
8.5	JATKOTUTKIMUKSET.....	47

<b>LÄHTEET.....</b>	<b>46</b>
---------------------	-----------

## **LIITTEET**

## 1 JOHDANTO

Hyvä hoito on työtä, jota toteutetaan jatkuvasti. Hyvää, laadukasta hoitoa voidaan mitata, ja määrittellä se, mitä tarkoitetaan hyvällä hoidolla ja kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Hoidon laatua voidaan kehittää, kun tiedetään asiakkaiden tarpeet ja odotukset.

Paasivaaran, Nikkosen & Backmanin (2000, 251 – 259) tutkimuksen mukaan apuhoitajan työ on muuttunut arvoperustaltaan paljon yhteiskunnallisessa kontekstissa. 1900 – 1930 luvuilla nuukuusajan vanhusten hoitamisessa oli keskeistä arkipäivän hoivan ja säilyttävän hoitotyön vaihe. Vanhusten kotona hoitaminen koettiin kunnia-asiaksi ja vanhusten hoitaminen vaivaistaloissa herätti kauhukuvia säilyttävästä hoidosta. Työnteon mallina oli ahkeruuden, kurinalaisuuden, itsensä hillitsemisen ja rehellisyyden kunnioittaminen. Sen jälkeisen suuren murroksen vaiheessa apuhoitajan työ oli kollektiivisen hoidon toteuttamista, jolloin hoitajat toimivat kuuliaisina alamaisina, hiljaisina huoltojoukkoina ja rutiinien kaitsijoina. Hoitaminen perustui rutiinotoimintoihin, jotka johtivat usein vanhusten kannalta epäolennaisiin tapoihin. Hyvinvointivaltion aikana 1950 - 1990 -luvulla vanhusten hoitotyön ydinsisältö muotoutui uudelleen, vanhusten erityisyys huomattiin, kodin luominen vanhuksille ja yhdessä tekeminen tuli hoitotyöhön. Omaiset otettiin mukaan vanhuksen elämiseen. Hyvinvointivaltion kriisin jälkeen 1990-luvulta lähtien säästötoimet hoitotyön toteuttamisen resursseissa aiheuttivat hoitotyöntekijöiden stressaantumista ja ainainen kiire vaikeutti heidän haluaan hoitaa vanhuksia niin hyvin kuin he halusivat. Hoitotyö on tullut tehokkaan hoitamisen vaiheeseen, jolloin hoitajan pettymys paluusta säilyttävään hoitoon kuormittaa hoitajaa. Hoitajat, jotka ovat olleet töissä pitkään, muistavat vanhan hyvän ajan, jolloin vanhuksille oli aikaa.

Vanhuslähtöisen hoidon vaiheen aikana hoidon hierarkkinen työmalli murentui ja hoitamisessa otettiin käyttöön yksilöllisiä toimintatapoja ja erityisosaamista. Henkilöstön viihtyvyys ja työtyytyväisyys huomioitiin. Jatkuva itsensä kouluttaminen koettiin välttämättömänä ammattitaidon ylläpitämisessä. Hoitamisen ydinsisällöksi muodostui vanhusten erityisyyden havaitseminen, yhdessä tekeminen, aito läsnäolo ja välittäminen, kodin luominen vanhukselle sekä omaisten mukaanotto hoitamiseen. (Routasalo & Suhonen 2001,75.)

Näkemyks vanhenemisestä on vanhusten hoitotyön perusta. Se ohjaa yhteiskunnan ja hoitotyöntekijöiden suhtautumista ikääntymiseen. Perinteisesti vanhukset on nähty homogeenisenä massana ja passiivisina palvelujen käyttäjinä ja vanhuus luopumisena, suruna ja depressiona. Vanhuus voidaan kuitenkin nähdä sisäisenä kasvuna, rauhana ja tasapainona ja vanhukset aktiivisena, heterogeenisena ryhmänä ja yhteiskunnan voimavarana. Vanhuskäsityksemme on muuttumassa ja myönteinen näkemys vanhuudesta ja vanhuuden ymmärtäminen muiden ikäkausien kanssa tasavertaiseksi ikäkaudeksi on voimavara vanhustyössä. (Laitinen - Junkkari ym. 1999.)

Vanhusväestön sairauksista dementoivat sairaudet ovat niitä, jotka aiheuttavat eniten laitoshoidon tarvetta. Dementia on oireyhtymä aivoja rappeuttavasta sairaudesta. Dementoiva sairaus voi olla parannettavissa, pysäytettävissä tai sen etenemistä voidaan hidastaa lääkehoidolla. Aivoja rappeuttava sairaus tuo muutoksia ihmisen älylliseen toimintaan. Sairastuneen looginen ajattelukyky huononee, lähimuisti heikkenee ja toiminnanohjaukseen, kuten esimerkiksi vaatteiden pukemiseen, tulee vaikeuksia. Vähitellen sairastuneen itsenäinen arjesta selviytyminen vaikeutuu ja hän tarvitsee jatkuvaa hoitoa ja huolenpitoa voimavaralähtöisesti. Tulevaisuudessa dementoivia sairauksia sairastavien osuus kasvaa ja sairauden loppuvaiheen potilas vaatii useasti laitoshoidoa. Laitoshoidoa toteuttavat yksityiset, kunnalliset ja kolmannen sektorin hoitolaitokset. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2003,4.)

Aikuisopiskelijoina meillä on kokemusta usean vuoden ajalta dementoituneiden hoidosta. Olemme nähneet muutoksen hoitokulttuurissa viime vuosikymmenten aikana ja lisäksi lääkehoidon kehittymisen tuomat edut hoitotyöhön. Kiinnostumme mahdollisuudesta tutkia, miten toiset dementoituneiden hoitajat kokevat hyvän hoidon toteutumisen ja miten heidän käsityksensä vastaavat muissa tutkimuksissa saatuja tietoja. Työssämme käytämme nimitystä dementoitunut, koska oletamme tutkittavien vastauksien liittyvän sellaisiin muistisairaisiin, joilla dementoiva sairaus on todettu ja hoitopaikka on tarpeellinen juuri dementoivan sairauden vuoksi.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiset ovat hoitajien käsitykset dementoituneen hyvästä hoidosta. Tarkoituksena oli saada selville hoitajien näkemyksiä dementoituneen hoitotyön kehittämideoista. Tavoitteena oli kartoittaa miten Arvola-kodin hoitajat voivat kehittää dementoituneen hoitotyötä.



## 2 DEMENTIA JA DEMENTOIVAT SAIRAUDET

Dementia on oireyhtymä aivoja rappeuttavasta sairaudesta, ei itsenäinen sairaus. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Useat eri aivomuutokset voivat olla dementoitumisen syynä. Dementoiviin sairauksiin liittyy erityyppisiä käytösoireita ja psykologisia oireita. Psykologiset oireet kertovat dementoituneen mielen sisällöstä ja ne tulevat tavallisesti esille potilaan ja hänen omaistensa kanssa jutellessa. (Sulkava, Viramo, & Eloniemi-Sulkava 2003, 5.) Dementiaan liittyvän muistihäiriön lisäksi sairastuneella todetaan korkeampien aivotoimintojen heikentymistä sekä henkisen toiminnan alenemista (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2001, 88 -89).

Dementoiviin sairauksiin liittyy myös muita käyttäytymisen oireita, kuten fyysinen aggressiivisuus, levottomuus ja kuljeskelu, estoton käyttäytyminen, huutelu, pakko-oireet, toisto-oireet ja tavaroiden keräily, katastrofireaktiot sekä sundowning, jolla tarkoitetaan iltapäivään liittyvää levottomuutta. Käytösoireita lievitetään ensisijaisesti lääkkeettömillä hoidoilla. Käytösoireiden ymmärtämisessä ja hoidossa potilaan elämän historian ja peruspersoonallisuuden tunteminen on suureksi avuksi. Myös somaattisten syiden selvittely on tärkeää. Pois suljetaan aistivajavuuksista syntyneet häiriöt, samoin tulehdusten aiheuttamat, mahdolliset lääketoksisuudet ja sydänperäiset syyt. (Tilvis & Sourander 2001, 85.)

Eloniemi-Sulkavan (1999, 5) mukaan jo dementiayksikön suunnitteluvaiheessa tulee dementoituneiden ihmisten erityistarpeet ottaa huomioon niin tilojen kuin toiminnan sisällön suunnittelussa. Dementoitumisen seurauksena tulevien hahmottamisen ja

tahdonalaisen tekemisen häiriöiden käytännön merkitykset on tunnettava, jotta fyysinen tila edistäisi jokapäiväistä selviytymistä. Yksikön toiminnan tulee luoda dementoituneille ihmisille heidän laadukkaaksi kokemansa ympäristö. Näin dementoituva henkilö säilyttää ihmisarvonsa sekä kokee turvallisuutta ja onnistumista.

Yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Alzheimerin tauti. Sitä sairastaa 60 % kaikista dementiapotilaista. Taudille on tyypillistä hidas alku. Toiseksi yleisin (20 %) dementiaan johtavista taudeista ovat aivoverenkierron häiriöt. Vaskulaarista dementiaa sairastavan oireet riippuvat siitä, missä päin aivoja verenkiertohäiriö on vaurioittanut aivokudosta. Kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Lewyn kappale-tauti, jota sairastaa noin 5-10 % dementoituneista potilaista. Nämä potilaat kärsivät älyllisten toimintojen heikkenemisen lisäksi ekstrapyramidaalioireista kuten kävelyhäiriöistä, jäykkyydestä ja jopa vapinasta. (Sulkava & kumpp. 2003, 6-10.)

## 2.1 Dementoivien sairauksien lääkkeetön hoito

Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan ensisijaisesti sitä, että dementoituneesta ja hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti. Perusteetonta rajaamista ja avuttomuuden korostamista vältetään. Hoitoympäristön ja yhteisön avulla korvataan sekä tasapainotetaan puutteita ja jäljellä olevaa toimintakykyä. Lääkkeettömissä hoidoissa huomiota kiinnitetään hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen. (Erkinjuntti & kumpp. 2002, 464.) Lääkkeetön hoito on aina ensisijainen hoitomuoto käytösoireisiin. Hoitoympäristön muovaaminen turvallisemmaksi, selkeämmäksi, valoisammaksi ja tavallisen elämän ympäristöä muistuttavaksi helpottaa mahdollisia käytösoireita. Hoitaja voi omalla käyttäytymisellään tehdä sairastuneen olon turvallisemmaksi ja vähentää täten dementoituneen sisäistä kaaoksen tunnetta, joka sairauteen liittyy. (Sulkava & kumpp. 2003, 19.)

## 2.2 Dementoivien sairauksien lääkkeellinen hoito

Lääkehoito on yksi osa dementoituneen hyvää hoitoa. Tautia ei voida parantaa, mutta taudin etenemistä voidaan hidastaa. Taudin aiheuttamia käyttäytymisen häiriöitä voidaan lieventää lääkkeillä ja lääkkeettömällä hoidolla. Lääkitystä suunniteltaessa on otettava huomioon potilaan muut sairaudet ja niiden vaatimat lääkitykset.

Dementoivien sairauksien etenemistä voidaan hidastaa lääkehoidolla. Tällä hetkellä ainoastaan Alzheimerin taudin hoitoon on olemassa kohdennetut lääkkeet: asetyylikoliiniesteraasiestäjät, kuten donepetsiili (Aricept), rivastigmiini (Exelon) ja galantamiini (Reminyl). (Sulkava & kumpp. 2003, 7.) Edellä mainitut lääkkeet tehostavat aivojen asetyylikoliinin (aivojen välittäjäaine) toimintaa. Nämä asetyylikoliiniesteraasin estäjät parantavat potilaan tarkkaavaisuutta, keskittymiskykyä sekä yleistä suoriutumista ja selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa. Muistitoimintoihin lääkityksen vaikutus on vähäisempi. Lääkehoito ei estä Alzheimerin taudin etenemistä. (Nurminen, 2004, 283; Erkinjuntti & kumpp. 2002, 486.) Uusimpiin dementialääkkeisiin kuuluva memantiini (Ebixa) auttaa vielä vaikeassa vaiheessa vähentäen käytöshäiriöitä ja vakiinnuttaa päivittäistoimintoja (Viramo, Huusko, Joiniemi & Sulkava 2004, 9).

Dementoituneen lääkehoito tulee aloittaa pienellä annoksella. Lääkelisäykset tulee tehdä varovaisesti, sillä dementoitunut reagoi herkästi jo pieniin lääkemutoksiin. Yleensä hoidettavat dementoituneet ovat ikääntyneitä, joilla lääkkeiden imeytyminen on hidastunut, ja heillä on muitakin perussairauksia, joiden lääkehoito on otettava huomioon dementoivan sairauden lääkitystä suunniteltaessa. Viramo & kumpp. (2004, 34) mukaan vanhusten kaatumisvaaraa lisäävät osaksi myös lääkkeet. Kaatumisen vaaraa lisäävät psykiatriset lääkkeiden käyttö, useiden lääkeaineiden käyttö yhtä aikaa sekä heikentynyt tasapainon hallinta ja liikkumisvaikeudet. Psykiatriset lääkkeiden käyttö lisää kaatumisvaaraa, sillä ne altistavat potilasta verenpaineen laskulle pystyasennossa, heikentävät tasapainon hallintaa ja hidastavat reaktioaikaa ja horjahtaessa tapahtuvaa korjausliikettä. Samoin opioidikipulälääkkeiden käyttö huonontaa toimintakykyä ja lisää kaatumisvaaraa aiheuttamalla väsymystä, tokkuraisuutta ja sekavuutta.

Erityistä varovaisuutta tulee noudattaa lääkkeissä, joissa vaikutusmekanismi on päinvastainen demencialääkkeiden kanssa. Näitä lääkkeitä ovat antikolinergiset lääkkeet, kuten digoksiini, kortisoni, varfariini, teofylliini ja furosemidi. Jos potilaalla joudutaan käyttämään antikolinergisiä lääkkeitä, on syytä pitää mielessä näiden lääkkeiden mahdolliset haittavaikutukset, ettei sekoiteta niitä taudin aiheuttamiin oireisiin. (Viramo & kumpp. 2004, 33.)

### 3 DEMENTOITUNEIDEN HYVÄN HOIDON ELEMENTIT

Ihmisen hoitaminen on määritelty ihmisen kaikenpuolisen hyvän edistämisenä. Hyvän hoidon lähtökohtana on hyvän olon tuottaminen. Hyvää dementoituvan ihmisen hoitoa luonnehtii kattavuus. Kattavuudella tarkoitetaan hoidon kokonaisuutta, joka käsittää dementoivan sairauden ja muiden sairauksien hyvän hoidon sekä kuntouttavan työtteen toteuttamisen. Kattavuus käsittää myös toimintakyvyn säännöllisen arvioinnin, sekä hoitosuunnitelman ja kirjaamisen tavoitteellisen käyttämisen. Hyvä hoito kattaa myös dementoituneen ihmisen elämäntarinan tuntemisen ja sen hyödyntämisen hoidossa. Hoidon perustana on filosofinen kokonaiskuva ihmisestä. Hoidon tavoitteina ovat dementoituvan ihmisen toimintakyvyn tukeminen, hänen voimavarojensa monipuolinen hyödyntäminen sekä hyvän olon ja mielekkään elämän saavuttaminen. Kattavuus käsittää myös omaisten tukemisen. (Winblad & Heimonen, 2004, 78.)

#### 3.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Ikäihmisen laadukas hoito ja palvelu perustuvat huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen kartoitukseen, johon tuovat oman osaamisensa sosiaalityön, hoitotyön ja lääketieteellisen työn osaajat sekä muut ikääntyneen hoitoon ja palveluun osallistujat. Tämä moniammatillinen osaaminen kulminoituu ja tulee näkyväksi ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmassa. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2004, 91.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakaslähtöisen hoitotyön toteutuksen työväline. Se ohjaa hoidon ja palvelun tehokasta kohdentamista ja tavoitteellista toteuttamista. Sen avulla turvataan asiakkaan yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus saumattomaksi kokonaisuudeksi. Suunnitelman laatimisella on myös juridinen perusta. Lait ja asetukset sisältävät velvoitteita suunnitelman laatimiseen ja sisältöön: laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (asiakaslaki 812/200), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (potilaslaki 785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) sekä henkilökisterilaki (471/1987) ja sen muutokset 1011/1989, 387/1994, 630/1995. (Voutilainen & kumpp. 2004, 91.)

Hyvään hoito- ja palvelusuunnitelmaan kuuluu asiakkaan toimintakyvyn kartoittamisen lisäksi hoidon ja palvelun tarpeen määrittely. Asiakkaan voimavarat, omaiset ja muut tukiverkostot otetaan huomioon suunnitelmaa laadittaessa ja siihen kirjataan konkreettiset ja selkeät tavoitteet hoidolle ja palvelulle asiakkaan hyvinvoinnin ja toimintakyvyn lisäämiseksi ja ylläpitämiseksi. Hoitoon ja palveluun osallistuvat sopivat yhdessä toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi, unohtamatta tässä omaisia ja muita asiakkaan tukihenkilöitä. Tavoitteiden toteutumista seurataan määräajoin. Hoito- ja palvelusuunnitelma on aina kirjallinen. Se tulee laatia moniammatillisessa työryhmässä ja yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. (Voutilainen, Vaarama & kumpp. 2004, 91 -92.)

Ikäihmisen tarpeet ratkaisevat, millainen on kunkin ammattihenkilöstön panos hänen hyvän hoitonsa ja palvelunsa kannalta. Tästä näkökulmasta on myös sovittava, kuka ottaa päävastuun tilannekartoituksesta, hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisesta ja sovitun suunnitelman toteutumisesta. Ikäihmisen hyvästä hoidosta ja palvelusta päävastuun ottaneella taholla on koordinoituvastuu. Koordinoija on laitoksissa asiakkaan omahoitaja. Hän huolehtii, että asiakas pysyy hoidon ja palvelun subjektina koko auttamisprosessin ajan, silloinkin kun hän ei kykene selkeästi ilmaisemaan omaa tahtoaan. Omahoitaja hankkii tarvittavan tiedon ja osaamisen eri ammattihenkilöiltä asiakkaan tilanteen selvittämiseksi ja hänen hoitamiseksi. Hän vastaa oikean hoitomuodon sekä oikeiden hoitokeinojen valinnasta yhdessä eri ammattialojen toimijoiden kanssa. Omahoitajan

vastuulla on selvitystyön pohjalta syntyvän hoito- ja palvelusuunnitelman tekeminen sekä suunnitelman pohjalta tapahtuvan hoidon toteutuksen eteneminen. Omahoitaja vastaa myös jatkuvasta arvioinnista ja tiedon kulusta. (Voutilainen ym. 2004, 91 -92.)

### 3.2 Elämäntarinan tunteminen

Elämäntarinatietojen avulla voidaan paremmin ymmärtää, miksi ihminen käyttäytyy tai reagoi tiettyihin ärsykkeisiin tai tilanteisiin tietyllä tavalla. Elämäntarina-ajattelussa kaikki liittyy kaikkeen ja kaikella käyttäytymisellä on jokin tarkoitus. Dementoituneen ihmisen käyttäytyminen ei ole mieletöntä tai järjetöntä, sillä hän yrittää käyttäytymisellään viestittää muille ihmisille jotakin. Dementoitunut ihminen yrittää viestittää tunteitaan ja tarpeitaan käytettävissä olevilla keinoillaan. Usein perimmäinen viesti on vajuus jonkin inhimillisen tarpeen tyydyttämisessä. (Mäkisalo 2001, 36- 37.) Päätöksentekokykynsä menettäneen dementiapotilaan tahtoa tulee kunnioittaa silloinkin, kun hän ei ole sitä selkeästi ilmaissut, mutta se voidaan esimerkiksi hänen elämänhistoriansa ja – asenteidensa perusteella olettaa (Heimonen & Tervonen 2004, 17).

Koska dementoitunut ihminen ei välttämättä pysty itse kertomaan tarinaansa toiselle, hoitotyöntekijöiden on oltava aktiivisia kuullakseen, nähdäkseen ja havainnoidakseen jokaisen autettavan tarinaa ja sen vaikutusta tähän hetkeen. Tässä asiassa omaisten ja läheisten apu on ensisijaisen tärkeää. Omaiset voivat kertoa, millainen ihmisen elämä on ollut lapsuudesta tähän hetkeen. Millaiset arvot, tavat ja tottumukset ovat olleet tärkeitä, miten hän on suhtautunut toisiin ihmisiin, elämään ja kuolemaan. Ketkä ovat olleet dementoituneelle läheisiä ja tärkeitä ihmisiä ja mistä asioista hän on ollut kiinnostunut. Omaiset voi kertoa dementoituneen elämäntarinan kohokohtia ja tarvittaessa myös kipeitä paikkoja, tärkeitä asioita sekä onnen aiheita. Näitä voidaan sitten muistella, tehdä yhdessä ja harrastaa sekä toisaalta pyrkiä tietoisesti välttämään. (Mäkisalo 2001, 36.)

### 3.3 Dementoituneen ihmisen hoitofilosofia

Heimosen & Qvikin mukaan (2002, 5) hoitopaikalla tulee olla selkeästi ja ymmärrettävästi kirjattu hoitofilosofia/toiminta-ajatus, joka on hoidettavina olevien dementoituvien ja heidän omaistensa tiedossa ja nähtävänä. Hoitofilosofia perustuu viimeisimpään tutkittuun eri tieteenalojen tuottamaan tietoon dementoituvan hyvästä hoidosta. Hoitoyhteisössä toiminnan perustana oleva toiminta-ajatus, arvot ja periaatteet määritellään yhdessä. Toiminta-ajatusta laadittaessa tulee sen sisältämät asiat huomioida asiakkaan, työyhteisön ja työntekijöiden kannalta sekä yhteiskunnallisista näkökulmista. Toiminta-ajatuksen, arvojen ja periaatteiden selkiyttäminen on jatkuvaa pohdintaa ja arviointia vaativa prosessi. Hoitohenkilökunnan osallistuessa laadintaan syntyy toiminta-ajatus, joka koetaan aidosti omaksi ja johon sitoudutaan paremmin. Hoitofilosofian yhteinen pohtiminen työyhteisössä on edellytyksenä sisäistämislle ja hoitoidean käytännön toteutumiselle. Toiminta-ajatus tulee tarkistaa säännöllisin väliajoin, mikä tarkoittaa sen tavoitteellista arviointia ja yhteistä keskustelua työyhteisössä

On hyvin tärkeää, että hoitohenkilökunta on ollut mukana laatimassa hoitofilosofiaa. Hoitofilosofia ohjaa arjen toimintaa, auttaa uusien työntekijöiden perehdyttämisessä ja on muistuttamassa siitä, että hoitosuunnitelma tulee tarkistaa säännöllisesti. Hoitofilosofia on sisällöltään konkreettinen ja se sisältää toimintaa ohjaavat keskeiset toimintaperiaatteet työyhteisössä. Suunnitelmassa on selkeät tavoitteet dementoituvan hyvälle hoidolle ja keinot miten tavoitteet saavutetaan. Hoitofilosofian tavoitteissa ja keinoissa korostuvat dementoituvan henkilön voimavarat, kuntouttava työote ja omaisen tukeminen. (Heimonen & Qvik 2002, 8.)



### 3.4 Fyysinen ympäristö

Fyysinen ympäristö vaikuttaa dementoituneen ihmisen elämänlaatuun ja se on määritettävissä laadukkaan hoidon tukitekiäjäksi. Fyysinen ympäristö tukee dementoituvan ihmisen mahdollisuutta sosiaaliseen kanssakäymiseen ja aktivoi aisteja. Ympäristö on terapeutin voimavara. Ympäristössä tulee huomioida dementoivien sairauksien aiheuttamat erityisvaateet, orientaation ja hahmottamisen tukeminen sekä viihtyisyys ja kodin tuntu. Tilaratkaisujen on oltava selkeitä, toimivia ja turvallisia. Fyysinen ympäristö voi kompensoida dementiaa sairastavan kognitiivista heikentymistä. Ympäristössä on vältettävä ärsykkeiden liiallisuutta ja sekavuutta, sillä ne herättävät ahdistuneisuutta ja levottomuutta dementoituvassa. Ympäristön tulisi olla ilmapiiriltään lämmin, rauhallinen sekä kodinomainen. ( Heimonen & Tervonen 2004, 82.)

Osa dementoituneista hyötyy selkeästi siitä, että päivän tärkeät tapahtumat, päivämäärät, nimipäivät sekä työvuorossa olevien hoitajien ja hoidosta vastaavien nimet ovat hyvin esillä. Henkilökunnan valokuvat seinillä helpottavat dementoituvia ja heidän omaisiaan tunnistamaan hoitavan henkilökunnan nimeltä. ( Heimonen & Voutilainen 1998, 145.)

Dementoituvan ihmisen erityispiirteet huomioivassa ympäristössä on tilaa liikkua ja runsaasti aikaa ja paikkaan orientoitumista helpottavia vihjeitä. Hoidettavien turvallisuutta ja hoitoympäristön hahmottamista helpottavia tekijöitä on huolellisesti harkittu ja toteutettu. Fyysisen ympäristön suunnittelu dementoituvan ihmisen erityispiirteet huomioon ottavaksi lisää osaltaan elämänhallinnan tunnetta ja dementoituvan hyvinvointia. (Heimonen & Qvik 2002, 4.)

### 3.5 Omaisten osallistuminen hoitoon

Omainen on tärkeä yhteistyökumppani, joka auttaa ammattihenkilöstöä ymmärtämään ikääntyneen hoidettavan taustaa ja käyttäytymistä. Omaisten osallistuminen asiakkaan hoitoon perustuu aina asiakkaan ja omaisten omaan haluun. Yhteistyö omaisten kanssa on otettava yhdeksi asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelman tavoitteeksi. Suunnitelmaan kirjataan toimintamuodot, joiden avulla yhteistyö toteutetaan. Yhteistyön toimivuus on asetettava yhdeksi ammatillisesti korkealaatuisen hoidon ja palvelun kriteeriksi ja sen toteutumista käytännössä tulee seurata. Omainen on erittäin tärkeä hoidon ja palvelun laadun arvioija. (Vaarama & Voutilainen 2004, 77.)

Omaisat ovat sekä tiedollinen että emotionaalinen voimavara sairastuneen hoidossa. Tämä auttaa hoitajia hahmottamaan sairastuneen tilannetta ja luo pohjaa sairastuneen hoidossa. Omainen on laitoshoidossa olevan dementoituneen henkilön sidoksena laitoksen ulkopuoliseen elämään. (Routasalo 2004, 91.) Gothonin (1994, 249) mukaan omaisten toimiessa tulkkeina on myös helpompaa oppia ymmärtämään vanhuksen käyttäytymistä ja tapaa ilmaista itseään. Hoitajat, jotka toimivat sairastuneen kanssa päivittäin arjen toiminnoissa, koordinoivat moniammatillista yhteistyötä, johon toimintakyvyn tukeminen perustuu. Kukin ammattiryhmä tuo oman osaamisensa tavoitteiden saavuttamiseen. Omaisten hiljainen tieto ammattihenkilöiden osaamisen tukena vahvistaa tavoitteiden mukaista hoitotyötä. (Routasalo 2004, 92.)

Vaarama ja Voutilainen (2004, 82) toteavat, että keskeistä on nähdä omaiset voimavarana ikääntyvien hoidossa ja palvelussa kaikissa toimintaympäristöissä. Hoitajien kuuluu huolehtia omaisten jaksamisesta ja tunnistaa omaisten yksilölliset voimavarat ja mahdollisuudet kantaa vastuuta ja osallistua ikääntyneen hoitoon. Tärkeää on myös olla tukena omaisille erityisesti hoito- ja palvelujatkumon kriittisissä pisteissä, kuten silloin, kun ikääntyneen toimintakykyä alentava sairaus on todettu. Samoin tuen tarve on suuri ikääntynyt siirtyessä kotoa laitoshoidon ja päinvastoin, hänen menehtyessään sairauteensa tai omaisten väsyessä taakkansa alla.

### 3.6 Ammattitaitoinen ja riittävä henkilökunta

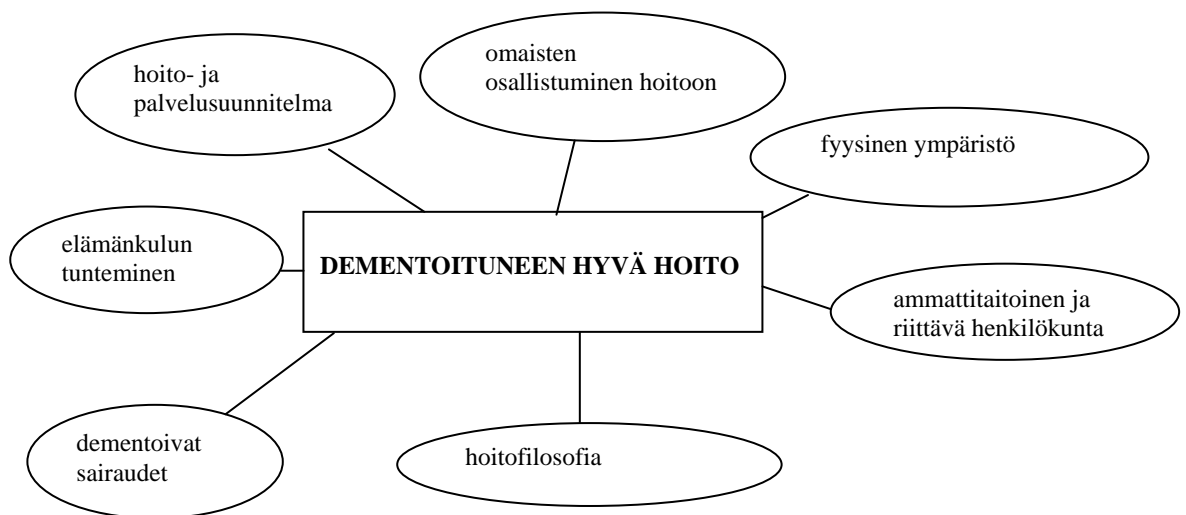
Hyvän hoitajan ominaisuuksia ovat muun muassa humanisuus, ystävällisyys, empaattisuus, ammattitaito ja iloisuus. Hoitajan ammattitaito on hyvän hoidon edellytys. Hoitajalla tulee olla peruskoulutus hoitotyöhön sekä tiedot vanhusten hoidosta. Myös hoitajan luonne vaikuttaa siihen, kuinka hyvin hän pystyy hoitamaan vanhusta. Työtä ei kuitenkaan opita pelkästään koulutuksen kautta. (Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio, 2001, 53 -54.)

Mustajoen ja kumppaneiden (2001, 6) mukaan hyvän hoidon edellytyksenä pidetään hoitajan kutsumusta hoitotyöhön, mikä ilmenee ihmisläheisyytenä ja työstä nauttimisena. Hoitohenkilökunta kokee, että organisaation sisäinen yhteistyö on yksi edellytys vanhusten hyvälle hoitotyölle. Hoitohenkilökunnan sitoutumista yhteisiin tavoitteisiin, motivoituneisuutta, tiimityötä ja johtamista pidetään keskeisenä yhteistyön onnistumiselle.

Heimonen & Quick esittelevät kirjassaan (2002, 3 -7) Alzheimerin keskusliiton laatimat kriteerit. Niiden mukaan hyvä hoito edellyttää ammattitaitoisia ja dementoituvan erityispiirteisiin perehtyneitä hoidon antajia olevan riittävästi suhteessa asiakasmäärään. Henkilöstömitoitus tulee aina suhteuttaa ympäröiviin olosuhteisiin ja hoidettavina olevien dementoituvien dementia-asteeseen. Hyvän hoitotyön toteuttamiseksi tarvitaan riittäviä toimintaresursseja, johdon tukea sekä ryhmätyöskentelyn taitoja ja tietoja. Sekä hyvän hoidon toteuttamisen että työyhteisön toimivuuden kannalta on tärkeää, että henkilökunnan koko osaamista hyödynnetään laajasti. Ammatillisten tietojen ja taitojen kehittämiseen on oltava mahdollisuuksia. Henkilökunnan jaksamista voidaan tukea mm. hyvällä perehdytyksellä, työnohjauksella, ammattikirjallisuudella ja konsultaatioavulla. Työssä jaksamista tukevat oman työn arvostaminen, mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön sekä hyvä esimiesten työpanos. Motivoitunut ja työhönsä sitoutunut henkilökunta tunnistaa omassa työssään kehitymis- ja kehittämistarpeita.

Voutilaisen (1997, 54, 136- 151) mukaan dementiatyöhön on tarpeellista saada henkilöitä, joilla on omaa halua työhön, halua oppia uutta, kehittyä ja kehittää sekä erityisesti kyky nähdä dementoituvan ihmisen jäljellä olevia voimavaroja ja tukea jäljellä olevia kykyjä. Hoitajan oma asennoituminen dementoituvaan ihmiseen on hyvän hoidon näkökulmasta tarkasteltuna yksi keskeisimmistä laatutekijöistä. Työyhteisössä tulisi huolehtia siitä, että kunkin hoitajan kanssa käydään säännöllisesti arviointikeskustelu, jossa saadaan palautetta työssä onnistumisista sekä myös kehittymisen alueista. Tämä auttaa selvittämään ammatillisen toiminnan nykyvaiheen sekä tukemaan ammatillista kasvua ja kehitystä.

#### 4 YHTEENVETO TEORIASTA



KUVIO 1. Mukailtu käsitekartta

Dementoituneen hyvä hoito koostuu ammattitaitoisesta ja riittävästä henkilökunnasta, joka tuntee dementoivat sairaudet ja niiden vaikutukset sairastuneen arjesta suoriutumiseen. Hoitotyötä ohjaa hoito- ja palvelusuunnitelma, joka perustuu hoitopaikan hoitofilosofiaan ja dementoituneen elämän historian tuntemiseen. Hyvän hoidon toteutumisessa omaiset otetaan mukaan hoitotyön suunnitteluun ja toteutukseen. Hoitopaikan fyysinen ympäristö on dementoituneen arjesta selviytymistä tukevaa.

## 5 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, olivatko hoitajien käsitykset dementoituneen hoitotyöstä yhteneväisiä aikaisempien tutkimustulosten kanssa, ja kartoittaa ne keinot, joilla hoitotyötä voitaisiin kehittää. Selvitimme myös hoitajien käsityksiä koulutuksen merkityksestä. Tutkimustyömme tavoitteena oli kehittää dementoituneen hyvää hoitoa ja antaa siihen keinoja.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Mistä tekijöistä mielestäsi dementoituneen hyvä hoito muodostuu vanhusten hoitolaitoksissa?
2. Miten dementoituneiden vanhusten laitoshoitotyötä voidaan kehittää?
3. Millainen merkitys koulutustaustalla on hyvän hoidon toteutumisessa?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen periaatteita ovat väljyys ja jousto sekä hyvin täsmällisen suunnittelun ohittaminen, koska tutkijat eivät pysty ennakoimaan kaikkia tutkimusprosessin tapahtumia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997,45). Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen ja siinä pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkija ei voi irtisanoutua arvolähtökohdista, sillä arvot muovaavat sitä, mitä ja miten pyrimme ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Laadullisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä löytää tai paljastaa tosiasioita, kuin todentaa jo olemassa olevia totuuksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000, 152.) Käsitelimme aineiston laadullisella sisällön analyysillä.

### 6.1 Tutkimuksen taustaa

Tutkimustehtävän tai -ongelman määrittelyssä tutkija kuvaa tutkimuksen taustaa ja sitä ongelmaa, jota hän aikoo tutkia (Krause & Kiikkala 1997, 17). Saimme tietää, että Arvola-koti on kiinnostunut ammattikorkeakoulun opiskelijoiden tekemistä opinnäytetöistä. Hoitotyön kehittämisen ja laatuajattelun pohjalta kiinnostuimme tutkimaan yhden hoitopaikan hoitajien käsityksiä dementoituneen hyvästä hoidosta ja heidän näkemyksiään lisäkoulutuksen tarpeellisuudesta. Niinpä otimme yhteyttä Arvola-kotiin ja päätimme tutkia hoitajien käsityksiä dementoituneen hyvästä hoidosta hoitajan näkökulmasta ja samalla kartoittaa heidän kehittämisideoitaan dementoituneen hoitotyöstä.

Tutkimusluvan (LIITE 1) haimme Arvola-kodin johtajalta Sirkku Sadonoja-Salmiselta. Kerroimme tutkimuksestamme, ja hän antoi luvan toteuttaa kirjallisen kyselyn hoitajille. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat valitsimme yhdessä johtajan kanssa siten, että kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli riittävän pitkä kokemus dementoituvan hoitamisesta. Sovimme, että saatekirje (LIITE 2) ja tutkimuslomake (LIITE 3) jätettiin jokaiselle hoitajalle ja heillä oli kaksi viikkoa aikaa vastata kysymyksiin. Varmistimme tutkittavien anonymiteetin siten, että he saivat palauttaa vastauksensa suljetussa kirjekuoressa tähän tarkoitukseen varattuun laatikkoon, jonka haimme pois Arvola-kodista ilmoittamanamme ajankohtana. Jaoimme yhteensä kaksikymmentä tutkimuslomaketta ja niistä palautettiin kymmenen.

Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että tutkittavaa aineistoa voidaan kerätä laajasti ja vastaajilla on mahdollisuus tuoda esille omin sanoin se, mitä mieltä he todella ovat tutkittavasta asiasta. Avoimet kysymykset eivät anna vastausehdotuksia. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Haittana voidaan pitää miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, ovatko he pyrkineet vastaamaan rehellisesti ja huolellisesti. Vastaamattomuus nousee joissakin tapauksissa suureksi. (Hirsjärvi ym. 2000, 182 -198.) Keräsimme aineiston Arvola-kodin hoitajilta avoimilla kysymyksillä, joihin he saivat vastata kirjallisesti.

Tutkijalla on tutkittavasta asiasta tietty esiyymmärrys, joka laajenee tutkimuksen tulkinnan ja merkityksenannon kautta (Hirsjärvi & kumpp. 2000, 64). Esiyymmärryksen tutkimukseen hankimme tutustumalla aiheesta tehtyihin tutkimuksiin sekä tutustumalla Suomen dementiahoitoyhdistyksen ja Alzheimer-liiton julkaisuihin hyvän hoidon kriteereistä. Myös omat kokemuksemme auttoivat esiyymmärryksen muodostamisessa.

Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tieto kerätään, omaavat tutkittavasta asiasta mahdollisimman paljon tietoa ja että heillä on kokemusta asiasta. Tutkimusraportissa on kerrottava, miten aineiston valinta on mietitty ja miten aineisto täyttää sopivuuden kriteerit. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87 – 88.)



## 6.2 Aineiston hankinta

Laadimme kysymyslomakkeet luettuamme aiemmin tehtyjä tutkimuksia dementoituneiden hoidosta. Näin saimme idean tutkia, miten käytännön hoitotyö vastaa aikaisemmin tutkittuja tuloksia. Esitestasimme kysymykset kahdella lähihoitajilla ja kahdella sairaanhoitajaopiskelijalla ja huomasimme, että kysymykset ovat ymmärrettäviä ja niillä saamme vastauksia tutkimukseemme.

Lomakehaastattelussa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelman asettelun kannalta olennaisia asioita, ja jokaiselle kysymykselle pitää löytyä perustelu tutkimuksen viitekehyksestä eli jo aikaisemmin tutkitusta tiedosta (Tuomi & Sarajärvi 2002,77). Lomakkeen valmistelussa käytetään apuna esitutkimusta jolloin monia näkökohtia voidaan tarkistaa ja kysymysten muotoilua tarkistaa varsinaista tutkimusta varten. Lomakkeen kokeilu on välttämätöntä. Lomakkeen tulisi olla ulkoasultaan moitteeton ja näyttää helposti täytettävältä. Avovastauksille tulisi olla riittävästi tilaa. (Hirsjärvi & Kumpp. 2000,191.) Teimme kysymyslomakkeet siten, että jokainen kysymys oli omalla sivullaan. Tiivistimme kysymykset yhdelle sivulle liitteeksi.

Eskola (1975, 75) määrittelee kyselyn sellaiseksi menettelytavaksi, jossa tiedonantajat itse täyttävät heille esitetyn kyselylomakkeen joko valvotussa ryhmätilanteessa tai kotonaan. Kun halutaan saada tietoja ihmisten kokemuksista, on käytettävä strukturoimattomia tai puolistrukturoituja kysymyksiä, haastatteluja, havainnointia, tutkittavien kirjoittamia selostuksia ym. (Krause & Kiikkala 1996, 104.) Puolistrukturoituihin kysymyksiin haastateltavat vastaavat omin sanoin (Eskola & Suoranta 2001,87). Aineiston hankinnalla halusimme saada selville Arvola-kodin hoitajien käsityksiä dementoituneen hoidosta ja heidän työn kehittämisajatuksiaan.

Tutkimuksen aiheen valinta on tärkeä vastaamiseen vaikuttava tekijä, jota voidaan lomakkeen ja kysymysten huolellisella laadinnalla tehostaa ja näin parantaa tutkimuksen

onnistumista. (Hirsjärvi ym. 2002, 185.) Kysymysten laadinnassa koimme saavamme vahvistusta ajatuksillemme silloin, kun jouduimme perustelevaan kysymysten laadintaa yhteisillä ohjaustunneilla koulussa.

### 6.3 Aineiston analyysi

Teoriaa testaava tutkimus on hypoteettis-deduktiivista. Sen lähtökohtana on olemassa oleva teoria, jonka paikkansa pitävyyttä tutkitaan. Teoriaa testaava tutkimus lähtee joistakin olemassa olevista teoreettisista lausumista ja aikaisempien tutkimusten tuloksista. Tutkija muodostaa tutkimuksen taustaksi teoreettisen viitekehysten, jonka avulla rajataan tutkimusongelma, muodostetaan mahdolliset hypoteesit, kerätään ja analysoidaan tutkimusaineisto ja tehdään johtopäätökset. (Krause & Kiikkala 1996, 75 ; Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.)

Deduktiivista sisällön analyysia ohjaa käsittekartta, joka pohjautuu aikaisempaan tietoon. Tämän aikaisemman tiedon pohjalta tehdään analyysirunko, johon sisällöllisesti sopivia asioita etsitään aineistosta. Käytettäessä valmista analyysirunkoa analyysi voidaan tehdä niin, että aineistosta poimitaan kategorioihin vain niihin sopivat ilmaisut tai niin, että analyysirunkoon sopivien ilmaisujen lisäksi poimitaan ne ilmaisut, jotka eivät sovi analyysirunkoon. Tällöin ilmaisut, jotka eivät sovi analyysirunkoon, käsitellään induktiivisella sisällön analyysillä. Se, kumpaa tapaa käytetään, määräytyy tutkimuksen tarkoituksen mukaan. (Kyngäs & Vanhanen, 1999, 7-8.)

Analysoimme aineistoa käyttäen apuna käsittekarttaa (KUVIO 1, s. 16), jonka olimme tehneet jo tutustuessamme teorian tietoon. Käsittekartan pohjana käytimme Alzheimer keskusliiton julkaisemaa ”Dementoituvien hyvän hoidon elementit -kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa” -julkaisua, jota mukailimme aikaisempien tutkimustulosten mukaan. Kriteeristöä voimme pitää luotettavana, sillä se on työstetty

asiantuntijaryhmässä, johon kuuluivat mm. kuntoutusohjaaja Minna Huhtamäki-Kuoppala, terveydenhuollon tohtori Arja Isola, lääketieteen tohtori Petteri Viramo ja dementianeuvoja Kaija Viitakoski.

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko on tutkimuksen ydinasia. Analyysivaiheessa tutkijoille selviää, millaisia vastauksia he saavat ongelmiin. Niinkin voi käydä, että analyysivaiheessa tutkijoille selviää, miten ongelmat olisi pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2000, 207.)

Aineiston valintaan vaikuttivat meidän omat resurssimme tähän tehtävään. Mietimme, kuinka saamme sellaisen analysoitavan aineiston, jonka pystyisimme hallitsemaan ajallisesti ja määrällisesti. Aluksi pohdimme kahden eri hoitopaikan tarkastelua, mutta lopulta päädyimme yhteen tutkittavaan paikkaan. Näinkin meillä oli mahdollisuus saada opinnäytetyön kannalta sopivan kokoinen aineisto, mutta emme ensikertalaisina ottaneet huomioon mahdollista katoa vastauksissa. Siispä analysoitava aineisto oli niukka ja jouduimme kysymään ohjaajaltamme, voimmeko edes jatkaa näin pienellä aineistolla, mutta hän antoi luvan jatkaa tutkimustyötämme.

Vastaukset kirjoitimme puhtaaksi analysointia varten. Kyngäs & Vanhasen (1999, 5) mukaan aineistoon tutustumisen jälkeen analyysin etenemistä säätelee se, ohjaako analyysiä ennalta valitut kategoriat, käsitteet, teemat tai käsitejärjestelmä vai ohjaako aineistoa analyysi. Käytimme tutkimuksessamme deduktiivista sisällön analyysia. Keräsimme aineistosta teemoihin vastauksia suorina lainauksina, pelkistimme lainaukset, ryhmittelimme pelkistetyt ilmaukset ja abstrahoiimme ne alakategorioiksi, jonka jälkeen abstrahoiimme vastaukset yläkategorioiksi. Esimerkki aineiston analyysistä on liitteenä (LIITE 4).

Koulutuksen ja pitkän työkokemuksen merkityksestä hyvän hoidon toteutuksessa saatu aineisto on käsitelty induktiivisella sisällönanalyysillä. Induktiivinen aineistoanalyysi

voidaan jakaa prosesseiksi, jossa on kolme vaihetta, aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja aineiston teoreettisten käsitteiden luominen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110 - 112).

Aineiston pelkistämässä voi olla auki kirjoitettu haastattelu tai jokin muu asiakirja, joka pelkistetään karsimalla aineistosta tutkimukselle epäolennainen pois. Auki kirjoitetusta aineistosta etsitään tutkimustehtävän kysymyksillä niitä kuvaavia ilmaisuja. Sen jälkeen pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan peräkkäin eri konseptille. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 111 - 112.)

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Käsitteet, jotka tarkoittavat samaa asiaa, ryhmitellään ja yhdistetään kategorioiksi ja nimetään kategorian sisältöä kuvaavalla käsitteellä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 112 - 113.)

Aineiston käsitteellistämässä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin edetään alkuperäisinformaation käyttämistä kielellisistä ilmauksista. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja näin saadaan vastaus tutkimustehtävään. (Tuomi & Sarajärvi 2002 114 - 115.)

Kirjoitimme auki saadun aineiston, jonka jälkeen luimme aineiston huolellisesti useaan kertaan läpi ja samalla alleviivasimme ilmaisut, jotka kuvasivat tutkimusongelmaamme. Alleviivauksen jälkeen kirjoitimme alkuperäisilmaisut paperille, jonka jälkeen pelkistimme alkuperäisilmaisut. Tämän jälkeen ryhmittelimme ne pelkistetyt ilmaisut, jotka mielestämme kuuluivat yhteen. Pelkistetyistä ilmaisuista muodostimme samaa ilmiötä kuvaavia alakategorioita ja nimesimme ne. Alakategoriat yhdistimme yläkategorioiksi, joista muodostimme yhdistävän kategorian.

Tuloksissa kuvataan kategorioiden sisällöt eli mitä kategoriat tarkoittavat. Sisältö kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. Suoria lainauksia käytetään lisäämään tuloksien luotettavuutta. Lainauksilla voidaan osoittaa lukijalle, mistä alkuperäisaineistosta kategoriat on muodostettu. (Kyngäs & Vanhanen 2003, 10.)

## 7 TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän luvun tarkoituksena on vastata opinnäytetyömme tutkimusongelmiin. Tutkimuksellamme halusimme selvittää, millaista on dementoituneen hyvä hoito laitoksessa sekä miten sitä voidaan kehittää. Halusimme selvittää myös koulutuksen merkitystä hoitotyön toteutuksessa.

Tutkimuksen luotettavuuden takia halusimme saada vastaukset mahdollisimman aitoina esiin, joten olemme käyttäneet suoria lainauksia opinnäytetyömme tuloksia esitellessämme. Suorat lainaukset on kirjoitettu kursivoituina tekstissä.

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi kymmenen Arvola-kodin hoitajaa. Vastaajien ikäjakauma oli 33 ja 55 vuoden väliltä, keski-ikä ollessa hieman alle 43 vuotta. Jokaisella vastaajalla oli vähintään toisen asteen ammatillinen koulutus. Suurin osa vastaajista oli lähi-, perus- tai kodinhoitajakoulutuksen saaneita. Yksi vastaajista oli sairaanhoitaja. Kaikilla vastaajilla oli pitkä työkokemus hoitoalalta. Lyhyin työkokemus oli kuusi vuotta ja pisin kolmekymmentä vuotta. Vastaajien työsuhteet olivat pääsääntöisesti vakinaisia. Vastaajien kokemukset työssä jaksamisesta olivat seuraavat: suurin osa koki jaksavansa melko hyvin ja vain muutama melko huonosti. Kukaan vastaajista ei kokenut jaksavansa erittäin huonosti.

Osa vastaajista oli saanut lisäkoulutusta dementoituvan hoitotyöstä. Useat vastaajat kokivat, etteivät heidän saamansa lisäkoulutukset olleet riittäviä. Vastaajien mielestä lisäkoulutus dementoivista sairauksista ja psykogeriatriasta olisi tarpeen. Myös saattohoitokoulutuksen tarve mainittiin.

## 7.2 Hyvän hoidon tekijät

Dementoivaa sairautta sairastava ihminen on oikeutettu yksilölliseen ja korkeatasoiseen hoitoon. Hoitotyön arvomaailman lähtökohtana on jokaisen ihmisen elämän, ihmisarvon ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Tämän arvomaailman sisäistäminen antaa hoitajalle parhaat edellytykset toteuttaa korkealaatuista hoitotyötä. (Voutilainen 1997, 53.)

### 7.2.1 *Ammattitaitoinen ja riittävä henkilökunta*

Vastaajat olivat sitä mieltä, että vakituinen, ammattitaitoinen ja työkokemusta omaava henkilökunta, jolla oli motivaatiota ja myös yhteiset tavoitteet hoidon suhteen, oli yksi dementoituneen hyvän hoidon tekijöistä. Suurimmalla osalla hoitohenkilökunnasta oli pitkä työkokemus alalta, muutamasta vuodesta kymmeneen vuosiin ja melkein kaikki olivat vakinaisessa työsuhteessa. Vastaajat kokivat myös itsensä ammattitaitoisiksi ja empaattisiksi työntekijöiksi. Heidän välilleen oli kehittynyt hyvä työystävyyssuhde, joka loi leppoisan sekä hyvän ilmapiirin työyhteisöön, ja joka vastaavasti lisäsi asukkaiden turvallisuudentunnetta. Tämä ilmeni kaikissa vastauksissa. Suurimmalla osalla vastaajista olikin sosiaali- ja terveysalan toisen asteen tutkinto eli lähi- tai perushoitajan koulutus. Osa vastaajista oli osallistunut myös dementoituvan ihmisen hoiva- ja hoitotyön lisäkoulutukseen. Tuloksista ilmeni myös, että pienetkin muutokset henkilöstössä aiheuttivat asukkaissa levottomuutta ja sekavuutta. Sen takia sijaisten kanssa samassa vuorossa oli myös vakinaista henkilökuntaa. Vakituinen henkilökunta nähtiin vastauksissa yhdeksi tärkeimmäksi turvallisuuden luojaksi dementoituneen hoidossa.

*Henkilökuntavaihtoja hyvin harvoin*

*Kaikki pitävät työstään ja haluavat kehittää itseään*

*Toimiva tiimi joka puhaltaa yhteen hiileen*

*Olemme jokainen ammattitaitoisia ja työkokemusta omaavia työntekijöitä*

Voutilaisen (1997, 40, 149, 151) mukaan toimiva työyhteisö antaa hoitajille voimia työskennellä: se motivoi, innostaa ja tukee. Kehittyminen ja kehittäminen toimivassa työyhteisössä ovat jatkuvaa, siihen liittyy myös hoitajien kehittyminen sekä heidän ammattitaitonsa tukeminen. Onnistuneelle ryhmätyölle dementoituvien hoitotyössä voidaan asettaa tiettyjä vaatimuksia. Ryhmän tulee toimia pitkähkön aikaa yhdessä, jotta ryhmällä on mahdollisuus kehittyä kypsän toiminnan vaiheeseen.

### *7.2.2 Kokonaisvaltainen työote*

Melkein kaikki vastaajista olivat sitä mieltä, että kuntouttava työote toteutui omassa yksikössä ja se oli hyvän hoidon tärkeä tekijä. Kuntouttavaan työotteeseen luettiin kuuluvaksi henkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen esimerkiksi virikkeillä, erilaisilla piireillä, kuten leipoma- tai laulupiiri, ajan antaminen omatoimisuuteen ja asukkaan omien voimavarojen hyödyntäminen sekä kuntouttava toiminta yksilöllisesti ja ryhmänä. Kuntouttava työote toteutui jokapäiväisessä toiminnassa.

Osassa vastauksista kävi ilmi, että asukkaan omien voimavarojen hyödyntämien ei onnistu paljon ohjausta tarvitsevien kohdalla henkilökuntamäärän riittämättömyyden takia. Silloin ei myöskään kuntouttava työote toteutunut.

*Kuntouttavaa työtettä tapahtuu päivittäin, sekä erilaisia jumppatuokioita*



*Ei tehdä puolesta minkä asukas pysyy itse tekemään*

*Annetaan asukkaalle aikaa, jotta hän selviytyisi niistä askareista joihin vielä pystyy*

Ikäihmisen hoitoon ja palveluun osallistuvien on määriteltävä, mitä kuntouttava työote tarkoittaa omassa työyhteisössä ja mitkä sen toteuttamistavat ovat (Holma & kumpp. 2004, 46). Routasalon (2004, 82, 88) mukaan toimintakykyä ylläpitävä työote on sairastuneen tukemista, ohjaamista ja auttamista hänen osaamisensa ja ymmärryksensä tasolla. Toimintakykynsä ylläpitämiseksi dementoituva henkilö tarvitsee aikaa, rohkaisua, selkeää opastusta ja mahdollisuutta tehdä itse.

### *7.2.3 Hoitopaikan filosofia*

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että yksilöllisyys huomioitiin hyvin, kuten esimerkiksi pukeutumisen suhteen, itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena tiettyyn rajaan saakka. Dementoituneen toiveet huomioitiin perushoidon ja ravitsemuksen suhteen. Yksilöllisyyden huomioivan hoidon katsottiin vastausten mukaan toteutuvan hyvin, koska kaikki yksilöllisyyttä koskevat seikat huomioitiin ja toimittiin asukkaan ehdoilla.

Kuntouttavassa työotteessa yksilölliset ominaisuudet huomioitiin. Yksilöllinen kohtelu ilmeni siten, että kaikkien ei tarvinnut nousta aamulla samaan aikaan toisten kanssa, vaan asukas sai nukkua pitempään niin halutessaan. Yksilöllisen hoidon toteutumista helpotti asukkaan elämän tuntemus ja pitempiaikainen hoitosuhde. Jokaisella hoitajalla oli kaksi omaa asukasta, joiden omahoitajuudesta hän vastasi ja osallistui lääkärikäynneille. Yksilölliseen hoitoon kuului myös, että pystyttiin tarvittaessa nopeasti reagoimaan muuttuneeseen asukkaan terveydentilaan. Muutamasta vastauksesta ilmeni, että yhteistyö omaisten ja hoitoon liittyvien tahojen kanssa sujui hyvin ja omaiset osallistuivat hoitoon. Omaisten kautta hoitajat saivat parhainta ja arvokkainta tietoa hoidettavastaan, hänen tavoistaan ja tottumuksistaan, mikä auttoi yksilöllisyyden huomioimisessa hoidossa.

*Yksilöllinen kohtelu, huomioidaan, että dementoitunutkin on oma persoonansa ja tarvitsee huomiota sen mukaan*

*Henkilökohtainen huolenpito, pieni yksikkö*

*Huomioidaan vanhuksen toivomukset hoitoonsa, jos hän vielä kykenee*

*Omahoitaja, joka hoitaa asukkaan asioita ja on puolestapuhuja*

*Myös omaiset mukana hoidossa ja aina tervetulleita kylään*

Dementoituvien ihmisten kannalta on oleellista tunkea heidän elämänhistoriansa, -kulkunsa ja tapaansa hahmottaa tulevaisuutta, mikä on merkittävästi muuttunut sairauden takia. (Heimonen & Tervonen 2004, 65). Winbladin ja Heimosen (2004, 80 -81) mukaan omaisen on hoidon yhteistyökumppani ja asiantuntija. Omaisten osuus hoidossa on keskeinen siksi, että sairastunut ei voi kertoa omista toiveistaan ja tarpeistaan. Omaiset on otettava mukaan hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Hoitajan tulee huolehtia siitä, että omaisen saa riittävästi tietoa dementiasta, sen aiheuttamista muutoksista dementoituvan henkilön käyttäytymiseen ja saatavilla olevista sosiaalisista etuuksista. Hoitohenkilökunta voi tukea myös omaisia. (Heimonen & Voutilainen 1998, 124 -125) Kuntouttavassa työotteessa yksilöllisyydellä tarkoitetaan muun muassa sitä, että kullekin sairastuneelle ihmiselle etsitään mielekkäitä, minäkuvaa tukevia aktiviteetteja. Mielihyvää tuottavia asioita voidaan löytää elämänhistoriatietojen avulla. (Winblad & Heimonen 2004, 81.)

#### *7.2.4 Toimiva fyysinen ympäristö*

Melkein kaikissa vastauksissa ilmapiirin ja hoitajien tuttuuden todettiin vaikuttavan asukkaiden turvallisuudentunteeseen eniten. Myös rauhallisuus, kiireettömyys, rutiinit ja kodinomaisuus katsottiin kuuluvan osaksi turvallista hoitoympäristöä. Turvallisuuteen

liittyviä tekijöitä oli myös, että ovet olivat lukittuina ja yöhoitaja kävi yöllä tarkistuskäynneillä. Pieni hoitoyksikkö, jossa oli kahdeksan asukasta ja neljä vakituista hoitajaa, katsottiin oleelliseksi tekijäksi asukkaiden turvallisuuden kannalta. Asukkaiden omat huonekalut heidän omissa huoneissaan lisäsivät turvallisuudentunnetta. Tuttuuden, turvallisuuden, luottamuksellisen hoitosuhteen sekä pienen hoitoyksikön todettiin vastauksissa parhaiten toteutuviksi tekijöiksi dementoituneen hoidossa omassa työyksikössä.

*Rauhallinen, selkeä ympäristö, vanhat omat huonekalut*

*Turvallinen hoitoympäristö, ovet lukossa...turvallisuus helppo toteuttaa*

*Rehellinen ilmapiiri, ei hössötystä tai kiireen tuntua*

*Pieni hoitoyksikkö, yöllä hoitaja käy tarkistuskäynnit*

Isolan ja kumppaneiden (2005, 145 -152) mukaan ympäristön muokkaamisessa on tärkeintä sosiaalinen ympäristö. Ilmapiirin on oltava avoin, salliva, joustava ja leppoisa. Dementoituvat tunnistavat myös hyvin herkästi henkilökunnan ristiriitaisuudet. Hyvä ilmapiiri auttaa disorientaation (eksyksissä olemisen tunteen) vähentämisessä. Jos dementoituvalle on jäänyt emotionaalisella tasolla mielikuva turvallisesta paikasta, niin disorientaatiosta huolimatta ympäristön vaihdos ei aiheuta ongelmia (Winblad & Heimonen 2004, 83).

Ympäristön turvallisuus, lämminhenkisyys ja virikkeellisyys ovat tärkeitä tekijöitä dementoituvan henkilön itsenäiselle selviytymiselle ja sosiaaliselle vuorovaikutukselle. Ympäristössä tulisi olla tilaa liikkua, runsaasti aikaa ja paikkaan orientoitumista helpottavia vihjeitä, hahmottamista helpottavia tekijöitä ja turvallisuustekijät tarkkaan mietittyjä. Dementoituvien hyvinvointia edistää kodinomaisuus ja sisustamismahdollisuus omilla tutuilla esineillä. Tiloissa tulisi olla hyvä valaistus ja melua ja turhia hälyääniä tulisi välttää. Tärkeää on myös tilojen toiminnallisuus ja turvallisuus. (Heimonen & Quick 2002, 7.) Kotilaisen (2002, 124) mukaan laitoksessakin oma rauha toteutuu parhaiten omassa huoneessa, johon kuuluvat pesu- ja wc-tilat. Ikääntyneen asukkaan on tärkeä tuntea

hallitsevansa tätä yksityistä tilaa. Jos sen voi sisustaa asukkaan omien toiveiden mukaan, se tuo mukanaan ihmisen oman elämänhistorian ja siten jatkuvuutta elämään.

### 7.2.5 *Lääkehoito vai lääkkeetön hoito*

Vastauksissa ilmeni, että lääkehoito oli asukkailla kohdallaan ja se oli tärkeä osa dementoituneen hoitoa. Osa vastaajista mainitsi, että lääkkeetön hoito oli ensisijaista, silloin kun kaikki tarpeettomat lääkkeet oli karsittu pois.

#### *Ei lääkkeitä tokkuraan,... jalattomaksi*

Ikääntyminen muuttaa lääkkeiden kulkua ja vastetta elimistössä. Lääkkeiden poistuminen hidastuu ja lääkkeiden vaikutuskohtien toiminta heikkenee tuoden sille aivojen välittäjäaineisiin liittyviä sivuvaikutuksia. Dementoituneet ovat erityinen riskiryhmä lääkkeiden sivuvaikutuksille. (Linjakumpu, Hartikainen, Klaukka, Veijola, Kivelä, & Isoaho 2002, 57.) Lääkkeettömän hoitotyön edistyksellisinä toimintoina Isolan ja Backmanin (2004, 148) tutkimuksissa löydettiin persoonan käyttö, järkipäistäminen ja intuitiivinen toiminta. Järkipäistämisen keinoina voidaan käyttää perustelua, vakuuttamista, ohjaamista ja ympäristön muokkaamista.

### 7.3 Hoitotyön kehittämisen keinot

Kysyttäessä hoitotyön kehittämisen keinoja saimme vastaukseksi henkilökuntaresurssien lisäämisen ja koulutuksen. Osassa vastauksista viitattiin hoitoympäristön kehittämiseen tarkoitusta vastaavaksi. Vastaajat kokivat, että hoidettavien etenevä sairaus, joka lopulta johti liikuntakyvyttömyyteen, toi hoitoympäristölle omat vaatimuksensa.

### 7.3.1 Riittävä henkilökunta

Vastauksista tuli voimakkaasti esille se, että hoitajien mielestä parhaiten dementoituneiden hoitoa kehitettäisiin lisäämällä henkilökuntaa. Vastaaajien mielestä näin mahdollistettiin yksilöllinen ja virikkeellinen hoito. Riittävä henkilökunta olisi mahdollistanut retkien ja virkistävän toiminnan toteuttamisen. Vastajaat perustelivat lisähenkilökunnan tarvetta myös asukkaiden ja hoitajien turvallisuuden paranemisella. Kokemus yksin työskentelemisestä viikonloppujen iltavuoroissa koettiin raskaaksi, sillä asukkaat koettiin dementoivasta sairaudesta johtuvista syistä hyvin touhukkaiksi.

*Lisäämällä henkilökuntaa asukkaiden hoito ja turvallisuus paranisi, esim. viikonloppuna iltahoitaja yksinään vuorossa*

Mustajoen ja kumppaneiden (2001, 82) tutkimuksen mukaan hyvän hoidon edellytyksiin kuuluu olennaisena osana riittävä henkilökuntamäärä ja ajan antaminen asukkaalle. Dementiayksikön laadukkaan hoidon toteutumiseksi edellytyksenä on riittävä määrä dementoituvan erityispiirteisiin perehtyneitä hoidon antajia suhteessa asiakasmäärään. Heimosen & Quickin (2002, 7) mukaan esimerkiksi Helsingin kaupunki 2001 määrittää hoitohenkilömitoituksensa seuraavalla tavalla. Vanhainkodeissa tulisi olla noin yksi hoitaja kahta hoidettavaa asukasta kohden. Mitoitusta tulisi lisätä 0,1 -0,2 hoitajaa silloin, kun yksikössä annetaan kuntouttavaa lyhytaikaishoitoa tai hoidetaan käytöshäiriöisiä potilaita. Hyvä hoitohenkilökuntamitoitus, jona voidaan pitää 0,8 hoitajaa hoidettavaa kohden, mahdollistaa hoidon, jolla asukkaille pystytään järjestämään varsin monipuolista, hyvää elämänlaatua ylläpitävää ja tukevaa toimintaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskevassa laatusuosituksessa mitoitusesimerkkejä. Välttävä määrä hoitajia olisi 0,3 hoitajaa hoidettavaa kohden, keskitasoisessa hoidossa luku olisi 0,5 ja hyvässä 0,8 henkilökuntaan kuuluvien laskennallinen määrä hoidettavaa kohden (Erkinjuntti & kumpp. 2002,511.)

### 7.3.2 Lisäkoulutus

Vastauksista nousi esille toisena hyvän hoidon kehittämisen keinona henkilökunnan kouluttaminen. Hoitajat kokivat tarvitsevansa lisäkoulutusta muistisairauksista ja lääkehoidosta. Samoin he kokivat tarvitsevansa tietoa psykogeriatriasta ja saattohoidosta.

*Koulutusta lisää → helpompi ymmärtää käytösoireita ja auttaa jaksamaan*

*Koulutusta ja ideoita, miten vaikeastikin muistisairasta voisi viihdyttää ja lähestyä*

Hyvä laitoshoido edellyttää, että hoitavaa henkilökuntaa on riittävästi potilaiden määrään ja hoidollisiin tarpeisiin nähden ja että hoitajilla on osaamista ottaa huomioon dementoituneen ihmisen erityispiirteet. Dementoituneiden laitoshoidoa koskevan tutkimuksen mukaan henkilökunnan määrä ei ole ratkaisevin tekijä hoidon laadun kannalta. Tärkeimmäksi tekijäksi nousee henkilökunnan koulutustaso, erityisesti hoitajien erityisosaaminen dementoituneiden hoidossa. Työssä jaksamista auttoivat dementiaan liittyvä tieto ja ammattitaito. (Erkinjuntti & kumpp. 2002, 511; Mustajoen & kumpp. 2001, 83.)

Dementoituneen hyvän hoidon ja palvelun näkökulmasta on erityisen tärkeää turvata dementoituneen parissa toimivien ammatillinen osaaminen ja sen jatkuva täydentäminen. Täydennyskoulutus tulee järjestää niin, että se saavuttaa kaikki työntekijät. Keskeistä on täydennyskoulutuksen muoto, joka palvelee koko työyhteisöä. Ne tiedot, jotka yksittäiset työntekijät hankkivat lyhyillä kursseilla, eivät siirry käytäntöön, jos vastassa on vanha kulttuuri. Koko työyhteisön koulutus yhdistettynä kehittämistyöhön olisi tärkeää. Kun työyhteisö hankkii tiedollista pohjaa, tieto muodostuu yhteiseksi jaetuksi tiedoksi, kehittyy yhdessä ja tällöin sen käytäntöön vieminen helpottuu. (Voutilainen 2004, 16.)

## 7.4 Koulutuksen ja työkokemuksen merkitys

Vastaajien mukaan koulutuksella oli merkitystä hyvän ja laadukkaan hoidon toteutumisessa. Vastauksista voitiin tulkita, että koulutuksella saatu teoretieto oli pohjana käytännön työn toteutuksessa. Koulutuksella saatavalla tiedolla ja taidolla vastaajat kokivat pystyvänsä toteuttamaan kokonaisvaltaista hoitotyötä.

*Kyllähän sillä on, kun pohjalla hyvä teoretieto, jota voi sitten toteuttaa käytännön hoiva/hoitotyössä*

Erilainen koulutustausta edistää luontevalla tavalla dementiayksikön eri toiminnan ja hoidon ulottuvuuksien hyvää tulosta. Yksikössä tulee työskennellä sellaisia ihmisiä, jotka kykenevät hallitsemaan kokonaisuuksia, ottamaan vastuun ja ylläpitämään kehittämissuunnitelmia. (Sulkava & Eloniemi & Erkinjuntti & Hervonen 1994, 122.)

Osa vastaajista oli sitä mieltä, että koulutuksella ei välttämättä ollut niin suurta merkitystä hyvän hoidon toteutumisessa kuin pitkällä työkokemuksella ja alalle soveltuvuudella. Vastaajat kokivat käytännön tuomat tiedot ja taidot paremmaksi kuin koulutuksella saadut valmiudet. Oma aktiivisuus tiedonhankinnassa työuran aikana koettiin tärkeäksi.

*Eiköhän tärkeintä ole työhön motivoituminen ja että sydän on mukana työssä.*

*Katson omalta osaltani pitkän työkokemuksen antavan valmiuksia työhöni*

Dementiayksikön hoitotyöntekijät koostuvat hoitajista, joilla on sosiaali- ja terveydenhuollon koulutus. Joukossa voi olla joku, jolla ei ole alan perustutkintoa, mikäli hänellä on muita hoidon ja yhteisön toimivuuden kannalta tärkeitä ominaisuuksia. Koulutustausta vaikuttaa siihen, minkälaisia asioita hoitaja painottaa ja hallitsee työssään.

Erilainen koulutustausta edellyttää sitä, että yksikön toiminnan ja hoidon ulottuvuudet tulevat katetuiksi. (Eloniemi-Sulkava 1999, 6.)

Erillisenä asiana vastauksista nousi esille kuntouttavan työtteen merkitys. Vastaajat kokivat työvoimatoimiston kautta tulevat erilaisilla tukimuodoilla palkatut työllistetyt kuormittavana tekijänä, jos nämä eivät tiedostaneet kuntouttavan työtteen merkitystä ja heidät oli laskettu työvuoron henkilökuntavahvuuteen.

## 7.5 Johtopäätökset

Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää, olivatko hoitajien käsitykset yhteneväisiä dementoituneen hyvän hoidon teorian kanssa ja mikä merkitys heidän mielestään koulutuksella oli dementoituneen hoidossa. Dementoituneen hoitotyö koettiin hyvin vaativaksi, erityisvalmiuksia edellyttäväksi ja haasteelliseksi työksi. Kuka tahansa ei ollut sopiva dementia-työhön, vaan se vaati tekijältään vankkaa tietotaitoa, perehtymistä dementia-maailmaan ja dementoituneen ihmisen erityispiirteisiin sekä soveltuvuutta työskennellä dementoituneiden parissa. Tutkimuksemme mukaan dementoituneen hoidossa hoitajan ammattitaito oli tärkeää. Ammattitaito perustui hyvään peruskoulutukseen hoitotyöstä, pitkään työkokemukseen ja lisäkouluttautumisen mahdollisuuteen. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös selvittää se, että olivatko hoitajien kehittymistarpeet yhteneväiset teorian kanssa.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että dementoituneiden laitoshoido Arvola-kodissa oli samansisältöinen Alzheimer-keskusliiton laatimien kriteerien kanssa. Osaavan ja riittävän henkilökunnan merkityksen korostumisesta vastauksissa voitiin tehdä johtopäätös, että hoitajien oma työnosaaminen, arvostus ja asenne olivat kunnossa. Samoin voitiin päätellä heidän olleen ammattitaitoisia ja vastuullisia hoitajia, jotka kokivat dementoituneiden hoito vaativan yhä enemmän henkilökuntaresursseja, jotta hoito olisi ollut mahdollisimman



hyvää ja laadukasta. Hoitajat tiedostivat osaavansa hoitaa dementoituneita hyvin. Vastuullisuutta voitiin päätellä lisäkoulutustarpeesta, koska hoitajat tiedostivat työn haasteellisuuden ja omat kehittymistarpeensa. Tätä päätelmää tuki myös esitietolomakkeen vastaus siitä, ettei lisäkoulutus ole ollut riittävää. Tutkimus ei tuonut esille Arvola-kodin henkilökuntamitoitusta, mutta vastausten pohjalta voitiin olettaa sen olleen minimi, kuten monessa muussakin vanhusten hoitopaikassa nykyisin.

Henkilöstömitoitukset ovat hoitotyön laadun tärkeä rakenteellinen edellytys. Onnistuneella henkilöstömitoituksella tarkoitetaan sitä, että riittävät tiedot ja taidot omaava henkilöstö tuottaa määrältään ja laadultaan tarkoituksen mukaiset hoitotyön palvelut suurimmalle mahdolliselle määrälle asiakkaita. Vuosituhannen vaihteessa keskimääräinen mitoitus vaihteli vanhainkodeissa 0,41:stä 0,60 hoitajaan. Henkilöstömäärien kehitys ei vastannut niitä sosiaali- ja terveystaloudellisia tavoitteita, jotka korostavat varautumista ikääntyneiden määrän kasvuun ja hoidon tarpeisiin. (Voutilainen, Isola & Backman 2005, 166-168.)

Kukaan vastaajista ei tuonut esille hoito- ja palvelusuunnitelman käyttöä hoitotyön kehittämisen työvälineenä eikä monikaan dementoituneen elämäntarinan tuntemisen tärkeyttä hoitotyötä ohjaamassa. Tutkimuksessa ei noussut esille hoitajien erityisosaaminen dementoivista sairauksista eikä kukaan maininnut tätä osuutta hyvän hoidon toteutumisessa. Näiden puutteiden osalta oli vaikea vetää tuloksellinen johtopäätös, mutta voitiin todeta, että nämä aiheet olisivat olleet jatkohaastattelujen teemoina.

Vastauksista ilmeni, että hoitajien mielestä tähän mennessä saatu lisäkoulutus ei ole ollut riittävä ja uusina koulutustarpeina tuli esille saattohoito- ja psykogeriatricoulutukset. Kehittämideoiden tuloksista voitiin päätellä, että koulutustarve nousi esille käytännön hoitotyön tarpeesta, vaikkakin analysoitavaa aineistoa oli niukasti. Lisähenkilökunnan tarpeen korostuneesta esilletulosta olisi voinut päätellä tiettyä väsymistä työhön työn vaatavuuden takia. Johtuiko tämä työntekijöiden ikääntymisestä (keski-ikä 43 vuotta, osalla työvuosia takana 30) vai siitä, ettei työtä koettu mielekkääksi. Toisaalta Paasivaaran tutkimuksen (1999) mukaan hoitotyön muuttuminen vuosikymmenten aikana saa aikaan

hoitajissa ajatuksen vanhoista hyvistä ajoista, jolloin hoitajakin jaksoi paremmin, koska hoitohenkilökuntaa oli enemmän ja hoidettavat olivat paljon kevyemmän hoidon tarpeessa. Laitoshoitoon pääsemisen kriteerit olivat silloin hyvin niukat, toisin kuin nykyisin.

Koulutuksen tarpeellisuutta kysyttäessä vastauksia ilmeni kannanotto koulutuksen puolesta ja vastaan. Johtopäätöksenä tästä voitiin todeta työyhteisössä olevan erilaisia arvostuksia dementoituvien hoidosta. Tutkimusten mukaan dementiaa sairastavien hoito on erityisosaamista vaativaa, mutta niissä todetaan myös hoitajan persoonallisuuden olevan tärkeä tekijä hyvän hoidon toteutumisessa. Molemmilla vastauksilla on näin ollen teoreettinen pohja. Mutta hoitaja, jolla on koulutuksen suoma erityistä osaamista ilman soveltuvaa persoonallisuutta tai toisin päin, ei pystynyt toteuttamaan laadullisesti hyvää hoitoa. Kuitenkin on todettava, että dementoituvien laitoshoido on mitä suurimmassa määrin tiimityötä, jossa jokaisen työntekijän panos on yhtä tärkeä. Keskustelemalla työyhteisössä yksilöiden vahvuuksista ja kehittämistarpeista voidaan hoitajien jaksamista ja ammatillista kehittymistä tukea. Näitä keskusteluja tulisi käydä yhteisissä ja yksilöllisissä kehityskeskusteluissa.

Vastauksista ilmenevä ristiriita siitä, että työntekijät kokivat olevansa osaavia ja ammattitaitoisia toteuttamaan dementoituneen hyvää hoitoa, sekä esitetolomakkeen mukainen tieto siitä, ettei saatu lisäkoulutus ole ollut riittävää, antaa johtopäätökseksi seuraavaa: Arvola-kodin henkilökunnan mielestä dementoituneen hyvän hoidon edellytys on hoitajan koulutustausta, työ- ja elämäkokemus sekä hoitajan persoonallisuus.

Mustajoen & kumpp. (2001, 70) mukaan hyvän hoidon edellytyksinä pidettiin resursseja, hyvää hoitoympäristöä, vanhuksen huomioon ottamista, hoitajan persoonaa, koulutusta ja kokemusta sekä yhteistyötä. Heidän tutkimuksensa mukaan resursseihin kuuluivat riittävä henkilökunta, sopivat työvälineet, hyvät työasennot ja ajan antaminen vanhuksille.

## 8 POHDINTA

Vanhusten hyvää hoitoa on tutkittu runsaasti eri näkökulmista. Mustajoen (2001) tutkimuksessa mainitaan kymmenen aikaisempaa tutkimusta, jotka on tehty dementoituneen hyvästä hoidosta hoitajan näkökulmasta vuosien 1989 - 1997 välillä.

Opinnäytetyön laajuuden ja analysoitavan materiaalin vähyden vuoksi rajasimme aiheen tarkastelun ja käsittelyn napakasti käsittämään dementoituneen hyvän hoidon elementtejä käyttämällä Alzheimer-keskusliiton julkaisua analyysirunkona. Ko. julkaisua voi käyttää hoitotyön kehittämisen pohjana ja sen tieto on luotettavaa, koska julkaisun tekijät ovat alan tunnettuja ammattilaisia. Myös aikaisemmat tutkimukset tukivat julkaisun aineistoa. Miettiessämme rajausta ja keskustellessamme eri tutkimuksista löytyvästä tiedosta, näimme parhaaksi tehdä tämä rajauksen, jotta opinnäytetyö valmistuisi määräajassa. Myös työmme tutkittavan materiaalin niukkuus toi tutkimukseemme omat rajoitteensa.

### 8.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkija vastaa tutkimuksen eettisyydestä, joka koskee sekä aihetta, tutkimustapaa ja tuloksia. (Vehviläinen & Julkunen 1997, 149). Tutkimukseen liittyviä tutkimuseettisiä kysymyksiä ovat henkilöiden valinta, anonymiteetti, luotettavuus ja tutkimuksen raportointi.

Tutkimus toteutettiin avoimilla ja puolistrukturoidulla kyselylomakkeilla. Tutkimukseemme oli mahdollista osallistua 20 henkilöllä, jotka olivat dementiayksikön pitkäaikaisimpia työntekijöitä ja heillä oli erilainen koulutustausta.

Kyselylomakkeiden yhteyteen oli liitetty vastaajille saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus. Kirjeessä kävi ilmi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkimuksen luottamuksellisuus sekä vastaajien anonymiteetin säilyttäminen. Keskeistä on se, että tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää sen koska tahansa (Vehviläinen & Julkunen 1997). Tutkimukseen osallistuvat palauttivat vastauksensa nimettöminä suljetuissa kirjekuorissa tähän tarkoitukseen varattuun laatikkoon, josta tutkijat kävivät ne noutamassa.

Kirjallinen aineisto, jonka pohjalta aineiston luokittelu tehtiin, säilytetään toistaiseksi mikäli tutkijat joutuvat perustelemaan tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksessa ei paljasteta mitään sellaista tietoa, joka voisi aiheuttaa tutkimukseen osallistuvalla yksilöllä hankaluuksia. Tutkimusraportin suorat lainaukset valitsimme niin, että niistä ei voi henkilöitä tunnistaa.

Eettisyyden kannalta olisi ollut hyvä tehdä kysymyksiin saaduista vastauksista teemoja, joiden perusteella olisimme vielä haastatelleet hoitajia. Tällöin tutkittavaa materiaalia olisi ollut enemmän, eikä aineiston niukkuuden takia tutkijoiden omat käsitykset olisi vaikuttanut analyysiin. Haastatteluissa olisimme saaneet lisätietoa ja tarkennuksia niihin vastauksiin, jotka nyt jäivät puutteellisiksi.

## 8.2 Luotettavuuden pohdintaa

Luotettavuuden tarkastelu alkaa tutkimustehtävän tarkastelusta ja siitä, antaako tutkimusaineisto vastauksen tutkimuskysymyksiin tai onko tutkimustehtävä ollut mahdollista ratkaista halutun aineiston avulla. (Krause & Kiikkala 1997, 130.) Tutkimuskysymyksillä saimme vastauksen, joka on yhteneväinen tutkittuun teoretietoon verrattuna. Tutkimustehtävä oli ratkaistavissa saadun aineiston avulla. Tutkimuksesta olisi muodostunut luotettavampi muodostamalla vastauksista teemoja, joiden avulla tutkimusta olisi voitu täydentää haastattelemalla vastaajia.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ei noudata tarkkoja sääntöjä, koska jokainen tutkimus on ainutlaatuinen. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiin kuuluu koko tutkimusprosessi, sen eri vaiheiden ja raportoinnin arviointi. Luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteutuksesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. (Mikkonen, Janhonen & Juntunen 2001, 72, 73.) Opinnäytetyössämme kerroimme aineiston tuottamisen olosuhteet totuudenmukaisesti ja opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että tekijöitä oli kolme. Pystyimme pohtimaan yhdessä vastaajien antamia lausumia ja niiden merkityksiä.

Tutkimusaineiston analyysin luotettavuus on toinen laadullisen tutkimuksen arviointikriteeri (Nieminen 1997). Tutkimusaineiston analyysin luotettavuutta pyrittiin varmistamaan siten, että tutkijat palasivat koko analyysiprosessin ajan alkuperäisaineistoon varmistaakseen, että muodostetut kategoriat todella kuvasivat kysymyksiin vastanneiden käsityksiä ilmiöstä (Kyngäs & Vanhanen 1999,9).

Tutkimuksen kulkua, käytettyjä tietolähteitä, aineiston analyysia, tuloksia sekä johtopäätöksiä tulisi raportoida yksityiskohtaisesti ja mahdollisimman selkeästi, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida työn luotettavuutta. Lisäksi luotettavuutta voidaan lisätä käyttämällä alkuperäisaineiston suoria lainauksia. (Mäkelä 1990, 42 -61.)

Arvioitaessa tutkimuksen uskottavuutta on tutkijan tarkastettava, vastaako hänen käsityksensä ja tulkintansa tutkittavien käsityksiä (Eskola & Suoranta 2001, 211; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 146). Työmme uskottavuutta lisäsimme perehtymällä uusimpaan teoretietoon, jota on saatavilla hyvin, koska viime vuosina dementiaa ja sen hoitoa on tutkittu paljon. Lähdeaineistona käytimme pääosin viime vuosina julkaistua materiaalia ja perehdyimme laaja-alaisesti saatavilla oleviin tutkimuksiin ja julkaisuihin.

Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan lupa sekä tutkittavilta, että organisaation johdolta. Tutkimukseen osallistuville kerrotaan anonymiteetistä sekä mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus niin halutessaan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28 -30). Nieminen viittaa Morsen (1991) tutkimukseen, jossa todetaan, että laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ilmiö moninaisuudessaan. Täten on tarkoituksenmukaista, että tutkimusaineistoon valitaan ainoastaan niitä, jotka haluavat osallistua tutkimukseen ja jotka kykenevät hyvin ilmaisemaan itseään (Nieminen 1997, 216).

Avointen kysymysten ongelmana on se, että vastaukset ovat liian lyhyet tai kirjoitetut vain ranskalaisilla viivoilla. Liian niukka aineisto sopii huonosti laadullisen tutkimuksen materiaaliksi. Tutkijan ei ole lupa tehdä aineistosta sellaisia johtopäätöksiä, joihin aineisto ei anna edellytyksiä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 218 -219.) Työmme luotettavuutta lisää se, että vastaukset olivat hyvin yhteneväisiä, mikä helpotti johtopäätösten tekoa.

Tutkimusten tulosten luotettavuutta lisää se, että tutkija raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti. Tutkimusta julkaistaessa on tärkeää kiinnittää huomiota tutkimukseen osallistujien anonymiteetin säilymiseen, sillä laadullisen tutkimuksen raporteissa on suoria lainauksia aineistosta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, 1997,31.) Käsittelimme aineiston mahdollisimman nopeasti tutkimuksen jälkeen. Luotettavuutta katsomme lisäävän myös sen, että analysoimme aineistoa yhdessä. Olemme raportoineet tulokset avoimesti ja rehellisesti ja jätimme pois sellaiset suorat lainaukset, joista vastaajan saattaisi tunnistaa.

Aineiston riittävyys eli kyllästeisyys tarkoittaa sitä, että aineisto alkaa toistaa itseään ja tutkittavat eivät tuota tutkimusongelman kautta enää mitään uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 89). Pohdimme voiko tämän tutkimuksen kyllästeisyys toteutua, koska aineisto oli niin pieni, vaikka vastaukset toistivat itseään. Jatkohaastattelulla olisimme varmistaneet aineiston kyllästeisyyden.

Eskolan ja Suorannan (2001) mukaan tulosten siirrettävyys toiseen samanlaiseen kontekstiin on mahdollista tietyin ehdoin, vaikka yleistyksiset eivät ole mahdollisia. Käytännössä tämä edellyttää sitä, että tutkijan on raportoitava riittävästi kuvailevaa tietoa osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toisiin samankaltaisiin tuloksiin (Kylmä, Pelkonen & Hakulinen 2004, 253). Tutkimuksemme on tehty Arvola-kodille. Opinnäytetyömme on siirrettävissä teoriaosuuden osalta, mutta tutkittavan aineiston niukkuuden ja siitä johtuvan analyysin ohuuden takia tulokset eivät ole siirrettäviä.

### 8.3 Tulosten pohdintaa

Tutkimuksemme tavoitteena oli kartoittaa miten dementoituneen hoitotyötä voidaan kehittää ja tuottaa tietoa siitä, mihin työnantajan tulee panostaa hoitotyötä kehitettäessä. Vastausten vähyys tuotti ongelmaa tulkitsemisessa. Vastausten vähäinen määrä ja yhteneväisyys yllättivät meidät. Osaltaan siihen on voinut vaikuttaa se, että tutkittavat saivat vastata kysymyksiin oman aikataulunsa mukaan ja mahdollisesti keskustelivat kysymysten aiheista keskenään.

Vastaajien esiin tuoma henkilökunnan lisätarve työn kehittämiskeinona on monitulkintainen. Nähdäänkö henkilökuntamäärän lisäys edellytyksenä hoidon kehittymiselle, ei keinona? Jos työhön palkataan esim. työnantajan kannalta edullisia työntekijöitä, yleensä kouluttamattomia, ei tällainen henkilökuntalisäys mahdollista

hoitotyön kehittämistä. Vastajat kokivatkin lyhyissä työsuhteissa olevat henkilöt työtä raskauttavaksi, koska heidän perehdyttämisenä vei aikaa ja työsuhde oli niin lyhyt, että se päättyi heti perehtymisen jälkeen. Dementoituneidenkaan kannalta hoitajien vaihtuvuus ei ole hyväksi.

Vaikuttiko vastausten vähyyteen asenne tutkimuksista yleensä vai tietämättömyys, miten työyhteisö voisi kuitenkin hyötyä tutkimustyöstä työnkehittämiskeinona? Olisimmeko voineet vaikuttaa vastausaktiivisuuteen käymällä motivoimassa hoitajia. Siinä tapauksessa tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt, sillä motivoinnin ohessa olisimme voineet antaa pieniä vinkkejä aikaisempien tutkimusten tuloksista itse sitä tiedostamatta. Vastausten tulkintaa vaikeutti myös se, että kysymykset olivat samansisältöisiä, viitaten edellisen kysymyksen vastaukseen, jolloin tutkijana jouduimme tarkastelemaan useasti, onko juuri tämä vastaus tähän kysymykseen vai heijastus edellisestä vastauksesta.

#### 8.4 Oman oppimisen pohdinta

Omaa oppimistamme tulevana terveydenhoitajana ja ikääntyvien ihmisten sairaanhoitajina syvensimme tutustumalla uusimpiin tieteellisiin tutkimuksiin dementoituneen ihmisen hoitamisesta ja dementoivista sairauksista. Dementoituneen hoidossa on tärkeää tietää dementoiva sairaus, jotta yksilöllinen hoito perustuu hoidettavan jäljellä oleviin voimavaroihin. Tutkitun tiedon avulla pystymme kriittisesti arvioimaan ja kehittämään dementoituneen ihmisen auttamismenetelmiä hoitotyössä ja voimme toimia asiantuntijoina dementoituneiden hoitotyötä kehitettäessä.

Omaa oppimistamme tuki vanhusten hoitotyön kehittymisen historiaan tutustuminen. Tämän päivän vanhukset ovat nähneet lapsuudesta lähtien erilaisia vanhusten hoitokeinoja, jotka heijastuvat heidän asenteissaan laitoshoitoon ja hoidettavana olemiseen. Pitkän linjan hoitajat ovat kokeneet monet muutokset hoitamisessa ja nyt pystymme paremmin



tukemaan heidän työssä jaksamistaan ymmärtämällä, miksi he kaipaavat vanhaa hyvää aikaa.

Tämän työn tekeminen opetti meille ajankäytönhallintaa ja tehtävien priorisointia. Prosessin eri työstämisvaiheissa pohdimme erilaisuuden hyväksymisen tarpeellisuutta, jotta jaksaisimme tehdä tätä työtä yhdessä. Yhteistyö opetti meitä antamaan ja ottamaan vastaan rakentavaa palautetta ja hakemaan ohjausta. Kehityimme kriittisiksi lähdekirjallisuuden etsimisessä eri tietokannoista ja kirjallisuuden tarkastelussa. Samoin kasvoimme kriittisiksi tutkimuksien luotettavuuden arvioinnissa.

Prosessikirjoittamisella huomasimme, miten paljon alitajunta työstää analyysiä kirjoittamisen välillä. Opimme sen, että kysymysten esitetausta ja niiden analysointi yhdessä tarkkaan pohtien helpottaa tutkimuksen tekemistä. Esimerkkinä mainittakoon ensimmäisen ja toisen kysymyksen yhdistäminen yhdeksi kysymykseksi, koska kysymyksessä kaksi viitattiin ensimmäiseen, eikä toinen kysymys tuonut tutkimuksen kannalta mitään uutta tietoa. Tämän olisimme voineet päätellä esitetaustavastauksista.

Pohdimme yhdessä vanhusten hoitoa yleensä ja kaikilla meillä on ajatuksena vanhustyön kehittäminen. Tämän hetken ennusteen mukaan tulevaisuudessa dementoituneita on joka neljäs ikäihmisistä. Yhteiskunta ei mitenkään pysty tarjoamaan jokaiselle hoitopaikkaa, joten hoitotyön on kehitettävä ottamaan huomioon vanhusten voimavarat ja hyödynnettävä niitä. Tukemalla tervettä osaa dementoituneen selviytymisessä, voimme siirtää mahdollista laitoshoidon myöhäisempään sairauden vaiheeseen. Tulevaisuudessa laitoksissa hoidettavat tulevat olemaan yhä vaikeammin dementoituneita, joten hoitajat tulevat tarvitsemaan koulutusta pysyäkseen ajan ja kehityksen mukana.

## 8.5 Jatkotutkimukset

Vanhusten hyvää hoitoa on tutkittu laajasti monesta eri näkökulmasta. Mielestämme jatkotutkimuksen aiheena voisi olla hoitotyön johtajuuden merkitys vanhusten hyvän hoidon toteutumisessa. Kehityskeskustelujen toteutusta ja niiden merkityksellisyyttä hoitajan ammatillisen kasvun tukena olisi myös kiinnostavaa tutkia. Uskoisimme myös tutkittavan työyhteisön hyötyvän tämän kaltaisesta tutkimuksesta.

## LÄHTEET

Eloniemi-Sulkava, U. 1999. Mikä tekee hoitopaikasta dementiayksikön? Dementia-uutiset, Suomen dementiahoitoyhdistyksen julkaisu 1/99. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy.

Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Eskola, A. 1975. Sosiologian tutkimusmenetelmät II. Helsinki: WSOY

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Gothi, R. 1994: Pitkääikaissairaana vanhuksen ja hänen omaisensa maailma. Teoksessa Hyry, K. (toim.) Sairaus ja Ihminen. Pieksämäki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Heimonen, S. 1997. Dementoituvan ihmisen elämänkaaren tunteminen hyvän hoitotyön perustana. Teoksessa: Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.). Kirjayhtymä Tampere: Tammer-paino Oy.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. (toim.) 1998 Kuntouttava työote dementoituvien hoitotyössä. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Heimonen, S. & Qvick, L. 2002. Dementoituvien hyvän hoidon elementit – kriteeristö kehittämisen tueksi hoitopaikoissa. Alzheimer keskusliitto.

Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.), 2004 Muistihäiriö – ja dementia-työn palapeli Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Holma, T. & Heimonen S. & Voutilainen, P. 2004. Kuntouttava työote. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Oppaita 49/2002 Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Isola, A. Bacman, K., Saarnio, R., Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede: 3, 144-153.

Isola, A. & Paasivaara, L. 2005. Vanhustenhoitoon löytyy keinoja. Kaleva-lehti 14.8.2005.

Kotilainen, H. 2004. Yksityisyyden ja yleisöllisyyden turvaava laitoshoidoympäristö. Teoksessa: Ikäihmisten hoito ja palvelu. Oppaita 49/2002 Stakes. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Krausse, K. & Kiikkala, I. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Kylmä, J., Pelkonen, M. & Hakulinen, T. 2004. Laadullinen tutkimus ja näyttöön perustuva hoitotyö. Hoitotiede. Vol. 16, no 6/-04.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede no 1/1999, 3-12

Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S-L., & Isoaho, R. Ikääntyvien ja iäkkäiden monilääkitys yleistyy. Suomen Lääkärilehti 2002: 57, 4102-04

Mikkonen, M., Janhonen, S., & Juntunen A. 2001. Hoitokulttuurin tutkimuksesta: Etnografia hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Teoksessa Janhonen S & Mikkonen M. (toim). Laadulliset tutkimukset hoitotieteessä. Juva: Ws Bookwell Oy

Mustajoki, S. Routasalo, P., Salanterä, S.,& Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Turun yliopisto hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:31/2001. Turun yliopisto digipaino

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointi perusteet. Teoksessa: Mäkelä K. (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.

Mäkisalo, M 2001. ” Me ollaan sankareita elämän...” Elämäntarina-ajattelu vanhustyössä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki:WSOY.

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito. Helsinki:WSOY.

Paasivaara, L., Nikkonen, M. & Backman, K. 2000. Apuhoitajana vanhustyössä. Elämäkertatutkimus. Hoitotiede Vol. 12, no 5/-00

Paunonen,M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Routasalo, P. & Suhonen, H.2001, Kyllä minä tiedän, mitä minä haluan. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja A:34/2001.

Routasalo, P. 2004: Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen S. & Voutilainen P.(toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Vammala: Tammi.

Sulkava, R. & Eloniemi, U. & Erkinjuntti, T. & Hervonen, A. 1994. Dementia – opas omaisille ja terveydenhuollon henkilöstölle. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Sulkava, R. Viramo, P. Eloniemi-Sulkava, U. 2003, Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Kuopio: Liikekirjapaino

Tilvis, R. & Sourander L. 2001. Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vaarama, M., Voutilainen, P. 2004: Omaiset tukena arjen areenoilla. Teoksessa Vaarama, M. & Voutilainen, P. Ikäihmisen hyvä hoito ja palvelu –opas laatuun. Stakes. Gummerrus.

Viramo, P., Huusko, T., Joiniemi, M. & Sulkava R.2004. Dementiapotilaan lääkehoito. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Voutilainen, P.1997: Dementoituvan erityispiirteet huomioon ottava fyysinen ympäristö. Teoksessa Heimonen, S-L & Voutilainen, P (toim.) Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Tampere: Studia.

Voutilainen, P. 1997. Hyvä hoitoyhteisö dementoituvalle – keskeisiä hyvän hoitotyön edellytyksiä. Teoksessa: Dementoituva hoitotyön asiakkaana. Heimonen, S. & Voutilainen, P. Tampere: Tammer-paino Oy

Voutilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Gummerus kirjapaino Oy

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K. Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne-Soveri, H. 2004. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy.

Voutilainen, P., Isola, A. & Backman, K. 2005. Laadulla on tekijänsä – Katsaus ikääntyneiden parissa toimivan henkilöstön määrään ja rakenteeseen. Hoitotiede, Vol.17, no 3/-05,

Winblad, I. & Heimonen, S-L. 2004: Dementoituvien ihmisten laitoshoido. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Helsinki: Edita.

Liitteet löytyvät kirjallisesta versiosta Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjastosta.