Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyö

2010

Noora Bergqvist & Nina Borg

EI AUTETA AVUTTOMAKSI

– Hoitajien käsityksiä kuntouttavasta työotteesta ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäjänä

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Terveydenhoitaja

Lokakuu 2010 / 48 sivua + 9 liitesivua

Noora Bergqvist & Nina Borg

EI AUTETA AVUTTOMAKSI – Hoitajien käsityksiä kuntouttavasta työotteesta ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäjänä

Opinnäytetyö toteutettiin kolmessa turkulaisessa palvelutalossa ja sen tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä kuntouttavasta työotteesta. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin menetelmin kolmea valmiiksi valittua teemaa käyttäen. Ensimmäinen teema oli kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä, toinen teema oli asukkaan itsenäinen ja aktiivinen suoriutuminen/osallistuminen ja kolmas teema oli ympäristön vaikutus kuntouttavaan työotteeseen.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että asukkaan kokonaisvaltainen huomioiminen psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena on tärkeää. Esille nousi asukkaan jäljellä olevien voimavarojen tukeminen merkityksellisempänä tekijänä kuntouttavia työotteita käytettäessä. Palvelutaloissa hoitajalta edellytetään kuntouttavien työtapojen tärkeyden ymmärtämistä sekä työtapoihin sitoutumista. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että puolesta tekeminen on asukkaan toimintakyvylle haitallisinta ja omatoimisuuteen kannustaminen hyödyllisintä.

Ajankäyttö nousi esille kaikissa haastatteluissa. Kiireettömyys koettiin asukkaan toimintakykyä edistävänä tekijänä, kun asiakkaalle annettiin riittävästi aikaa suoriutua.

Palvelutalojen hoitajilta edellytettiin asukkaan tuntemusta, pitkää pinnaa, joustavuutta, kykyä tukea, kannustaa sekä ohjata asukasta. Muistisairauksien tuntemus koettiin tärkeäksi osana käytännön työtä. Hyvä hoitotyön suunnitelmallisuus koettiin arkea helpottavana sekä asukkaiden turvallisuuden ja tuttuuden tunnetta lisäävänä. Asukkaiden viihtyvyyttä lisäsivät omat tavarat, kodinomaisuus ja ulkoilumahdollisuus.

Opinnäytetyön tuottamia tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyötä kehitettäessä, osastojen koulutustilaisuuksia suunniteltaessa sekä kuntouttavien työtapojen tietämyksen lisäämiseksi hoitajien parissa.

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa laadittiin tutkimustuloksiin pohjautuvia julistemalleja, joiden tarkoituksena on toimia hoitajien, asukkaiden sekä omaisten muistutuksena kuntouttavien työotteiden tärkeydestä.

Asiasanat: Ikääntynyt, toimintakyky, kuntouttava työote, palveluasuminen

Hanke: Terveyden edistämisen uudet menetelmät

BACHELOR´S THESIS | ABSTRACT

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care | Degree Programme in healthcare | Public Health Nurse

October 2010 / 48 pages + 9 appendices

Noora Bergqvist & Nina Borg

LET'S NOT HELP THEM HELPLESS – Nurses opinions on methods of rehabilitation as a supporter of functional capability of the elderly

Thesis was executed at three assisted living facilities in southern Finland and its purpose was to describe nursing staff's opinions on the methods of rehabilitation. Thesis was executed with qualitative methods using three themes chosen in advance. Themes were of methods of rehabilitation. Research question of this thesis was: nursing staff's opinions on methods of rehabilitation.

Thesis results showed that it is important to consider the resident comprehensively as a psychological, physical and social entity. The interviewees brought up supporting the remaining functional capacities as most meaningful factor when using methods of rehabilitation. At assisted living facilities it is required of the nurse to understand the importance of methods of rehabilitation and commitment to them. The interviewees were of common opinion on the fact that doing on behalf of the resident is most harmful to the residents' functional capacity and encouraging independent initiative is most useful to them.

Use of time stood up in every interview. Leisurely was experienced to promote residents functional capacity when given enough time to manage.

Nurses at assisted living facilities were required to have good knowledge of the residents, patience, flexibility, capability to support, encourage and guide the resident. Knowledge of memory related illnesses was experienced as an important part of everyday work. Good methods on nursing care were experienced to help everyday life and promote the safety and sense of home and familiarity among the residents. Residents satisfaction was promoted by having own things around them, sense of home and possibility to get outside.

Results from this thesis can be used to benefit hands-on nursing care, while planning department education occasions and to promote knowledge of methods of rehabilitation among nursing staff.

The thesis was made in two stages; the second stage consisted of making three posters that based on the results of the thesis. The posters were taken in to use in three assisted living facilities. The purpose of the posters was to remind the nurses, elders and their close relatives of how important it is to use rehabilitational working methods.

KEYWORDS: Elderly, functional capability, methods of rehabilitation, assisted living.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 3

2 IKÄÄNTYNYT SUOMESSA 5

3 IKÄÄNTYMISEN TUOMAT MUUTOKSET 6

3.1 Fyysinen toimintakyky ja sen rajoitteet 6

3.2 Psyykkinen toimintakyky ja sen rajoitteet 7

3.2.1Muistin heikkenemisen tuomat muutokset 9

3.3 Sosiaalinen toimintakyky ja sen rajoitteet 11

4 KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN MERKITYS TOIMINTAKYKYYN 12

5 PALVELUASUMINEN 14

6 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TUKENA 15

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT 16

8 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN 17

8.1 Kohderyhmä 17

8.2 Aineistonkeruumenetelmä ja aineistonkeruu 17

8.3 Aineiston analysointi 19

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET 20

9.1 Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä 20

9.2 Asiakkaan itsenäinen ja aktiivinen suoriutuminen ja osallistuminen 23

9.3 Ympäristön merkitys kuntouttavaan työotteeseen 28

10 KUNTOUTTAVISTA TYÖOTTEISTA MUISTUTTAVAT JULISTEMALLIT 30

10.1 Julistemallien suunnittelu 31

10.2 Julistemallien teko 34

11 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUSKYSYMYKSET 35

12 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET 37

13 POHDINTA 40

13.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset 40

13.2 Kehittämisehdotukset ja tutkimustulosten hyödynnettävyys 43

LÄHTEET 45

LIITTEET

Liite 1. Suostumus haastatteluun 49
Liite 2. Haastattelurunko 50
Liite 3. Kuntouttava työote hoitotyössä 51
Liite 4. Toimintatapoja, jotka edistävät asukkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista 52
Liite 5. Toimintatavat, jotka estävät itsenäistä ja aktiivista suoriutumista 53
Liite 6. Ympäristön vaikutus kuntouttavaan työotteeseen 54
Liite 7. Julistemalli 1 55
Liite 8. Julistemalli 2 56
Liite 9. Julistemalli 3 57

KUVIOT

Kuvio 1. Analysointiprosessin kuvaus 20

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on kuntouttavan työotteen vaikutus ikääntyneen toimintakykyyn. Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe toteutettiin teemahaastatteluna kolmessa turkulaisessa palvelutalossa. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska ikääntyneiden määrä kasvaa jatkuvasti. Samalla kasvaa myös avuntarve ja terveydenhuollon toiminta tulee tulevaisuudessa olemaan painottunut ikääntyneen hoitotyöhön. Vanhainkoteja lakkautetaan ripeään tahtiin ja yhä useampi yksikkö muutetaan kuntouttavaksi, tehostetun palveluasumisen yksiköksi. Asiakasrakenne muuttuu ja hoitohenkilökunnalle suunnatut haasteet sen mukaisesti. Väestörakenteen muuttuminen sekä väestön ikääntyminen edellyttävät tukitoimien tarvetta (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tilaston (2009a) mukaan ikääntyneille tarkoitettujen sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelujen yhteenlaskettu asiakasmäärä on kuluvan vuosikymmenen aikana noussut noin 26 %. Palvelujen rakenne on muuttunut siten, että tehostetun palveluasumisen osuus kasvaa jatkuvasti. Samaan aikaan vanhainkotien asiakasmäärä on pienentynyt. Vuoden 2008 lopulla vanhainkodeissa ja tehostetun palveluasumisen yksiköissä oli yhteensä 41 000 keski-iältään lähes 83-vuotiasta asiakasta.

Eivätkö hoitajat sitten jo tiedä asiasta tarpeeksi? Lehtien yleisönosaston kirjoittelujen mukaan puutteita on niin hoidollisissa kuin hoitoympäristöönkin kohdistuvissa seikoissa. Tuetun palveluasumisen parissa asuvien määrän kasvaessa jatkuvasti, lisääntyy myös moniongelmaisten asukkaiden hoito. Tarvitaan yhä enemmän moniammatillista yhteistyötä. Kaikilla hoitoon osallistuvilla tulee olla ajankohtaista tietoa asukkaan psyykkisestä hyvinvoinnista sekä tekijöistä, jotka edistävät asukkaan mielenterveyttä (Cummings 2002). Dementoivat sairaudet lisääntyvät merkittävästi, arvion mukaan vuonna 2030 Suomessa on jo 128 000 keksivaikeasti tai vaikeasti dementoitunutta henkilöä. Dementoivat sairaudet aiheuttavat muistihäiriöiden lisäksi toimintakyvyn alenemista, jolloin avopuolen palvelut eivät riitä, vaan tarvitaan tuettua asumista. (Olsbo-Rusanen & Väänä-

nen-Sainio 2003.) Käytöshäiriöt, kuten fyysinen ja verbaalinen aggressiivisuus ja hoitotoimien vastustaminen, lisääntyvät yleisesti. Pienten yksiköiden henkilökunnalla on usein paremmat valmiudet sietää dementikoiden käytöshäiriöitä. Tämän arvellaan olevan yhteydessä siihen, että pieni yksikkö tarjoaa asukkaalle kodinomaisen ympäristön ja pienessä yksiköissä henkilökunta tuntee asukkaansa paremmin. (Gruber-Baldinin ym. 2004.)

Opinnäytetyö toteutettiin kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä osassa tutkittiin teemahaastattelun avulla kolmen turkulaisen palvelutalon hoitohenkilökunnan käsityksiä kuntouttavan työotteen toteutumisesta palvelutaloympäristössä. Toisessa vaiheessa laadittiin ajatuksia herättäviä julistemalleja palvelutalojen käyttöön, jotta kaikille muistuisi mieleen kuntouttavien työotteiden tärkeys.

2 IKÄÄNTYNYT SUOMESSA

Väestö ikääntyy Suomessa nopeasti (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003; 8, Tilastokeskus 2009). Ikääntyneiden osuus väestöstä on kasvanut tasaisesti viime vuosina, vuoden 2008 lopussa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli 16,7 %, kun vastaava luku vuonna 2000 oli 15 %. Väestöennusteen mukaan Suomessa on vuonna 2020 23 % yli 65-vuotiaita ja vuoteen 2030 mennessä luku on jo 26 %. (Tilastokeskus 2009.)

Eniten ikääntyneiden terveyttä heikentävät ja toimintakykyä laskevat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, verenkiertoelinten sairaudet, hengityselinten sairaudet sekä mielenterveysongelmat (Sihvonen ym. 2003, 49–51). Terveys 2000- selvityksen mukaan (Kansanterveyslaitos 2002; Sihvonen ym. 2003, 51–52) 65-vuotiaista miehistä ja naisista 15 % kokee terveytensä huonoksi tai melko huonoksi. 75-vuotiaiden keskuudessa luku on miehillä 40 % ja naisilla 32 %. Viimeisen 20 vuoden aikana toimintakyvyn rajoituksia aiheuttavat sairaudet ovat vähentyneet. Tämä selittyy lääkehoidon kehittymisellä sekä sillä, että hoitomuotojen tehostuminen alentaa kuolleisuutta ja parantaa toimintakykyä. Osaltaan myös terveystietoisuus ja ihmisten asenteet ovat kohentuneet. Työkykyä ylläpitävään toimintaan kiinnitetään entistä enemmän huomiota ja varhaiskuntoutuksen merkitys on kasvanut. Samaan aikaan kuitenkin myönteistä kehitystä uhkaavat ylipainoisuuden yleistyminen sekä alkoholikäytön lisääntyminen. Työelämä kovenee ja psyykkiset vaatimukset kasvavat. Miesten ja naisten elintapojen sekä terveyskäyttäytymisen välillä ei enää ole suuriakaan eroja, mikä asettaa terveydenhuollon ammattilaisille uudenlaisia haasteita. (Sihvonen ym. 2003, 58.)

3 IKÄÄNTYMISEN TUOMAT MUUTOKSET

Ikääntyminen tuo mukanaan monia fysiologisia muutoksia. Selkeimmin havaittavia niistä ovat kuulon ja näön heikentyminen sekä muistin häiriöt. Ihmisen pituus alkaa vähetä 60 ikävuoden jälkeen, kun taas paino ja rasvamäärän lisääntyminen nostavat painoa aina 60 ikävuoteen asti. 70 ikävuoden jälkeen useimmilla kehon paino kääntyy laskuun. Tästä huolimatta on yli 65-vuotiaiden ylipainoisten suomalaisten määrä noussut viimeisen 20 vuoden aikana selvästi. Ylipainoisten ikääntyneiden toinen ääripää ovat aliravitsemuksesta kärsivät ikääntyneet. Ravitsemushäiriöt yhdessä vähentyneen fyysisen aktiivisuuden kanssa hidastavat aineenvaihduntaa, rajoittavat toimintakykyä ja lisäävät avun tarvetta. (Suominen 2003, 88–92.)

Ravitsemuksen merkitys korostuu ihmisen ikääntyessä. Hyvällä ravitsemustilalla voidaan siirtää ja jopa ehkäistä monia sairauksia sekä nopeuttaa niistä toipumista. Aliravitsemuksen vaara on suurin laitoksissa asuvien ikääntyneiden keskuudessa. Aliravitsemus aiheuttaa sarkopeniaa, josta on suorana seurauksena toiminta- ja liikuntakyvyn sekä kehon hallinnan heikkeneminen, lisäten kaatumisien ja murtumien vaaraa. Muita aliravitsemuksen riskitekijöitä ikääntyneillä ovat huonot hampaat, muistamattomuus ja masentuneisuus. Aliravitsemuksella on myös suora yhteys infektioherkkyyteen jolloin mm. haavojen paraneminen on hidasta sekä sairaalahoidon tarve pitkittyy. (Hakala 2007.)

3.1 Fyysinen toimintakyky ja sen rajoitteet

Fyysinen toimintakyky on päivittäisiä toimintoja kuten syöminen ja juominen, nukkuminen, pukeminen ja peseminen sekä liikkuminen (Heimonen & Voutilainen 2006, 25). Fyysisen toimintakyvyn avulla liikkuminen, asennon vaihto ja omatoimisuus ovat mahdollisia (Routasalo 2003, 120). Tuki- ja liikuntaelimistön toimintakyvyn lisäksi fyysistä toimintakykyä voidaan arvioida sen perusteella

miten elimistö suoriutuu ponnistelua vaativasta tehtävästä. Fyysinen toimintakyky käsittää myös keskus- ja ääreishermoston toiminnan. Näiden seikkojen lisäksi fyysisen toimintakyvyn mittareina voidaan pitää päivittäisistä toiminnoista suoriutumista sekä asioiden itsenäistä hoitamista. Iän myötä elimistön toiminnat heikkenevät aiheuttaen fyysisen toimintakyvyn laskua biologisista syistä. Biologista vanhenemista enemmän toimintakykyä kuitenkin heikentävät sairaudet. (Haukka ym. 2006, 58–59.)

Lihasvoima heikkenee iän mukana aiheuttaen keskeisen riskitekijän ikääntyneen toiminnanvajaukselle. Aktiivisesti liikuntaa harrastaville lihasvoima säilyy parempana ja ylläpitää toimintakykyä. Erityisesti kuntosaliharjoittelulla on saatu hyviä tuloksia ikääntyneiden lihasvoiman lisäämisessä. (Sipilä & Rantanen 2003, 99–100, 106–109.)

Korkea ikä ja fyysinen kyvyttömyys lisäävät tapaturmariskejä. Kaatumiset ja putoamiset eivät välttämättä aiheuta hoitoa tarvitsevia vammoja, mutta niiden psyykkiset ja sosiaaliset seuraukset ovat usein iäkkäälle merkittäviä. Kaatumisen pelko rajoittaa usein iäkkään toiminnallisuutta. Sisäisten tekijöiden lisäksi tapaturmille altistavat ulkoiset tekijät kuten huonekalut, riittämätön valaistus ja apuvälineiden väärä käyttö. (Laitinen-Junkkari ym.1999, 129–132.)

3.2 Psyykkinen toimintakyky ja sen rajoitteet

Psyykkinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi suoriutua älyllisestä ja henkistä ponnistelua vaativasta tehtävästä, jolle mielenterveys on edellytys (Haukka ym. 2006, 58). Psyykkinen toimintakyky on elämänhallintaa, mielen hyvinvointia, jossa oleellista on itsearvostus, mieliala sekä haasteista selviytyminen eli omat voimavarat (Heimonen & Voutilainen 2006, 25).

On arvioitu, että 16–30% yli 65-vuotiaista kärsii jonkinasteisista mielenterveyden ongelmista. Yleisimpiä iäkkäiden ihmisten mielenterveysongelmia ovat mielialahäiriöt, ahdistuneisuushäiriöt, psykoosit ja elimellisiin sairauksiin liittyvät mielenterveyden häiriöt. Masennustila on ikääntyneiden yleisin mielialahäiriö,

josta arvioiden mukaan kärsii 5 % eläkeikäisistä suomalaisista. Lisäksi vähintään 20 % ikääntyneistä kärsii lievemmistä mielialaoireista. (Ella ym. 2010.)

Dementoivan sairauden ensioire on usein masennus, ja toisaalta masennus voi heikentää muistia merkittävästi (Juva 2007, 1235). Depressio ja dementia ovat yleisiä tiloja ikääntyneellä ja oireet ovat usein samankaltaisia kuten haluttomuutta, aloitekyvyttömyyttä sekä toimintakyvyn heikkenemistä. Masennus yksinäänkin saattaa aiheuttaa merkittäviäkin muistivaikeuksia, ja toisaalta dementiaan sairastuneella on usein masennusoireita jo ennen selviä kognitiivisien suoriutumisen häiriöitä. (Adams ym. 2004, 481–483; Juva 2007, 1231.)

Masennus on iäkkäiden keskuudessa yleisempää naisilla. Tämä selittyy osaltaan naisten pidemmällä eliniällä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008; Ella ym. 2010.) Leskeksi jääminen, yksinäisyys ja laitokseen muuttaminen altistavat masennukselle (Vataja ym. 2001, 170; Adams ym. 2004, 484; Ella ym. 2010). Usein kuitenkin ikääntyneiden masennuksen taustalta löytyy fyysisessä terveydentilassa tapahtuvat muutokset. Masennustila voi puhjeta esim. aivohalvauksen tai sydäninfarktin jälkeen, kilpirauhasen vajaatoiminnan, pitkäaikaisen kivutilan tai Parkinsonin taudin yhteydessä. Muistihäiriötä aiheuttaviin eli dementoiviin aivosairauksiin liittyy usein masennusta erityisesti sairauden alkuvaiheessa. (Vataja ym. 2001, 170; Ella ym. 2010.)

Kaikenikäiset masennuspotilaat kokevat muistihäiriöitä, mutta häiriöt korostuvat erityisesti ikääntyneillä (Juva 2007,1232). Ikääntyneen masennus ilmenee eri lailla kuin nuorien. Oireet saattavat olla samantyyppisiä kuin dementiassa kuten asioiden unohtelu tai esitettyjen kysymysten toistaminen. Ikääntynyt saattaa kokea myös kipua eri puolilla kehoa, ruokahalussa ja painossa saattaa tulla selvä aleneminen. Usein mukana on myös unihäiriöitä. Oireille ei löydy syytä tai elimellistä selitystä ja niiden vaikeusaste saattaa vaihdella suurestikin. Muistivaikeudet korostuvat, välillä muistamattomuus saattaa olla valikoivaa. Ajan ja paikan taju on silti yhä tallella. Dementiasta ikääntyneen masennus eroaa siten, että sairastunut tiedostaa muistamattomuutensa ja tämä kokemus saattaa olla

hänelle hyvinkin pelottava. Näihin muistihäiriöihin auttaa hyvin masennuslääke. (Ella ym. 2010.) Masentuneen asukkaan psyykkinen toimintakyky laskee, ilman oikeaa lääkitystä, merkittävästi. Juuri siksi onkin tärkeää, että hoitaja kykenee arvioimaan myös asukkaan psyykkistä toimintakykyä (Routasalo 2003, 122–124.) ja ylläpitämään tämän vireystilaa masennuksen ehkäisemiseksi. Tämä on tärkeää, jottei asukkaan oma ajatusmaailma häviä ja sukas jää hoitajan holhottavaksi. (Williams & Warren 2008.) Mikäli arjen selviytyminen tuottaa vaikeuksia, ahdistuu asukas helposti. Erityisesti dementoituneen asukkaan kohdalla tilanne johtaa nopeasti passivoitumiseen siksi onkin tärkeää, että hoitaja tunnistaa dementoituneen asukkaan jäljellä olevat voimavarat. (Revell 2000, 73-74; Routasalo 2004, 86.)

3.2.1 Muistin heikkenemisen tuomat muutokset

”Sosiaali- ja terveydenhuollon laitospalveluissa, palveluasumisessa ja säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä oli vuoden 2005 lopussa yhteensä noin 32 500 asiakasta, jolla on dementoiva sairaus. Se on lähes neljäsosa kaikista asiakkaista”. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Dementia-asiakkaiden määrä on saman THL:n tilaston mukaan lisääntynyt jatkuvasti kaikissa em. palveluissa kuten myös dementia-asiakkaiden osuus kaikista asiakkaista. Palvelurakenteessa on nähtävissä, että laitoshoito on pysynyt viimevuosina lähes samalla tasolla, kun taas tehostettu palveluasuminen on lisääntynyt merkittävästi. Tehostetun palveluasumisen piirissä asui vuoden 2005 lopussa 37.8 % dementiadiagnoosin saaneista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Dementoituneen kuntouttavassa hoitotyössä toimintakyvyn tukemisen tulee olla yhtä tärkeää kuin elämänlaadun edistämisen. Johtoajatuksena tulee olla dementoituneen yksilöllisyyden tunnistaminen ja kunnioittaminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen, olemassa olevien heikentyneiden sekä jo menetettyjen kykyjen tiedostaminen sekä toimintakyvyn määrätietoinen tukeminen. Lähtökohtana on, että dementoituneella on vielä olemassa olevaa toimintakykyä jota tu-

kea. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.) Hoitaja tarvitsee dementoituneen kanssa työskennelleessään laajaa, monialaista tietoperustaa jota soveltaa joustavasti käytännön hoitoyöhön (Heimonen & Voutilainen 2006, 57; Smith ym. 2008, 817–819). Pystyäkseen arvioimaan dementoituneen kokonaistilannetta, hoitaja tarvitsee tietoa sairaudesta, hänen elämäntilanteestaan ja persoonasta. Koska hoitaja kohtaa päivittäin runsaasti haasteita pyrkiessään tukemaan dementoituneen toimintakykyä, on tärkeää, että hoitajalla on hyvät, ajankohtaiset tiedot dementoituneen kyvyistä, jotta hän pystyy olemaan tukena ja ohjaamaan dementoitunutta tämän kykyjen ja ymmärryksen mukaisesti. Tukeminen on usein ajan antamista, neuvontaa, kannustamista sekä osin tai joskus jopa kokonaan niiden asioiden puolesta tekemistä, joihin dementoitunut ei itse kykene. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57–58.)

Muistipotilaan käytösoireilla tarkoitetaan niitä psyykkisen tilaan tai käyttäytymiseen liittyviä oireita, jotka eivät suoraan liity henkisten kykyjen heikkenemiseen. Käytösoireita ovat muun muassa masentuneisuus, ahdistus ja levottomuus, univalverytmin häiriöt ja sopimaton käytös. Käytösoireisiin lasketaan myös psykoottiset oireet kuten paranoidisuus, harhaluuloisuus ja hallusinaatiot. Käytösoireiden esiintyminen on yleisintä keskivaikeassa dementiassa, mutta niitä voi ilmetä kaikissa sairauden vaiheissa. (Vataja ym. 2001, 172–173.) Käytösoireita voidaan vähentää ja niiden vaikeusastetta lieventää tehokkaasti Alzheimer-lääkkeillä. Tarvittaessa voidaan käyttää varsinaisia psyykenlääkkeitä. (Pirttilä ym. 2007, 183–184.) Psyykenlääkkeiden kanssa on kuitenkin syytä olla varovainen, koska muistipotilaat ovat herkkiä lääkkeiden sivuvaikutuksille, kuten sekavuudelle ja kaatumisille. (Pirttilä ym. 2006, 183–184; Ella ym. 2010.) Juuri siksi on erittäin tärkeää, että hoitohenkilökunta hallitsee myös käytösoireiden lääkkeettömän hoidon (Suhonen ym. 2008). Usein käytösoireita pystytään ehkäisemään ja hoitamaan asiantuntevalla suhtautumisella sekä itse muistisairauden hyvällä hoidolla (Pirttilä ym. 2007, 184).

3.3 Sosiaalinen toimintakyky ja sen rajoitteet

Sosiaalinen toimintakyky on sosiaalisissa kanssakäymisissä tarvittavia taitoja, johon vaikuttavat psyykkinen ja fyysinen toimintakyky ja sosiaalinen verkosto. (Routasalo 2003, 124; Heimonen & Voutilainen 2006, 25.) Dementia haittaa ikääntyneen sosiaalista selviytymistä merkittävästi ilmeten mm. ahdistuneisuutena, masennuksena ja poikkeavana käytöksenä (Koponen & Leinonen 2002, 200).

Ikääntyneen sosiaalinen verkosto muodostuu sukulaisten lisäksi ystävistä, muista palvelutalon asukkaista sekä aktiviteettien mukanaan tuomista ihmissuhteista. Yhteisyyden ja turvallisuuden tunne lisääntyy hyvän sosiaalisen verkon myötä. Parhaimmillaan sosiaalinen verkko yhdistää asukkaiden voimavaroja ja lisää heidän keskinäistä vuorovaikutusta vähentäen yksinäisyyttä ja ennaltaehkäisee masennusta. (Olsbo-Rusanen & Väänänen-Sainio 2003, 31–32; Heimonen & Voutilainen 2006, 25.) Sosiaalinen eristäytyminen sekä sosiaalisen tuen puute vaikuttavat ikääntyneen terveyteen ja toimintakykyyn alentavasti (Heikkinen 2000, 228). Mitä paremmin ikääntynyt selviää vuorovaikutustilanteesta, sen paremmat sosiaaliset taidot hän omaa. Palvelutaloympäristössä näitä taitoja ylläpidetään erilaisten aktiviteettien kautta. (Haukka ym 2006, 59.)

Syrjäytymisen estämisen tulisi olla osa jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen työtä. Erityisesti yksin asuvien ikääntyneiden sosiaalisista suhteista tulisi heiltä kysyä. Monella yksineläjällä sosiaalinen kanssakäyminen on saattanut loppua eläkkeelle jäämiseen, kun työyhteisö (työtoverit ja asiakkaat) eivät enää olekaan osa arkipäivää. Ilman perhettä tai sukua ikääntynyt jää helposti kotiin. Muiden ihmissuhteiden ylläpitäminen tai muodostaminen ei tämän päivän Suomessa ole kovin helppoa, välttämättä emme tunne edes naapureitamme. Moni ikääntynyt saa tukea keskustelusta. Mikäli omaisia tai ystäviä ei ole, saattaa hoitaja olla ainut keskustelukumppani. Hoitaja voi osaltaan vahvistaa ikääntyneen itsetuntoa suhtautumalla tähän arvostavasti. Keskusteluissa tulisi keskittyä

ikääntyneen olemassa olevan toimintakyvyn tukemiseen. Huomion suuntaaminen ajankohtaisiin, arjen asioihin sekä ikääntyneen vaivoista puhuminen helpottaa usein ahdistusta. Puhumisen ohessa kosketus on erityisesti tärkeää laitoshoidossa asuvalle ikääntyneelle. (Ella ym. 2010.)

4 KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN MERKITYS TOIMINTAKYKYYN

Heimonen ja Voutilainen (2006, 24) määrittelevät toimintakyvyn arkipäiväisistä toiminnoista selviytymisenä itseä tyydyttävällä tavalla ympäristössä, jossa hän elää. Ikääntyneen vaikeus selviytyä arkirutiineista johtuu usein joko heikentyneestä toimintakyvystä tai ympäristön ongelmista. Usein on kyse molemmista. Toimintakyvyn heikkenemiseen vaikuttavat sisäiset tekijät (elämäntyyli, itsehoito ja motivaatio) sekä ulkoiset tekijät, kuten fyysisen ja psyykkisen kunnon ylläpito ja päivittäisten toimintojen harjoittaminen. (Haukka ym. 2006, 57.) Myös monella ikääntyneellä sairaudet lisääntyvät ja näin ollen fyysinen toimintakyky heikkenee. Asuinympäristön ja apuvälineiden tulee vastata ikääntyneen tarpeita. Usein jo pienetkin muutostyöt mahdollistavat ikääntyneen osallistumisen omaan hoitoonsa. Lisäksi hoitajalla tulee olla aikaa tukea ikääntynyttä arjen toiminnoissa. Kiire asettaa suurimman uhan sille, että apuvälineen sijaan ikääntynyt tukeutuu hoitajaan. Tämän seurauksena ikääntynyt menettää yhä enemmän olemassa olevaa toimintakykyään. (Åkerblom 2002, 14; Siitonen 2003, 426).

Kuntouttavan työotteen tarkoitus on edistää olemassa olevaa toimintakykyä ja hyödyntää sitä käytännössä mahdollisimman monipuolisesti (Routasalo-Lauri 2001, 209). Kuntouttava hoitotyö tarkoittaa siis sitä, että asiakkaan annetaan tehdä itse mahdollisimman paljon arjen toimintoja, joihin hän vielä pystyy, ja sen perusta on yhdessä asukkaan kanssa toimiminen (Siipola 2001, 35–37; Routasalo-Lauri 2001, 211, Holma ym 2002, 43–45). Asukkaan tulee antaa käyttää omia voimavarojaan, hoitajan toimiessa tukena ja turvana. Tärkeää on, että hoitaja toimii arjen tilanteiden ohjaajana ja motivoijana. Hoitajalle kuntouttava työ-

ote on haaste ja se edellyttää omien asenteiden tiedostamista sekä ammattitaitoa. (Holma ym 2002, 43–45.) Keinoja ikääntyneen autonomian lisäämiseksi ovat mm. motivointi, rohkaiseminen, tukeminen, valinnanvapaus ja tieto (Somerkivi 2000; Siipola 2001, 39; Benzein ym. 2004, 870–872; Turja 2004, 5; Gary 2006, 33).

Toteuttamalla kuntouttavaa työotetta voidaan parantaa asukkaan päivän sisällön mielekkyyttä ja täten tuottaa onnistumisen ja itseisarvon kokemuksia, jolla on merkittävä rooli ahdistuksen ja masennuksen ehkäisijänä. (Holma ym 2002, 45–46.) Käyttämällä kuntouttavia työotteita hoitaja pystyy tukemaan asukkaan toimintakykyä sekä kunnioittamaan tämän itsemääräämisoikeutta arjen toiminnoissa (Winblad & Heimonen 2004, 75). Kuntouttavan työotteen toteuttaminen vaatii hoitavalta henkilökunnalta hyvää ammatillista tietoperustaa sekä taitoa toimia ikääntyneen kanssa (Holma ym. 2002, 44–45) sekä kykyä arvioida realistisesti asiakkaan voimavaroja ja toimintakykyä (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 31). Hoitajan ammattitaitoa osoittaa hänen kykynsä soveltaa tietoa. Hoitajan tulee myös osata käyttää luovuutta usein nopeastikin muuttuvissa tilanteissa. Myös asukkaan haasteellinen käytös, omaisten kohtaaminen ja oma jaksaminen asettaa hoitajan taidot usein jaksamisen äärirajoille. (Somerkivi 2000; Benzein ym. 2004, 873; Routasalo 2004, 88; Turja 2004, 6-7; Gary 2006, 34–35.)

Kuntouttava työote on haaste kaikille ikääntyneiden parissa työskenteleville. Kouluttamalla työntekijöitä pystytään vahvistamaan kuntouttavan työotteen käyttöä käytännön työssä (Laukkanen & Parkatti 2003, 132). Asukas saadaan helpommin sitoutumaan kuntouttaviin työotteisiin, mikäli hoitajasta välittyy luotettavuus, huolenpito ja välittäminen, hoitaja käyttää kannustusta ja omaa persoonaansa hoitotyössä. (Somerkivi 2000; Routasalo 2003, 129; Benzein ym. 2004, 875; Kokkonen-Kärki 2005.)

5 PALVELUASUMINEN

Suomen vanhuspolitiikan keskeisenä tehtävänä on ikääntyvien toimintakyvyn edistäminen ja itsenäisen elämän tukeminen. Tavoite on, että ikääntynyt saa elää omassa kodissaan ja tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään. Riittävän varhaisella ja monipuolisella toiminnalla ylläpidetään ja parannetaan ikääntyneen toimintakykyä. Ammattitaitoiset sosiaali- ja terveyspalvelut tukevat kotona asumista. Niille, jotka eivät enää suoriudu elämästä kotona, on tarjolla sosiaalihuollon asumispalveluja ja laitoshoitoa. Jokaisessa kunnassa tulee olla vanhuspoliittinen strategia, sillä se luo suuntaviivat vanhuspalveluiden kehittämiselle. Puitteet kuntien palvelujen järjestämiselle asettaa lainsäädäntö. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 17–18.)

Vanhuksille tehdään yksilöllinen palvelutarpeen arviointi, jonka perusteella kunta myöntää sosiaalipalveluja. Arvioinnissa otetaan huomioon asiakkaan oma näkemys sekä yhden tai useamman asiantuntijan arvio. Kaikilla 80 vuotta täyttäneillä on oikeus päästä sosiaalipalvelujen tarpeen arviointiin määräajassa. Henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan tarvittavista palveluista ja tukitoimista. Sen laativat kunnan viranomaiset yhdessä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai laillisen edustajansa kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 18.)

Puutteelliset asumisolosuhteet eivät saa aiheuttaa palvelujen tarvetta. Tämä tarkoittaa sitä, että asumista pyritään ensisijaisesti tukemaan muun muassa asunnon muutostöillä. Näistä yleisimpiä ovat WC- ja pesutilojen saneeraukset, kynnysten poistot, oviaukkojen levennykset sekä erilaisten tukien asennukset. Palveluasuminen on tarkoitettu sellaisille vanhuksille, jotka eivät voi edes muutostöiden jälkeen asua omassa kodissaan, tai kun katsotaan, ettei muutostöillä ole vaikutusta kotona asumisen mahdollisuuksiin. Palveluasumista järjestetään palvelutaloissa, palveluasuntoryhmissä tai yksittäisissä palveluasunnoissa. Suurimmassa osassa palvelutaloja henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Muistisairaille vanhuksille on tarjolla erityisesti heille suunniteltuja ryhmäkoteja.

Palveluja tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset yrittäjät. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 19.)

6 HOITO- JA PALVELUSUUNNITELMA KUNTOUTTAVAN TYÖOTTEEN TUKENA

Hoito- ja palvelusuunnitelma on asiakirja tai -kokonaisuus, johon yhdessä asiakkaan kanssa kirjataan hänen tarvitsemansa palvelut ja hoito sekä niiden toteutuksen muoto ja kesto. Hoito- ja palvelusuunnitelman tavoite on tukea ja edistää asiakaslähtöistä työotetta sekä palvelujen ja niiden arvioinnin kehittämistä paikallisesti ja kattavasti koko palvelujärjestelmässä. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa tarkistetaan ennalta sovitun ajan kuluttua ja sitä muutetaan mikäli asiakkaan tarpeet tai käytettävissä olevat resurssit muuttuvat/vaihtuvat. Kun hoito- ja palvelusuunnitelmassa on kirjallisesti ilmaistu selvästi, mihin asiakkaan kanssa pyritään, kaikilla asiakkaan palveluihin ja hoitoon osallistuvilla on tiedossa samat tavoitteet. Näin ehkäistään työntekijöiden päällekkäistä työtä. (Päivärinta & Haverinen 2002, 3, 5-6, 18.)

Harkittu, moniammatillinen suunnitelma mahdollistaa toteutuksen, jonka avulla voidaan vielä ehkäistä ikääntyneen toimintakyvyn ja elämänlaadun heikentymistä ohjauksen, tuen, palveluiden ja hyvän hoidon avulla (Päivärinta & Haverinen 2002, 5-6, 13–16, 27; Eloniemi-Sulkava 2007, 52). Hyvä lähtökohta dementoituneen hyvälle hoidolle on huolella laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 75–76). Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa tulee olla selvää miten kunkin asukkaan kanssa tulee toimia. Mikäli hoitajalta puuttuu malli kuntouttavaan hoitotyöhön, passivoi hän herkästi asukkaan toimimalla rutiinien mukaan. (Turja; Routasalo & Arve 2006, 4-9.)

Ennen hoito- ja palvelusuunnitelman tekoa on tärkeää ikääntyneeseen ja hänen tilanteeseensa tutustuminen sekä ehkäisevän työn mahdollisuuksien kartoittaminen ja hyödyntäminen (Päivärinta & Haverinen 2002, 36–37). Kun suunni-

telma tehdään yhteistyössä ikääntyneen kanssa, voidaan ehkäistä väärinymmärrysten tai erilaisten tulkintojen syntymistä asiakkaan, tämän läheisten ja työntekijöiden välillä (Päivärinta & Haverinen 2002, 14–15, 36–37). Suunnitelman yksityiskohdista päätettäessä asetetaan tärkeysjärjestykseen asiakkaan hoidon tarpeet sekä hänen tarvitsemansa ohjaus, kuntoutus, palvelut tai hoito. Tavoitteet asetetaan ja valitaan niiden saavuttamiseksi tarvittavat toimenpiteet. Suunnitelman tarkistamisesta tulee myös sopia. (Päivärinta & Haverinen 2002, 44.) Koska dementoivat sairaudet ovat parantumattomia, on erityisen tärkeää tukea yksilön olemassa oleva toimintakykyä ja siten parantaa hänen elämänlaatuaan. Tämä toteutuu parhaiten arvioimalla yksilön tilanne ja avuntarve säännöllisin väliajoin. (Heimonen & Voutilainen 2006, 22–23.) Hoitotyön tekijä osallistuu merkittävästi asukkaan arkeen. Asukkaan toimintakyvyssä tapahtuvat muutokset ovat siis helposti huomioitavissa arjen konkreettisissa toiminnoissa. (Holma ym. 2002, 43; Turja ym. 2006, 5.)

Ikääntyneen oikeus saada arvostavaa ja kunnioittavaa kohtelua toteutuu, kun tiedostetaan työtä ohjaavien eettisten periaatteiden merkitys, toteutetaan kuntouttavaa, yksilöllistä työotetta ja käytetään ehkäisevän työn mahdollisuudet hoitoa ja palveluja toteutettaessa (Päivärinta & Haverinen 2002, 5–6, 13–16). Hoito- ja palvelusuunnitelma on hyvin laadittuna työväline niin palveluja antavalle työntekijälle kuin työyhteisölle. Lisäksi se on hyvä työväline kunnalle ikäihmisten palvelujen suunnittelussa, toteutuksessa, seurannassa ja arvioinnissa. (Päivärinta & Haverinen 2002, 17–22, 27.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tarkoituksena oli selvittää, miten hoitohenkilökunta kokee kuntouttavan työotteen, miten sen käyttö näkyy päivittäisessä hoitotyössä sekä mikä vaikutus hoitoympäristöllä on kuntouttavaan työotteeseen. Tavoitteena oli saada luotettavaa tietoa hoitajien työtavoista, joilla he ylläpitävät ikääntyneiden toimintakykyä ja

pyrkivät edistämään sitä.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä kuntouttava työote tarkoittaa ja mitä kuntouttavia työotteita hoitajat käyttävät?
2. Mitkä asiat edistävät ja mitkä asiat estävät asukkaan itsenäistä suoriutumista/osallistumista?
3. Mikä vaikutus ympäristöllä on kuntouttavaan työotteeseen?

8 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Kohderyhmä

Kohderyhmänä olivat kolmen turkulaisen palvelutalon hoitotyöntekijät. Työntekijät koostuivat perus- ja lähihoitajista, sairaanhoitajista ja kodinhoitajista. Joukossa oli juuri valmistuneita sekä pitkään hoitotyötä tehneitä hoitajia. Yhteensä haastateltavia oli 20.

8.2 Aineistonkeruumenetelmä ja aineistonkeruu

Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelulla tarkoitetaan kohdennettua haastattelua, joka eroaa monella eri tavalla muista tutkimushaastattelun lajeista, jotka aluksi näyttävät samanlaisilta. Ensimmäinen yhdistävä tekijä on, että haastateltavat ovat kokeneet tietyn tilanteen. Toiseksi on selvitetty pääpiirteisesti tutkittavan ilmiön tärkeimpiä osia, rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta. Kerätyn sisällön- tai tilanneanalyysin pohjalta on päädytty tiettyihin oletuksiin tilanteesta. Kolmannessa vaiheessa kehitetään haastattelurunko analyysin pohjalta. Neljäntenä eli viimeiseksi haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden kokemuksiin tilanteista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2007, 157) määrittelevät kvalitatiivisen tutkimuk-

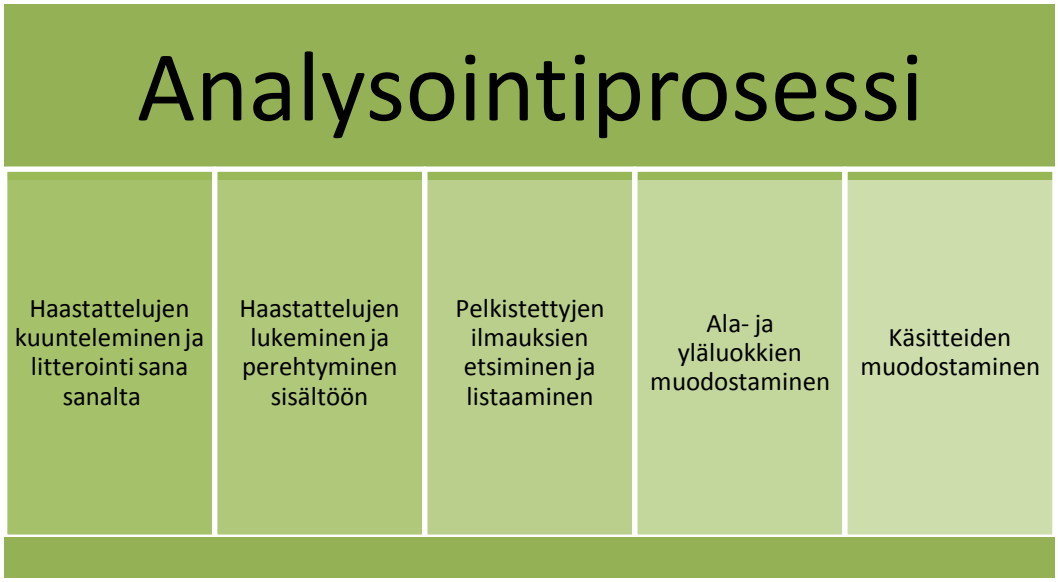
sen perusajatukseksi todellisen elämän kuvaamisen. Kvalitatiivinen tutkimus pyrkii mahdollisimman kokonaisvaltaiseen tutkimukseen ja siten teoria on erittäin tärkeää. Teoria ohjaa laadullista tutkimusta (Tuomi & Sarajärvi 2004, 17–18). Teemahaastattelussa fokus on tietyissä teemoissa, joista keskustellaan. Teemahaastattelun nimi ilmaisee mikä haastattelussa on oleellisinta. Haastattelu etenee keskeisten teemojen pohjalta ilman tarkkoja, ennalta määrätyssä järjestyksessä, esitettyjä kysymyksiä. Täten haastattelun ilmapiiri on vapautuneempi ja tuo paremmin haastateltavien tulkinnat asioista sekä erilaiset mielipiteet esille. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu menetelmä, koska haastattelun aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48.)

Tutkimuksen teko aloitettiin tutustumalla aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin, joita aiheesta on tehty aikaisemmin. Yhteistyökumppaneiden kanssa kokoonnuttiin ennen tutkimuksen aloittamista, jolloin kartoitettiin tarkemmin, mitä tutkimukselta halutaan. Koko tutkimusprosessin aikana kokoontumisia oli kolme kertaa, jolloin käytiin läpi aihetta ja yhteistyökumppanit saivat antaa parannusehdotuksia sekä toiveita siitä, miten tutkimuksesta saataisiin paras hyöty heidän käytännön työhön. Tutkimusluvat haettiin Turun sosiaali- ja terveystoimelta. Tutkimusluvan saamisen jälkeen aloitettiin varsinainen kenttätyö. Tutkimus toteutettiin yksilöhaastatteluna. Kaikki haastattelut nauhoitettiin. Jokaiselle haastateltavalle jaettiin tutkimuslupalomake, joka täytettiin ennen haastatteluun tuloa. (LIITE 1) Haastatteluissa oli kolme teemaa, joiden pohjalta haastattelut etenivät. (LIITE 2) Ensimmäinen teema oli kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä. Tarkoituksena oli kartoittaa, miten hoitajat kokivat kuntouttavan työotteen ja miten se näkyi heidän käytännön hoitotyössä. Toisena teemana oli asukkaan itsenäinen suoriutuminen ja osallistuminen. Hoitajilta kysyttiin, mitkä asiat edistävät ja mitkä taas estävät asukkaan itsenäistä ja omatoimista suoriutumista. Kolmas teema käsitteli ympäristön merkitystä kuntouttavan työotteen käyttöön. Hoitajat kuvailivat, miten ympäristö helpottaa tai vaikeuttaa kuntouttavan työotteen käyttöä. Haastatteluja tehtiin yhteensä 20 ja haastatteluihin osallistui hoitajia kaikista ammattiryhmistä.

8.3 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa sisällön analyysiä on käytetty paljon tutkimusaineiston analyysimenetelmänä. Kyngäs ja Vanhanen (1999, 120–123) esittävät sisällön analyysin tarkoittavan kommunikaation ilmisisällön objektiivista, systemaattista ja määrällistä kuvailua varten soveltuvaa tutkimustekniikkaa. Kommunikaation ilmisisältö tarkoittaa dokumenttien sisältöä sellaisenaan. Dokumentti on inhimillisen käyttäytymisen tuote, jossa esitetään erilaisia kommunikaatioprosesseja. Sisällönanalyysi kehittää ymmärrystä kommunikaatiosta, se ei ole pelkästään aineiston keruu- ja luokittelumenetelmä. Mitään tutkimuksen aineiston analysoinnissa käytettävää "tekniikkaa" ei voida tarkastella irrallaan muusta tutkimuksen kokonaisuudesta. Tärkeää on, että tutkija selvittää, miten hän tutkimuskohteensa ymmärtää ja miten hän ajattelee siitä parhaiten saavansa tietoa.

Analysointi aloitettiin kuuntelemalla nauhoitetut haastattelut ja kirjoittamalla ne sanatarkasti ylös. Litteroinnit tuottivat 1-3 A4-kokoista konekielellä kirjoitettua sivua per haastattelu. Tämän jälkeen litteroinnit luettiin huolellisesti läpi useaan otteeseen ja esille nostettiin teemoihin liittyviä lauseita ja sanapareja. Tätä vaihetta kutsutaan aineiston pelkistämiseksi. Pelkistämisen jälkeen haastatteluista etsittiin samankaltaisia ilmauksia, joista muodostettiin alakategorioita. Alakategorioita yhdistämällä muodostettiin yläkategorioita. Kun taas kaikista teemoista saadut yläkategoriat yhdistettiin kokoavaksi käsitteeksi, saatiin tulokseksi vastaus alkuperäiseen tutkimuskysymykseen.



Kuvio 1. Analysointiprosessin kuvaus

9 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

9.1 Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä

Ensimmäisen teeman avulla oli tarkoitus määrittää, mitä kuntouttava työote hoitajien mielestä tarkoittaa. Lisäkysymyksinä käytettiin, miten kuntouttava työote näkyy hoitotyössä, mitä kuntouttava työote edellyttää hoitajilta sekä miten kuntouttava työote näkyy tavassa kohdata asiakas. Haastatteluissa nousi esille, että ihminen tulee ottaa huomioon kokonaisuutena, yksilönä, jolla on välillä parempia ja huonompia päiviä. Keskeisiksi asioiksi nousivat asiakkaiden toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen.

> ”Ei tehdä asiakkaan puolesta, vaan annetaan asiakkaan tehdä itse. Ei auteta avuttomaksi.”
>
> ”Asukas tekee sen minkä pystyy ja me ollaan siinä tukena, ohjataan ja autetaan niissä.”
>
> ”Kuntouttava työote on arkielämän kaikissa toimissa mukana olemista.”

Asukkaan taustan ja nykytilan tunteminen koettiin tärkeäksi. Lisäksi se, mistä asukas palvelutaloon on muuttanut, vaikuttaa usein merkittävästi toimintakykyyn. Hoitajat olivat yhtä mieltä siitä, että asukkaan toimintakyvyn kartoittaminen on välttämätöntä. Siksi on tärkeää, että jokaiselle asukkaalle on tehty henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma, jota päivitetään säännöllisesti tai tarpeen mukaan.

> ”Pitää osasta hahmottaa millä tasolla autettava on. Kuinka paljon häneltä voidaan vaatia. Silmää nähdä, ihmistuntemusta.”

> ”Täytyy tietää mistä se asukas tulee. Tänne (palvelutaloon) muuttamisen alkuviikot ovat tosi ratkaisevia. Silloin pitäisi olla aikaa sille ihmiselle niin paljon, että häntä voi ohjata ja opettaa tekemään asioita itse. Muutto sinänsä on todella iso muutos vanhukselle, häntä tulee ohjata omatoimisuuteen.”

Kuntouttava työote keskittyy herkästi fyysiseen puoleen, mutta sen tulee ottaa huomioon myös asukkaan psyykkinen ja sosiaalinen puoli. Useat hoitajat toivat esille sen, että monella asukkaalla on masennusta ja sillä on suora yhteys kuntouttavien työotteiden käyttöön. Hoitajien mielestä oli tärkeää olla läsnä asukkaan arjessa muutenkin kuin vain tekemällä puolesta.

> ”Kuntouttavaa on myös henkisen puolen hoitaminen ja huumori. Kaikessa jokapäiväisessä työssä tulee muistaa, ettei tehdä otsa rypyssä. Toki täytyy tuntea asukas ja työkaveri, että voiko huumoria käyttää, mutta se piristää kyllä päivää.”

> ”On se ihanaa tehdä itsensä tarpeettomaksi. Tätä lausetta hoitajien tulisi miettiä. Pitää olla läsnä, mutta kaikkea ei tarvitse tehdä puolesta.”

Kuntouttavassa työotteessa pyritään siihen, että ei tehdä asukkaan puolesta, ei auteta avuttomaksi vaan annetaan hänen tehdä itse se, minkä hän pystyy. Olemassa olevat voimavarat tulee hyödyntää ja siten tukea toimintakykyä arjen tapahtumissa. Hoitajat pystyivät nimeämään useita keinoja käyttää kuntouttavia työotteita, joihin huonokuntoisempikin asukas pystyy osallistumaan. Useimmin mainittiin seuraavat asiat: hiuksien ja hampaiden harjaus, kasvojen pesu, pukeutuminen ja syöminen. Kannustus ja rohkaisu koettiin tärkeiksi keinoiksi saa-

da asukas motivoitumaan oman toimintakyvyn ylläpitämiseen.

> ”Hoitotyössä kuntouttava työote näkyy ohjauksena, yhdessä tekemisenä, kannustamisena ja tukemisena. Annetaan asiakkaan onnistua, luodaan turvallisuudentunnetta.”
>
> ”Pyritään asiakkaan voimavarat huomioiden sitten laittaa hänet tekemään itse asioita. Vaikka ihan vuoteesta ylösnousu niin asiakas ohjataan hyvään asentoon ja pyrkimään siitä itse ylös eikä lähdetä repimään eikä kiskomaan häntä siitä.”
>
> ”Ei saa mennä sekoittamaan kunnioittamista ja kuntouttavaa työotetta keskenään. Kyllä sä vanhusta silti arvostat, kun laitat sen tekemään itse asioita. Ehkä enemmänkin, kun sä teet sen sen vanhuksen hyväksi.”

Hoitajat kokivat kuntouttavan työotteen sisäistämisen sekä sitoutumisen kuntouttaviin työtapoihin merkittävänä asukkaiden hyvinvointia edistävänä, joskin haastavana tekijänä. Kuntouttavan työotteen käyttö muistisairauksista kärsivien asukkaiden kanssa on hoitajalle erityisen haastavaa ja edellyttää ymmärrystä, pitkää pinnaa, joustamista, houkuttelua sekä kannustamista ja kehumista. Muistisairauksien vaikutuksista tietäminen lisää ymmärrystä ja antaa työkaluja arjessa selviämiseen. Myös se koettiin tärkeäksi, että asukkaalle kerrotaan, mitä kuntouttava työote tarkoittaa. Hoitajat kertoivat, että usein asukkaat pitävät heitä laiskoina työntekijöinä, mikäli eivät tehneet asukkaan puolesta.

> ”Monella on se käsitys et nyt, kun ollaan asuinpaikassa nimeltä palvelutalo, niin palvelujen pitäisi pelata. Yksi muistisairas mummo sen hyvin sanoi ”sanotaan, että tämä on palvelutalo, mutta tämä onkin itsepalvelutalo”, kun hän joutui pukemaan itse itsensä, mihin siis mainiosti vielä kykeni.”
>
> ”On tärkeää opetella itselle työrutiini, jossa kuntouttava työote on mukana. Hoitoalalla ei välttämättä ole itsestään selvää olla sivusta katsoja, kun auttamisen metodi istuu tiukassa. On ihan joskus pitänyt istua käsien päällä vaikka kuinka tekisi mieli tehdä toisen puolesta. Opettelun jälkeen alkaa kuntouttava työtapa tulla luonnostaan, tärkeää on, että koko työyhteisö on mukana ja motivoitunutta, jotta pystyy täysipainoisesti toteuttamaan kuntouttavaa työotetta. Yhteiset linjaukset tulee olla, ettei tule hyvä hoitaja-huono hoitaja asetelmaa.”
>
> ”Vanhusten pitäisi myös tietää, mitä kuntotuttava työote pitää sisällään, usein he kuvittelee, että hoitaja on niin laiska ettei viittiny ees esim. tota mun kuppia pestä.”

Hoitajien vastauksissa erottui yhden palvelutalon henkilökunta, joka antoi muita kattavampia vastauksia. Jäi vaikutelma, että kyseisessä talossa kuntouttava työote on henkilökunnalle tärkeä asia, sen merkityksestä puhutaan paljon ja motivointi kuntouttavien työotteiden käyttöön lähtee esimiehistä.

> ”Tähän mennessä ei ole tullut vastaan tilannetta, jossa en olisi voinut käyttää kuntouttavia työotteita halutessani. Halusta ja kekseliäisyydestä se on kiinni. Kuntouttava työote ei vaadi erikoisia laitteita ja hirveitä tiloja, se on normaalia arkielämän toimintaa.”

> ”Asiakkaiden tilanteesta puhutaan paljon työyhteisössä esim. vaikeasti motivoitavissa olevan asiakkaan kohdalla ollaan välillä otettu osastohoitaja, lääkäri tai omainen mukaan keskusteluun, jolloin ollaan yhdessä saatu asukas ymmärtämään olemassa olevien voimavarojen käyttämisen tärkeys.”

Tulokset ensimmäiseen teemaan, kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä, olivat pääpiirteittäin melko samankaltaisia kaikissa kolmessa palvelutalossa. Tämä viittaisi siihen, että hoitohenkilökunta palvelutalosta riippumatta ajatteli ja määritteli samansuuntaisesti kuntouttavan työotteen. Hoitajan tulee tuntea asukkaan elämänkaari ja nykytila, asukas tulee kohdata yksilönä ja huomioida hänen heikkoudet ja vahvuudet. Mikäli hoito- ja palvelusuunnitelma on hyvin laadittu ja ajan tasalla, niin se toimii hyvänä työkaluna hoitajille. Kannustus ja rohkaisu koettiin parhaina keinoina tukea omatoimisuutta ja toimintakykyä. Tärkeänä asiana hoitajat pitivät asukkaan toimintakyvyn tukemista ja sitä, ettei hoitaja tee liikaa asukkaan puolesta. Hoitaja on mukana, tukena ja turvana, päivittäisissä toiminnoissa. Hoitajan tulee olla sitoutunut käyttämään kuntouttavia työotteita ja työyhteisöllä tulee olla yhtenäiset pelisäännöt niiden noudattamisesta. (LIITE 3)

9.2 Asiakkaan itsenäinen ja aktiivinen suoriutuminen ja osallistuminen

Toisella teemalla selvitettiin hoitajien näkemyksiä asukkaiden itsenäiseen ja aktiiviseen suoriutumiseen ja osallistumiseen. Näitä tekijöitä tarkasteltiin edistävien ja estävien tekijöiden kautta. Yhdenmukaista linjaa hoitajien vastauksissa näkyi myös tämän toisen teeman vastauksissa. Hoitajat korostivat erityisesti asukkaan mahdollisuutta osallistua turvallisesti päivittäisiin toimintoihin, saada

onnistumisen kokemuksia ja sitä kautta itsetunnon ja – luottamuksen kohotusta. Passivoituminen ja laitostuminen koettiin suurimmiksi uhiksi, mikäli asukkaan puolesta tehtiin liikaa. Hoitajat kokivat, että eniten asukkaan mahdollisuuksia osallistua lisäsi aika, riittävä henkilökunnan määrä.

> ”Aika. Se, että mulla on aikaa olla asiakkaan tykönä.”

> ”Monelle on hirmu tärkeää, että saa tehdä itse, ettei tarvitse olla passiivinen, esine, joka vaan laitetaan kuntoon. Pienet asiat on tärkeitä siinä vaiheessa, kun jo paljon toimintakykyä on menetetty. Se, että tänään sai napin kiinni tai kampasi itse hiukset antaa onnistumisen kokemusta ja oman arvon tunnetta, kun usein saattaa olla niin, että päivissä on enemmän pettymyksiä, kun ei enää pysty kaikkeen vaikka haluaisi. Laitostuminen kiireisellä osastolla turruttaa nopeasti halun edes yrittää itse, jolloin jää objektiksi, joka vaan hoidetaan.”

Tilojen asianmukaisuutta ja apuvälineiden saatavuutta pidettiin merkittävinä edistävinä tekijöinä. Kun tilat olivat asukkaan tarpeita palvelevia, rohkaisi se heitä omatoimisuuteen. Rauhalliset ja selkeät ohjeet toimintoihin ja apuvälineisiin koettiin asukkaan osallistumisen ja suoriutumisen perusedellytyksinä. Lisäksi ne toivat asukkaille turvallisuuden tunteen, jonka uskottiin edistävän heidän toimintakykyä ja hyvinvointia.

> ”Apuvälineet ovat avainasemassa ja kodin turvallisuus. Kunnolliset, selkeät ohjeet erityisesti heille, joilla on rajoitteita.”

> ”Jos ei ole asianmukaisia apuvälineitä käytössä, niin saattaa olla hankalaa käyttää kuntouttavaa työotetta. Asiakas tarvitsee hoitajaa apuvälineeksi ja silloin tulee herkästi autettua heitä enemmän kuin he tosiasiassa apua tarvitsisivat.”

Haastatteluissa nousivat esille myös hoitajien asenteet ja ammattitaito. Hoitajan kyky huomioida asukkaan avun tarve sekä kuntouttavan työotteen sisäistäminen edistivät positiivisesti asukkaan suoriutumista ja osallistumista. Hoitajat kokivat, että heillä tulee olla joustavuutta ja kyky arvioida asukkaan tilanne päivittäin. Esimerkiksi reumaa sairastava asukas ei välttämättä suoriudu päivittäisistä toimistaan samalla tavalla joka päivä. Hoitajan kyky ohjata selkokielellä sekä houkutella asukas edes yrittämään koettiin tärkeänä. Edistävänä tekijänä pidet-

tiin pientä henkilökunnan vaihtelevuutta ja vakituisia/pitkäaikaisia sijaisia, näin varmistettiin yhdenmukainen hoitolinjaus.

> ”Työporukan yleinen ilmapiiri, kun kaikki ovat kuntouttavalle työotteelle myönteisiä.”
>
> ”Kommunikoimiseen asukkaan kanssa pitäisi olla aikaa ja mahdollisuus kommunikoida tavalla, jotta asukas itse ymmärtää mistä on kysymys.”
>
> ”Huumori tehoaa aina, kaikki kuitenkin tekevät työtä omalla persoonallaan. Pitää saada ihminen motivoitumaan. Ei aina pakoteta tekemään. Vanhuksilla on välillä huonompia päiviä, niin kyllä silloin voidaan auttaa hieman enemmän ja näin saadaan myös luotua parempi suhde asiakkaaseen ja hän tietää, että hoitaja auttaa kyllä, kun sitä apua tarvitaan.”

Vain yksi hoitaja pohti myös vaatetuksen merkitystä.

> ”Vaatteiden pitäisi olla sellaisia, että ne on helposti puettavissa ja riisuttavissa. Ei ole mitään pieniä nappeja tai vetoketjuja. Nekin auttavat paljon siinä omatoimisessa selviytymisessä.”

Yhden palvelutalon hoitajat nostivat lisäksi esille ravitsemuksen ja oikean lääkityksen merkityksen asukkaan itsenäisen ja aktiivisen osallistumista edistävänä tekijänä. Asukkaan hyvä mieliala koettiin myös yhtenä edistävänä tekijänä.

> ”Kyllä asukkaalla täytyy olla hyvä ravitsemus ja oikeanlainen lääkitys, et hän on semmoisessa henkisessä vireydessä, et hän pystyy tämmöisistä fyysisistä toiminnoista suoriutumaan.”
>
> ”No kyllä se tietysti lähtee siitä, että lääkitys on hyvässä kunnossa. Hänellä on sellainen mieliala, että hän jaksaa lähteä liikkeelle ja yrittää itse. Henkinen jaksaminen on tärkeää.”

Toisessa teemassa tarkasteltiin lisäksi, mitkä asiat estivät asukkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista/osallistumista. Ylivoimaisesti suurimmaksi esteeksi jokainen hoitaja mainitsi kiireen. Kiireisinä päivinä, erityisesti viikonloppuisin, jokaisessa palvelutalossa oli vähemmän hoitajia vuoroissa, joka tarkoittaa vähemmän aikaa asukkaan luona ja näin ollen enemmän puolesta tekemistä. Usean hoitajan mielestä erityisesti vuoroissa, joissa on vähemmän henkilökuntaa, töiden hyvä suunnittelu korostuu. Muutaman hoitajan mielestä kiirettä kui-

tenkin pidettiin vain verukkeena tehdä työt nopeammin eli kuntouttava työote jäi toteutumatta. Myös asukkaan heikko kunto koettiin esteeksi itsenäiselle osallistumiselle ja hoitajat nostivatkin esille lisäkoulutuksen tarpeen ja apuvälineiden käyttöön liittyviä ongelmia.

> ”Ajanpula. Viikonloppuisin ylimääräisiä hetkiä ei ole viettää asukkaan luona, jolloin mieluummin tekee itse työn, koska tietää seuraavan jo odottavan.”
>
> ”Kiire aiheuttaa ristiriitaa. Asiakkaan tulisi antaa olla omatoiminen, mutta mitä, jos tehtävä kestää ½-1 tuntia? Voi tietysti jättää hänet tekemään itsenäisesti ja mennä itse auttamaan sillä välin toista asukasta, mutta silloin asukas voi tuntea, että hänet jätetään yksin, avuttomaksi.
>
> ”Pitää priorisoida töitä. Ei vanhuksia täydy koko ajan vahdata, voi siinä välissä tehdä jotain muuta, kun asukas vaikka pesee hampaitaan.”

Yhtenäisten työtapojen merkitys tuli selkeästi esiin, kun hoitajat pohtivat asukkaan suoriutumista ja osallistumista estäviä tekijöitä. Myös se, miten ohjeet ja kehotukset asukkaalle annetaan, koettiin merkittävänä. Keskustelun merkitys ja tiedonjako esim. raporteilla on monen hoitajan mielestä alue, jossa tulisi tehdä parannuksia. Tietämättömyys asukkaan elämänkaaresta tai vanhentunut hoito- ja palvelusuunnitelma, johtavat ristiriitoihin eikä edistä asukkaan sopeutumista uuteen ympäristöön tai lisää hänen myönteistä asennettaan kuntouttavaan hoitotyöhön. Hoitajan tulee myös huomioida mahdolliset kulttuurierot. Hoitajat nostivat esille myös läheisten negatiivisen vaikutuksen toimintakykyyn, mikäli he tekevät liikaa asukkaan puolesta vieraillessaan tämän luona eivätkä ole samoilla linjoilla hoitajien kanssa.

> ”Kulttuurierojakin on, toisissa kulttuureissa vanhukset tottuneet siihen, että heidän mukaansa mennään, se on heille kunnioitusta, ja heidän saattaa olla vaikea hyväksyä suomalaista työajattelua.”
>
> ”Työ- ja työskentelytavat hoitajilla on usein hyvin erilaisia ja silloin ne ohjeet tulee asukkaalle ristiriitaisina, erityisesti, jos kyseessä on vähänkin sekava vanhus, mikäli ei vedetä yhtenäistä linjaa.”

Hoitajan asenteella koettiin olevan merkittävä vaikutus asukkaan itsenäiseen suoriutumiseen. Haastatteluissa nousi esille, että hoitajan tulee tuntea asukas

ymmärtääkseen, mihin tämä pystyy eikä pakottaa häntä toimintoihin, joihin tämä ei kykene. Tämänkaltaisen kohtelun koettiin lisäävän asukkaan hoitokielteisyyttä.

> ”Jos oikein tiukasti vaatii saa varmasti vastustusta takaisin. Pakottaminen ei johda mihinkään.”

> ”Toinen äärimmäisyys on, että hoitaja pistää asukkaan tekemään jotain, mitä hän ei enää todella pysty tekemään. Se ei kenenkään hyvinvointia paranna, jos tapellaan jostain asiasta jatkuvasti ja se on hänelle ylitsepääsemättömän vaikeaa.”

Fyysisten rajoitteiden lisäksi asukkaan alavireinen mieliala nousi yhdeksi merkittäväksi esteeksi usean hoitajan mielipiteissä. Masennus lisää haluttomuutta toimia itsenäisesti ja masentuneen asukkaan motivointi koettiinkin haastavaksi.

> ”Jos ihminen on masentunut, niin häntä on todella vaikea aktivoida. Monet vanhukset on sellasia, et jaksaa nousta syömään, mutta sit mennään saman tien sänkyyn eikä sieltä nousta ku vasta sitten, kun seuraavaksi taas syödään.”

> ”Masennus estää myös, vaikka muuten vois paljon paremmin pärjätä ja enemmän tehdä, niin jos on niin pahasti masentunut, että siitä ei vain tule mitään. Haluttomuutta esiintyy myös, ei saada motivoitua asukkaita.”

Tulokset toiseen teemaan asukkaan itsenäinen ja aktiivinen suoriutuminen/osallistuminen saivat aikaan eniten keskustelua. Hoitajat nimesivät useita hyviä keinoja, joiden avulla asukas saadaan motivoitua mukaan päivittäisiin toimintoihin. Riittävä aika asukkaan luona koettiin tärkeäksi, jotta onnistumisen mahdollisuudet kasvavat ja siten myös asukkaan itseluottamus ja mieliala kohoavat sekä turvallisuuden tunne lisääntyy. Apuvälineiden saatavuus sekä niiden käytön selkokielinen ohjaus lisäsi myös asukkaiden turvallisuuden tunnetta sekä halua yrittää suoriutua itse. Hoitajalta odotetaan hyvää arviointikykyä sekä joustavuutta toimia sen mukaan millainen päivä asukkaalla on.

Eniten asukkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista/osallistumista hoitajat kokivat estävän osaston kiire. Yhteisen hoitolinjan puuttuminen, päivittämätön hoito- ja palvelusuunnitelma sekä koulutuksen vähyys nimettiin myös estäviksi

tekijöiksi. Hoitajat nostivat esille myös asukkaan alavireisen mielialan ja tämä olikin erityinen asia, johon toivottiin lisää työnohjausta/koulutusta. (LIITE 4, 5)

9.3 Ympäristön merkitys kuntouttavaan työotteeseen

Kolmas teema oli ympäristön merkitys kuntouttavaan työotteeseen sekä työtapojen käyttöön. Kuntouttavia työotteita tukevana tekijänä haastatteluissa tuli merkittävänä seikkana esille asukkaiden fyysinen toimintaympäristö. Haastatteluissa tuli ilmi, että näiden kolmen palvelutalon kesken oli suuria eroja talojen suunnittelussa ja toimivuudessa. Vain yksi oli rakennettu nykyistä käyttötarkoitusta varten ja tämä näkyy vastauksissa.

Ympäristön merkityksen määritteleminen jakoi hoitajat kahtia. Suurin osa piti ympäristön osuutta merkittävänä, mutta osa ei oikein osannut nimetä tekijöitä, joilla olisi vaikutusta ja yksi hoitaja oli sitä mieltä, ettei ympäristöllä ole minkäänlaista merkitystä. Ne hoitajat, jotka pitivät ympäristöä merkityksellisenä, nostivat esille erityisesti turvallisuustekijöitä.

> ”No en mä tiedä, ei niin kauheasti mun mielestä siihen vaikuta tää ympäristö enää tässä vaiheessa näihin ihmisiin.”

> ”Se ympäristö on hyvinkin paljon merkityksellinen. Ihan jo se et siellä kylpyhuoneissa meillä on inva-mitoitetut kylpyhuoneet, että siellä pääsee rollaattorilla hyvin pyörähtämään ympäri sinne pääsee tarvittaessa myöskin nostolaitteen kanssa. Lavuaaria ympäröi tarttumakahvat, seinissä on tarttumakahvat ja vessanpytyn ympärillä on käsinojat. Moni pärjää suihkussakin itsenäisesti, koska suihkutilat on suunniteltu niin hyvin; seinään kiinnitetty suihkutuoli, karhea lattiapinta, ei kynnyksiä, leveät ovet. Hissin ovi on hidas. On suuri merkitys, että asukas pystyy poistumaan huoneestaan itsenäisesti ja liikkumaan täällä.”

Ympäristön ja apuvälineiden koettiin kulkevan käsi kädessä. Hoitajat pitivät apuvälineitä merkittävinä sekä asukkaan, että hoitajan arkea helpottavana ja turvallisuutta lisäävänä asiana. Millään kolmesta palvelutalosta ei ollut omaa fysioterapeuttia, joten apuvälineiden käytön opastus oli täysin hoitajien vastuulla. Kaikki kokivat kuitenkin, että oli tärkeää saada tarpeen mukaan toimintaterapeutti osastolle arvioimaan asukkaiden toimintakykyä.

> ”Ympäristö pitäisi suunnitella vanhusta palvelevaksi. Ei kynnyksiä, suuret tilat, kaiteita ja muita apuvälineitä pitää olla riittävästi. Vanhuksella pitää olla turvallinen olo, jotta hän uskaltaa liikkua.”

> ”Sillä on iso merkitys. Huoneissa tulee olla tilaa ja esim. pyörätuolin käyttö mahdollisuus. Hyvät huomioidut, tilat kannustavat tekemään itse, ei kaatumisen pelkoa, hyvä valaistus, korkeudet mm. säädettävät sängyt. Yksilöllisiä apuvälineitä saatavilla.”

Kaikissa palvelutaloissa tilat eivät kuitenkaan olleet yhtä hyvin asukkaiden tarpeita vastaavat. Tämä johtui siitä, että kaikkia palvelutaloja ei ollut alun perin suunniteltu nykyiseen käyttötarkoitukseensa.

> ”Asunnot on siinä mielessä hankalia ettei pritsin kanssa pääse pesuhuoneeseen vaikka muuten mahtuisi pesuhuoneessa pritsin kanssa pesemään. Esim. loppuvaiheen pesujen suorittaminen on hankalaa mikäli asukas ei jaksa istua enää tuolissa.”

> ”Käytävät on kapeita, kahta pyörätuolia ei niillä mahdu kohtaamaan. Ja ilman muuta pesutilojen tulisi olla suuremmat.”

Myös kodinomaista asumista, omia tavaroita sekä ulkoilumahdollisuutta pidettiin tärkeinä viihtyvyyteen vaikuttavina tekijöinä palvelutaloympäristössä.

> ”Varmaan laitoksessa enemmän tulee konemaista tiettyä hommaa tehtyä ja on isot huoneet niin hommat tehdään rutiinilla. Täällä asukkaat on omissa asunnoissaan ja kaksin asiakkaan kanssa siinä tulee enemmän vuorovaikutusta. On seinät ympärillä, tulee enemmän yksityisyyttä tehdä sitä työtä.”

> ”Täällä esim. asukkaat pääsevät ulos, jolla mielestäni iso merkitys kuntoutumiselle. Monessa kotipalvelun paikassa ei ole mahdollisuutta esim. rappujen takia ulkoilla.”

Viriketoiminta oli palvelutaloissa hyvinkin erilaista ja lähes poikkeuksetta hoitajien ehtimisen ja aktiivisuuden varassa. Toiminta oli vapaaehtoista, joskin siihen kannustettiin kovasti. Tilojen suhteen talot olivat eriarvoisessa asemassa, kaikissa ei ollut tiloja esim. kokoontumisiin tai kuntoiluun.

> ”Sitten täällä on paljon tiloja jossa voi kokoontua, höpötellä tai katsoa elokuvia. Jollei meillä olisi tällaisia yhteisiä tiloja joihin kokoontua niin en tiedä tulisiko ihmiset edes tai olisiko hoitajat kiinnostuneita pitämään tuolijumppaa tms. jossain käytävällä.”

Kolmanteen teemaan ympäristön merkitys, saatiin paljon turvallisuutta ja henkilökohtaisia apuvälineitä koskevia vastauksia. Se, että ympäristö oli hyvin suunniteltu turvalliseksi ja esteettömäksi kulkea, lisäsi asukkaiden uskallusta ja halua liikkua. Viriketoiminta oli taloissa hyvin erilaista ja pitkälti hoitajien ehtimisen varassa. Mikäli hoitajilla olisi käytettävissä tilat lyhyitä, helposti toteutettavia aktiviteetteja varten saattaisi viriketoiminnan osuus lisääntyä. Toki tämä edellyttää hoitajalta halua ja sitoutuneisuutta. Ulkoilu oli kaikissa taloissa mahdollista ja runsaassa käytössä erityisesti kesällä. Kaikki haastateltavat kokivat tämän isona positiivisena tekijänä asukkaiden mielialaan. (LIITE 6)

Haastatteluista voidaan mainita, että hoitajien vastauksista näkyi palvelutalojen välinen ero käytössä olevien tilojen ja resurssien välillä. Yhden palvelutalon henkilökunta vaikutti muita tyytyväisemmältä niin tiloihin kuin työhönsäkin ja henkilökunnan vaihtelevuus oli pienintä. Tämä on tuskin sattumaa. Yleisesti ottaen hoitajien tietämys kuntouttavasta työotteesta oli hyvää tasoa, vain yksi hoitaja sekoitti käsitteet ja puhui kuntouttavasta työotteesta hoitajan ergonomiana. Osa hoitajista oli saanut aiheesta koulutusta (mm. VALSSI), mutta kaikki keneltä koulutuksesta kysyimme, olivat sitä mieltä, että käytännön koulutusta saisi olla enemmän. Tämä varmasti lisäisi myös hoitajien motivaatiota. Henkilökunnan riittävyys ja ajankäyttö näyttäisivät olevan seikat, jotka parhaiten tukevat hoitajia käyttämään kuntouttavia työotteita.

10 KUNTOUTTAVISTA TYÖOTTEISTA MUISTUTTAVAT JULISTEMALLIT

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa tarkoituksena oli tehdä kolme erilaista julistemallia kolmen turkulaisen palvelutalon käyttöön. Julisteiden tarkoitus oli painottaa kuntouttavien työotteiden tärkeyttä ikääntyneen toimintakyvyn ylläpitäjä-

nä. Julisteet tehtiin palvelutalojen käyttöön ja ne toimitettiin palvelutaloille CD-muodossa, jotta jokainen palvelutalo voi tulostaa niistä haluamansa kokoisia julisteita, haluamalleen paikalle. Julisteilla halutaan tavoittaa jokainen hoitohenkilökunnan jäsen, palvelutalon asukas sekä näiden omaiset. Hoitajille juliste toimii muistutuksena kuntouttavan työotteen tärkeydestä ja asukkaan yksilöllisen kohtaamisen merkityksestä, muistisairaalle asukkaalle juliste voi toimia tarpeellisena muistin virkistäjänä ja omaiselle juliste toivottavasti avaa kuntouttavan työotteen periaatteen: ”ei tehdä puolesta, tehdään yhdessä”.

10.1 Julistemallien suunnittelu

Julisteen suunnittelu lähti käyntiin siitä, että tavattiin yhteistyökumppanit Turun sosiaali- ja terveystoimesta. Julisteen tekemiselle tulee aina olla perustelut ja pitää tietää, keitä varten juliste laaditaan ja mitä varten (Loiri & Juholin 1998, 9). Tarkoituksena oli pohjata julisteen sanoma opinnäytetyön tutkimustuloksiin ja sieltä nousseisiin ongelmiin. Yhteistyökumppaneilta tuli toive, että julisteissa olisi kuvia asukkaasta ja hoitajasta arjen tilanteissa kuntouttavia työotteita toteuttamassa. Julisteita olisi kolme erilaista ja kohderyhmänä hoitaja, asukas ja omainen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat käsittivät puolesta tekemisen haitallisemmaksi asukkaan toimintakykyä estäväksi tekijäksi ja omatoimisuuteen kannustamisen eniten asukasta hyödyttäväksi tekijäksi. Kuntouttavien työotteiden käyttöä uhkasi eniten kiire ja henkilökunnan vähyys. Hyvään vuorovaikutukseen pyrkiminen koettiin oleelliseksi osaksi kuntouttavaa työotetta, jota tuki asukkaan ja tämän taustan tunteminen. Ammatillisen tukemisen muodoksi hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta kuntouttavista työotteista sekä muistisairauksista. Palvelutalojen välillä esiintyi eroja niin kuntouttavien työotteiden toteutumisessa kuin henkilökunnan asenteissakin. Tämän vuoksi opinnäytetyön toisen vaiheen tavoitteena oli herättää niin hoitajien kuin palvelutalojen asukkaiden ja heidän omaistensa ajatukset kuntouttavien työotteiden merkityksestä asukkaan toimintakyvyn ylläpitäjänä jokapäiväisissä toiminnoissa.

Luottamus on tärkeä osa hoitotyötä ja edellytys hyvälle vuorovaikutukselle. Palvelutaloympäristössä hoitaja on, usein vuosia, asukkaalle ammatillisen lähimmäisen roolissa. Tämän roolin perusta on keskinäinen luottamus. (Kankare & Lintula 2004, 47). Vuorovaikutukseen liittyy myös läheisyyden ja etäisyyden, asukkaan oman intiimitilan huomioiminen (Laine, Ruishalme, Salervo, Siven & Välimäki 2009, 231). Useiden tutkimusten mukaan huumorilla, naurulla, hymyilemisellä ja leikinlaskulla, hassuttelua unohtamatta, on myönteisiä vaikutuksia ihmisen henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin (Furman & Ahola 2002, 33–34). Opinnäytetyön tulosten perusteella hoitajat pyrkivät hyvään vuorovaikutukseen myös hyödyntämällä omaa persoonaansa ja huumoria. Ne hoitajat, jotka käyttivät työssään huumoria, jaksoivat työssään paremmin ja uskoivat huumorin avulla saavansa asukkaatkin paremmin osallistumaan omiin hoitotoimenpiteisiinsä. Furman & Ahola (2002, 33–34) toteavat naurun auttavan yksilöä kestämään vaikeitakin tilanteita elämässään. Näihin tuloksiin vedoten julisteisiin valittiin kuvia, joissa hoitajalla asukkaalla on mukavaa yhdessä. Asukas ja hoitaja molemmat hymyilevät ja kuva viestii hyvästä asukkaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta.

Palvelutaloissa, joiden kanssa tehtiin yhteistyötä opinnäytetyön puolesta, on syksyn 2010 aikana menossa ”Toiminnalliset harjoitteet osana kuntoutumista edistävää hoitotyötä” – koulutus, joka painottaa tavoitteellista, kuntouttavaa harjoitetta, jota voi tehdä pienryhmässä tai yksilöllisesti asiakasta ohjaten. Tarkoituksena on kouluttaa hoitajia ohjaamaan muutamia, välineiden kanssa tehtäviä käytännön harjoitteita, jotka harjoittavat asukkaan istuma- ja seisomatasapainoa, vartalon hallintaa, lihasvoimaa, koordinaatiota, reaktiokykyä sekä silmän ja käden yhteistyötä. Kyseiset harjoitteet ovat kytkettävissä päivittäisiin arkiaskareisiin ja hoitaja perustelee harjoitteen merkityksen aina asukkaalle. Koulutukseen osallistuu n. 50 hoitajaa kymmenestä eri palvelutalosta ja koulutus tulee jatkumaan kevään 2011 aikana. Ajatuksena on, että hoitajien kaipaama lisäkoulutus, tiedon ja tietoisuuden lisäys kuntouttavista työotteista ja eri sairauksien vaikutuksesta toimintakykyyn, vähentävät hoitohenkilökunnan negatiivisia asenteita kuntouttavia työotteita kohtaan. Tietoutta lisäämällä vähennetään ikäviä

väärinkäsityksiä ja -ymmärryksiä niin asukkaiden kuin heidän omaistensakin taholta. (Pura 21.9.2010.)

Tämä nyt toteutuva koulutussarja on osa pitkäaikaissairaanhoidon organisaation VALSSI-kehittämishanketta. VALSSI-koulutuksen tavoitteena on pyrkiä lisäämään ymmärrystä liikunnan merkityksestä iäkkään asiakkaan arjessa suoriutumisessa, oppia perusasiat ikääntymisen, liikunnan ja toimintakyvyn välisistä yhteyksistä, löytää keinoja, miten voi omassa työssään liittää vanhusten fyysisen aktiivisuuden osaksi kuntouttavaa työotetta sekä edistää vanhusten fyysiseen aktiivisuuteen ja työtapojen muutokseen liittyvää keskustelua työyhteisössä. (Pura 21.9.2010.) Parhaiten henkilökunta saadaankin sitoutumaan hankkeeseen, kun heidät pidetään ajan tasalla hankkeen etenemisestä. Työntekijä on oman alansa ammattilainen ja hänen omaamaansa osaamista ja hiljaista tietoa tulisikin hyödyntää kehittämisprosessin aikana, jotta käytännön ratkaisut olisivat mahdollisimman toimivat. Työntekijän osaamisen arvostus on osa hyvää vuorovaikutusta ja se motivoi työntekijää sitoutumaan muutokseen. (Koskensalmi & Lauttio 2002, 89–90, 93.) Laaditut julistemallit tehtiin tukemaan koulutuksen antia ja samalla muistuttamaan hoitajia koulutuksissa opituista asioista.

Tämän opinnäytetyön tuloksissa oli jonkun verran havaittavissa eroavaisuutta työntekijöiden asenteissa kuntouttavia työotteita kohtaan eri ikäryhmien välillä. Kuitenkin tasa-arvoinen työyhteisö on henkilöstön hyvinvoinnille keskeinen edellytys, (Kauppinen & Toivanen 2002, 266–267, 275) johon tulisi pyrkiä hyödyntämällä nuorten työntekijöiden tuore koulutus ja vanhempien työntekijöiden kokemus niin organisaatiosta kuin itse työstäkin. Työntekijöiden eri-ikäisyys tulisi nähdä vahvuutena ja voimavarana, ei uhkana kenenkään työlle. Tätä edellytetään, mikäli organisaatio haluaa jatkuvasti uusiutua ja toimia monipuolisesti. (Kauppinen & Toivanen 2002, 266–267.) Organisaation hyvällä hengellä on oleellinen merkitys työntekijöiden työhyvinvoinnille ja työhön sitoutumiselle sekä asiakaspalvelun laadulle (Furman ym 2004, 7-8). Voidaan siis sanoa, että työpaikassa, jossa noudatetaan yhteisiä pelisääntöjä, on sekä työntekijöiden että asukkaiden hyvä olla. Opinnäytetyön tuloksien perusteella yhden palvelutalon

henkilökunnan asenteet olivat kuntouttaville työtavoille muita positiivisemmat. Tämä selittynee osaltaan sillä, että kyseisen palvelutalon henkilökunta oli saanut muita enemmän erilaisia koulutuksia kuntoutumista edistävään työtapaan. Julistemallien toivotaankin olevan muistutuksena yhtenevistä toimintatavoista ja antavan kuntouttavista työotteista positiivinen kuva niin työntekijöille kuin palvelutalojen asukkaille.

10.2 Julistemallien teko

Julisteessa olevan kuvan tarkoituksena on selventää asioita, joita tekstissä käsitellään. Kuvan tehtävänä on kokonaisilmeen jäsentäminen sekä lukijan huomion kiinnittäminen aiheeseen. Kuvalla tulee aina olla joku viesti, joka halutaan välittää lukijalle. Kuvaa suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, onko kuva pääasia. (Loiri & Juholin 1998, 54.) Julisteessa käytetyt kuvat otettiin palvelutaloympäristössä. (LIITE 7, 8, 9) Kuvissa olevalta asukkaalta ja hoitajalta kysyttiin lupa kuvien käyttöön. Luvan hakemisen hoiti yhteistyökumppanit. Kuvat otettiin erilaisista käytännön tilanteista ja opinnäytetyön tekijät ottivat itse kaikki valokuvat. Tarkoituksena oli tuoda esille kuntouttavan työotteen tärkeyttä.

Julisteen luettavuuteen vaikuttavat fontin koko, merkkiväli, sanaväli, rivin pituus, riviväli, tekstin asettelu ja palstan väli (Pesonen 2007, 33). Kirjasinkoko valittiin suhteessa tekstin määrään ja tyhjään tilaan. Ensimmäiseksi juliste täytettiin kuvilla ja teksti sovitettiin julisteeseen viimeiseksi. Kun fonttikoko on sopiva ja tekstin ympärillä on riittävästi tilaa, se kiinnittää katsojan huomion ja helpottaa lukemista. Kun kirjaimet erottuvat selkeästi toisistaan, on tekstiä helpompi lukea. Lukemisesta tekee miellyttävää, jos tekstin ja taustan välinen kontrasti on sopiva. Kun teksti erottuu taustasta, lukeminen on helppoa. Otsikon tulisi selvästi erottua muusta tekstistä ja otsikon tehtävänä on kertoa ytimekkäästi työn sisältö sekä mahdollisesti johdattaa tekstin tunnelmaan. (Pesonen 2007, 31–33, 42.) Otsikoinniksi julistemalleihin tuli kuntouttava työote. Muu teksti, joka on julistemalleissa, juontuu opinnäytetyön tutkimustuloksista; niistä asioista, jotka hoitajat katsoivat tärkeiksi toteuttaessaan kuntouttavia työotteita.

Tuotokset eli julisteet tulivat kolmen palvelutalon käyttöön CD-levylle tallennettuina. Kuvia otettiin yhteensä 100 kappaletta ja myös kuvat tallennettiin CD:lle, jotta palvelutalot voisivat jatkossa niitä mahdollisesti hyödyntää. Palvelutalot saivat itse päättää, millaiselle paperille tuotoksen tulostavat ja missä haluavat julisteita pitää esillä. Tarkoituksena kuitenkin oli muistuttaa hoitajille, asukkaille sekä asukkaiden omaisille kuntouttavien työotteiden tärkeydestä, joten julisteen olisi hyvä olla näkyvällä paikalla, josta se tavoittaa kaikki kohderyhmät.

11 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUSKYSYMYKSET

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2007, 270) mukaan luotettavuus tarkoittaa sanavalintoihin ja ulkoasuun liittyvien ratkaisujen lisäksi helppolukuisuutta, toisin sanoen ymmärrettävyyttä. Se, miten ymmärrettävää teksti on, riippuu paljon aiheen käsitteellisyydestä, miten tuttua se on ja millaiset tiedot ja käsitykset lukija omaa. Vilkka (2005, 158) määrittelee laadullisella tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen luotettavuuden kriteeriksi myös tutkimuskohteen ja tulkitun materiaalin yhteensopivuuden sekä sen, ettei teoriamuodostukseen ole vaikuttanut epäolennaiset tai satunnaiset tekijät.

Laadullisen tutkimuksen aineistoja voidaan hankkia monin eri tavoin. Suosituksena on, että aineistoa kerätään sieltä, missä tutkimuskohteena oleva ilmiö esiintyy. (Nieminen 1998, 216.) Näin ollen teemahaastattelut suoritettiin hoitohenkilökunnan omilla työpaikoilla, palvelutaloissa. Haastateltavien valinnassa käytettiin vapaaehtoisuuteen pohjautuvaa satunnaisotantaa. Hoitajille oli etukäteen saatettu tietoon haastattelupäivä ja ne vuorossa olevat hoitajat, jotka olivat halukkaita tulemaan haastatteluun, osallistuivat tutkimukseen. Jotta saatiin mahdollisimman perusteellinen vastaus tutkimuskysymyksiin, haastateltavat olivat useasta eri hoitoalan ammattiryhmästä. Haastateltavien joukossa oli sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia sekä kodinhoitajia. Käytetyt menetelmät olivat valideja eli niiden avulla saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. ”Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokituksia ja

niille alaluokituksia” (Nieminen 1998, 219). Suorien lainauksien avulla tässä työssä esitetään alkuperäishavaintoja analyysimme tueksi.

Haastattelussa tulisi raportoida mitä haastatteluteemoja tutkittaville on esitetty. Kysymyksien tulee olla suunnattu tarpeeksi laajalle alueelle, jotta luotettavuus säilyy. Liian suppeat haastatteluteemat eivät tuo esille haastateltavan omia näkemyksiä tutkittavasta asiasta. Liian laajat haastatteluteemat taas kerryttävät liikaa aineistoa jolloin loppuraportista joudutaan jättämään paljonkin materiaalia pois. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 216–217.) Tutkimuksen luotettavuutta paransi se, että teemahaastattelut nauhoitettiin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada selville hoitohenkilökunnan käsityksiä kuntouttavasta työotteesta. Valitsemamme teemat käsittelivät tätä kysymystä henkilökunnan määrittelemänä, henkilökunnan toiminnan sekä ympäristön merkityksen kautta. Teemojen luotettavuus kävi ilmi aineiston analysoinnin jälkeen. Luotettavuutta mahdollisesti hieman heikensi se, että henkilökunnan käsitykset kuntouttavasta hoitotyöstä eivät olleet yhteneväiset tai kaikki eivät ymmärtäneet kysymystä. Teemojen kysymykset saattoivat olla liian samantyylisiä, koska moneen kysymykseen tuli samankaltainen vastaus.

Heimonen ja Voutilainen (2006, 59) määrittävät kuntouttavan hoitotyön keskeisissä käsitteissä vaatimuksen ammattihenkilöstön omien toimintatapojen ja periaatteiden tarkastelun lisäksi laaja-alaista kykyä soveltaa tietotaitoa arjen tilanteisiin joustavasti. Näihin käsitteisiin haettiin vastauksia ensimmäisessä teemassa, missä kysyttiin henkilökunnan käsityksistä kuntouttavista työtavoista. Toinen teema haki vastauksia henkilökunnan näkemyksiin kuntouttavien työotteiden osuudesta asukkaan itsenäiseen ja aktiiviseen osallistumisen ja suoriutumiseen, mitkä seikat edistävät ja estävät toteutumista. Kolmas teema keskittyi ympäristön merkitykseen kuntouttavassa hoitotyössä. Tätä seikkaa haastattelijoiden oli helppo havainnoida itsekin jo astuessaan sisään palvelutaloon. Viihtyisyys, kodinomaisuus ja turvallisuus nousivat odotetusti merkittävimmiksi tekijöiksi henkilökunnan määritteleminä.

Aineiston analysoinnin luotettavuutta lisäsi se, että haastattelijat olivat tutustuneet keskeisiin käsitteisiin ennen haastattelujen toteuttamista. Tämä helpotti aineiston analysoinnin lisäksi materiaalin pelkistämistä ja luokittelua. Hoitotieteen tutkimus-kursseilla saatu oppi auttoi myös osaltaan ensimmäisen opinnäytetyön tekoa.

Haastattelut suoritettiin alkuvuodesta 2010. Ajankohta pyrittiin järjestämään niin, että haastattelut haittaisivat varsinaista osaston päivärytmiä mahdollisimman vähän. Koska haastattelut perustuivat vapaaehtoisuuteen, vaikuttivat lähes kaikki haastateltavat motivoituneilta osallistumaan tutkimukseen. Rauhallinen haastattelutila ei järjestynyt kaikissa palvelutaloissa. Yhdessä palvelutalossa haastattelu suoritettiin aulatilassa, jossa oli läpikulkua. Tämä saattoi heikentää tulosten luotettavuutta, koska haastattelut saattoivat keskeytyä asukkaiden ja työntekijöiden toimesta.

12 OPINNÄYTETYÖN EETTISET KYSYMYKSET

Jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen tai – ongelman valinnassa kysytään, kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kohtelu on selvitystä vaativa tehtävä. Kun tutkimus kohdistuu ihmisiin, on erityisesti selvitettävä, miten henkilöiden suostumus hankitaan, millaista tietoa heille annetaan ja mitä mahdollisia riskejä heidän osallistumiseensa sisältyy. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.)

Tutkimuksen eettinen ydinasia on moraalinen vaatimus siitä, että tutkimukseen osallistuvalta henkilöltä on saatu ns. informed consent (asiaan perehtyneesti annettu suostumus), jolla pyritään estämään haastateltavan manipulointi tutkimushankkeessa. Informed (perehtyneisyys) tarkoittaa, että tutkittavalle kerrotaan ja että hän ymmärtää mitä tutkimuksen aikana tapahtuu. Consent (suostumus) tarkoittaa, että tutkittava henkilö on kykenevä tekemään johdonmukaisia

arvioita ja hän ymmärtää suostumuksen vapaaehtoisuuden. Aineiston keräämisessä huomioidaan luottamuksellisuus, anonyymiuden takaus sekä aineiston tallentamiseen liittyvät asiat. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–27.)

Aineisto kerättiin kolmen eri turkulaisen palvelutalon hoitohenkilökuntaa haastattelemalla. Tutkimuslupa haettiin Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimelta, hyväksytyn suunnitelman jälkeen. Haastateltavat olivat saaneet hyvissä ajoin ennen haastattelujen toteutumista luettavakseen Suostumus haastatteluun -lomakkeen (LIITE 1) ja allekirjoittaneet ne valmiiksi tullessaan haastatteluun.

Haastateltaville kerrottiin etukäteen, mitä haastattelun aikana tulee tapahtumaan. Näin pyrittiin takaamaan haastattelun toteutuksen eettisyys. Haastateltavalle kerrottiin lisäksi haastattelun kulku teemoittain ja muistutettiin, että haastattelijoilla on vaitiolovelvollisuus. Nauhuri oli haastattelijan edessä koko ajan nähtävillä, jolloin hän pystyi seuraamaan, milloin haastattelun nauhoittaminen aloitettiin ja lopetettiin. Alku- ja loppukeskustelua ei nauhoitettu. Haastattelut tehtiin rauhallisessa paikassa, jossa haastateltavan oli luonteva puhua eikä ulkopuolista häiriötä ollut. Kaikissa palvelutaloissa tämä ei kuitenkaan täysin toteutunut, sopivan tilan puuttuessa.

Suostumuslomakkeessa kerrottiin, että lopulliseen raporttiin ei tule mitään tunnistetietoja haastateltavasta, ei haastateltavan nimeä eikä ammattinimikettä. Haastattelupaikkaa ei työssä mainita, mainitaan vain, että kyseessä olivat eteläsuomalaiset vanhusten palvelutalot. Haastateltaville annettiin tiedoksi, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja heillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta missä vaiheessa tahansa. Jo alkanut haastattelu olisi myös mahdollista keskeyttää milloin tahansa haastattelun aikana. Haastateltaville tiedotettiin myös etukäteen, että haastattelut tullaan nauhoittamaan aineiston analyysin tekemistä varten ja opinnäytetyön valmistuttua nauhoitteet tullaan hävittämään.

Tutkimuseettiset kysymykset jaetaan tiedonhankintaa ja tutkittavan suojaa kos-

keviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin. Tutkimusta tehdessä tulee huomioida, ettei tutkimus millään lailla vahingoita tutkittavaa ja tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla sen haittoja suurempaa. Tutkimuksen tulee olla siihen osallistuvalle vapaaehtoista ja tutkittavalla tulee olla tietoisuus mihin hän osallistuu sekä oikeus keskeyttää tutkimus osaltaan missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 26–27.)

Olimme aineistoa analysoidessamme avoimia aineistolle, kunnioitimme tutkittavaa kohdetta sekä haastateltavien mielipiteitä. Haastateltaville selvitettiin tarkasti, mihin tutkimuksella pyritään, haastattelun vapaaehtoisuus sekä haastateltavan oikeus keskeyttää haastattelu hänen niin halutessaan. Jokainen haastateltava allekirjoitti suostumuskaavakkeen ennen haastattelua, jossa yllämainitut asiat olivat kirjallisesti. Haastateltavan henkilöllisyys ei tule lopullisessa työssämme ilmi. Viittaamme haastateltaviin työssämme ”turkulaisen palvelutalon henkilökunta” tms. nimikkeellä, jotta haastateltavan anonymiteetti varmistetaan. Aineistoa olemme käsitelleet huolellisesti, haastattelunauhojen tiedostot on poistettu ja käsin kirjoitetut muistiinpanot tuhottu paperisilppurissa.

13 POHDINTA

13.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilökunnan käsityksiä kuntouttavasta työotteesta, kuinka kuntouttava työote toteutui jokapäiväisessä hoitotyössä. Työssä tarkasteltiin myös asukkaiden mahdollisuuksia omaan aktiiviseen osallistumiseen ja suoriutumiseen, mitkä tekijät edistävät tai estävät sitä. Lisäksi tarkasteltiin ympäristön merkitystä kuntouttavalle työotteelle.

Tuloksista voidaan päätellä, että kuntouttavat työotteet ovat hoitajien omaksumia tapoja toteuttaa kaikkia niitä arjen toimintoja, joissa ovat asukkaan mukana. Ajan antaminen ja kiireettömyys edistivät selkeästi asukkaan itsenäistä ja aktiivista osallistumista ja suoriutumista.

Ikääntyneen käsityksiä toimintakyvyn ylläpitämisestä ja puolesta tekemisen suhteesta arvostukseen voidaan pyrkiä muuttamaan esim. asukkaan voimavaroja kartoittamalla yhdessä hänen ja mahdollisten omaisten kanssa useamman menetelmän avulla. Usein myös yhdessä konkreettisesti toimiminen, kannustaen ja huumoria käyttämällä sekä tiedon antaminen toimintakyvyn ylläpitämisestä ovat aikaisempienkin tutkimuksien mukaan olleet edellä mainittujen keinojen lisäksi toimivia menetelmiä muuttaa asukkaan käsityksiä ja asenteita positiivisemmiksi kuntouttavaa työotetta kohtaan. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet myös Somerkivi, Benzein, Turja ja Gary. Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella tilojen asianmukaisuus mahdollistaa asukkaan turvallisen suoriutumisen, kun taas ahtaus ja epäkäytännöllisyys estivät asukkaan osallistumista ja suoriutumista päivittäisistä toiminnoistaan. Ympäristön merkityksestä voidaan päätellä, että asukkaalle tärkeää on mahdollisuus ulkoiluun ja kodinomaiseen, turvalliseen asumiseen.

Opinnäytetyössä haastateltiin kolmen turkulaisen palvelutalon henkilökuntaa. Hoitajat kokivat kuntouttavan työotteen tärkeänä, mutta sen toteutuminen jäi usein kiireen takia vajaaksi. Hoitajat korostivat yksilöllisyyden huomioimista, asukas tulee ottaa huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena. Moni hoitaja nosti esille, miten tärkeää on tukea vielä olemassa olevia voimavaroja. Sama tulos löytyy myös Siipolan (2001) tutkimuksesta, jossa mainitaan, että kuntouttavassa hoitotyössä tulee kiinnittää huomiota asiakkaan omiin voimavaroihin ja terveyteen, ohjata häntä omatoimisuuteen sekä motivoida tätä. Asiakasta tulee aktivoida ja järjestää toimintaympäristö omatoimisuutta tukevaksi. Kaikki haastatellut hoitajat olivat sitä mieltä, että puolesta tekeminen, avuttomaksi auttaminen, on suuri uhka asukkaan toimintakyvylle ja tätä ehkäistäisiin parhaiten kiireettömyydellä. Haastateltavat kokivat, että heiltä edellytetään palvelutaloympäristössä ammattitaitoa, asukkaan elämänkaaren ja nykytilan tuntemusta, pitkää pinnaa, hyviä vuorovaikutustaitoja kannustamiseen, kehottamiseen, houkutteluun, kehumiseen sekä rutkasti kekseliäisyyttä. Sairauksien tunteminen, tieto siitä, mitä esimerkiksi muistisairaus aiheuttaa asukkaalle, koettiin tärkeänä, ymmärrystä lisäävänä tekijänä.

Routasalo ja Lauri (2001) ovat todenneet kuntouttavan työotteen edellyttävän hoitajalta omien asenteiden tarkastelemista, hyvää ammatillista tietoperustaa sekä taitoa toimia iäkkään kanssa. Opinnäytetyössä nousi esille hoitajien toive käytännön lisäkoulutuksesta. Moni hoitaja koki tarvitsevansa lisää konkreettisia työkaluja esim. muistisairaan asukkaan kanssa toimimiseen. Toiminta- ja fysioterapeutit koettiin tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi asukkaan osallistumista ja apuvälineitä mietittäessä. Hoitajat kokivat kuntouttavan työotteen tärkeäksi, mutta ajoittain erittäin haastavaksi, koska se vie enemmän aikaa verrattuna hoitajan puolesta tekemiseen. Riittävä määrä henkilökuntaa vuorossa mahdollistaa kiireettömän hetken asukkaan luona ja tukee parhaiten kuntouttavien työotteiden käyttöä. Kokkonen-Kärki (2005) on saanut samansuuntaisia tuloksia tutkimuksessaan. Hoitajalta vaaditaan erityisosaamista myös käytösoireisen potilaan kohtaamisesta. Hoitohenkilökunnan koulutuksen ohella hoitajien asenteet ovat tärkeitä. Dementiapotilaita hoitavien yksiköiden tulee hallita myös käy-

tösoireiden lääkkeetön hoito. Revellin (2000) mukaan masennus yhdistetään itsehoidosta luopumiseen ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Williams & Warren mainitsevat, että institutionaalisen kulttuurin mukaan asukkaan osallistumista rajoittavat tekijät ovat osallisena masennuksen synnyssä ja mikäli ajatustyö lannistetaan, saattaa hoitaja käyttää holhoavaa vuorovaikutusta, joten hoitajien asenteet, jotka edistävät asukkaan heikentymistä ovat välttämättömiä.

Haastatteluissa nousi esille, että kodinomaisuus oli selkeä asukkaiden viihtyvyyttä lisäävä asia. Se, että on saanut omat tavarat ympärilleen, auttoi monen asukkaan sopeutumista uuteen ympäristöön. Uuden asukkaan kohdalla nousi esille tärkeänä se seikka, että sopeutumiseen varattaisiin aikaa. Asukas on saattanut tulla palvelutaloon laitoksesta eikä hänen toimintakykynsä ole sitä, mitä sen tulisi olla. Siirtymävaiheessa asukas tarvitsee paljon tukea ja ohjausta, kannustusta ja uskoa omiin kykyihinsä, jotta hän motivoituu edes yrittämään itse. Tärkeää on myös kertoa asukkaalle talon toimintatavoista sekä kuntouttavien työotteiden merkityksestä, jotta vältytään siltä oletukselta, että nyt ollaan täysien palveluiden parissa, nimensä mukaisesti palvelutalossa.

Opinnäytetyössä omaisen merkitys asukkaan elämässä jäi vähemmälle. Vain muutama hoitaja mainitsi oma-aloitteisesti haastatteluissa omaiset osana asukkaan hoitoa. Esille tuli esimerkkejä liikaa puolesta tekevistä omaisista, jotka eivät uskoneet asukkaalla enää olevan kykyä toimia itse. Toisaalta löytyi myös omaisia, joiden avulla asukas oli saatu aktivoitua mukaan viriketoimintaan ja omaan hygienianhoitoon. Yleistyksenä voidaan mainita, että hoitajien mukaan nuorempi sukupolvi on vastaanottavaisempi kuntouttaville työotteille kuin vanhempi ikäpolvi omaisista. Vanhempien keskuudessa on vielä tiukasti ajatus siitä, että vanhaa ja mahdollisesti sairasta ihmistä tulee auttaa ja tehdä puolesta. Kysyttäessä omaisten vierailuista kävi ilmi, että toisilla asukkailla käy paljon vierailta, kun taas on asukkaita, joita ei käydä katsomassa kuin satunnaisesti. Adams, Sanders & Auth totesivat tutkimuksessaan (2004) yksinäisyyden olevan masentuneisuuden riskitekijä. Leskeksi jääminen ja vieraiden vähyys lisäsivät masentuneisuutta. Samassa tutkimuksessa Adams ym. (2004) toteavat, että

yksinäiselle aktiviteetteihin osallistuminen saattaa olla suuri ponnistus ja masentunut on haluton osallistumaan mihinkään. Masennus aiheuttaa toimintakyvyn laskua ja mielialan muutoksia. Aktiviteetin lasku saattaa yhtä lailla olla masennuksen seuraus kuin syykin. Jälleen voidaan siis korostaa hoitajan roolia asukkaan mielenterveyden vaalijana.

13.2 Kehittämisehdotukset ja tutkimustulosten hyödynnettävyys

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää palvelutaloissa, joissa kuntouttava työote on vielä vieraampi asia, uusien työntekijöiden tai sijaisten kohdalla selventämään käsitettä ja rohkaisemaan täten kuntouttavien työotteiden käyttöönottoa. Dementian ja käytöshäiriöiden lisääntyessä tuetun asumisen yksiköissä myös dementikkojen hoidon laatu puhuttaa. Amerikkalaisessa tutkimuksessa Smith (2008) toteaa, että muissa ympäristöissä käytössä olevat dementiahoidon mallit eivät välttämättä sellaisinaan sovellu tuetun asumisen yksikköön. Jo käytössä olevien, hyväksi todettujen mallien ja teoreettisten lähestymistapojen testauksesta palvelutaloympäristössä ei ole riittävästi tutkimuksia. Tämä tarjoaa tärkeän mahdollisuuden psykiatrisille sairaanhoitajille ja tutkijoille.

Koska moni hoitaja koki omaavansa vanhentunutta tai puutteellista tietoa menetelmistä, joilla parantaa ja motivoida asukaan yhteistyötä arjen toiminnoissa, on lisäkoulutuksen tarve ilmeinen. Yksiköissä tulisikin järjestää konkreettisia teemakoulutuspäiviä, joihin kaikilla olisi mahdollisuus työaikanaan osallistua. Luennolla istumalla ei asioihin pääse yhtä hyvin sisälle kuin itse kokeilemalla ja osallistumalla. Moniammatillisen yhteistyön merkitystä ei voida liiaksi korostaa. Fysio- ja toimintaterapeuttien osallistuminen näihin koulutustilanteisiin olisikin erittäin tärkeää.

Koska palvelutalojen hoitajien vastauksissa oli suuriakin eroavaisuuksia, olisi tärkeää jakaa tietoa ja kokemuksia kuntouttavasta työotteesta. Palvelutalojen välistä yhteistyötä voisi kehittää järjestämällä esimerkiksi yhteisiä koulutus- ja tiimipäiviä. Näin hoitajilla olisi mahdollisuus vaihtaa ajatuksia ja jakaa tietotaitoaan. Näin ollen hiljainen tieto saataisiin kaikkien käyttöön.

Mielestämme paikallaan oli laatia tiivis ja informatiivinen juliste kuntouttavasta työotteesta. Juliste tavoitteena oli lisätä yhtenevien työtapojen käyttöä sekä hoitohenkilökunnan ymmärrystä kuntouttavan työotteen tärkeydestä. Kuten tässä opinnäytetyössäkin tuli esille, kuntouttavia työotteita käyttääkseen hoitaja ei välttämättä tarvitse suuria määriä erilaisia apuvälineitä. Sitäkin enemmän hoitajalla tulee olla kykyä olla luova ja halua löytää yhä uusia ratkaisuja arjen sujumiseksi. Yhteistyössä on voimaa, se mahdollistaa paremman työilmapiirin ja siten myös asukkaiden paremman hoidon.

LÄHTEET

Adams, K.B.; Sanders, S. & Auth, E.A. 2004. Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. Aging and mental health 6/2004, 481–484.

Benzein, E.; Johansson, B. & Saveman, B-I. 2004. Families in home care- resourses or a burden? District nurses' beliefs. Journal of Clinical Nursing 2004/13, 867-875.

Cummings, S.M. 2002. Predictors of psychological well-being among assisted living residents. Health & social work 2002/27, 293–302.

Ella, K.; Parkkila, H. & Selin, I. 2010. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry. "Ikäihmiset ja mielenterveys"- opas. Viitattu 30.3.2010. Saatavissa myös http://www.omaiset-tampere.fi/koto/pdf/Tietoa-ikaihmisten-masennuksesta.pdf

Elo, A-L. 2002. Teoksessa Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Lindström K. & Leppänen A. (toim.) Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy.

Eloniemi-Sulkava, U. teoksessa Tue muistisairaan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle 2007. Suomen dementiahoitoyhdistys. Viitattu 1.11.2009 http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/hoito_ja_kuntoutus/kotona_asuminen/

Erkinjuntti, T.; Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona. Muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Furman, B. & Ahola, T. 2002. Työpaikan hyvä henki ja kuinka se tehdään. Tampere. Tammi.

Furman, B., Ahola, T. & Hirvihuhta, H. 2004. Työpaikan pelisäännöt ja kuinka ne tehdään. Hämeenlinna. Tammi.

Gary, R. 2006. Exercise self-efficacy in older women with diastolic heart failure: results of a walking program and education intervention. Journal of gerontological Nursing 2006/32, 31-39.

Gruber-Baldini, A.L.; Boustani, M.; Sloane, P. & Zimmerman, S. 2004. Behavioral Symptoms in Residential Care/Assisted Living Facilities: Prevalence, Risk Factors, and Medication Management. Journal of the American Geriatrics Society 2004/52,1610–1617.

Hakala, P. 2007. Ikääntyminen ja ravitsemus. Esitelmä. Helsinki 27.3.2007. Viitattu 30.9.2009
http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/281002160801PB?OpenDocument

Haukka, U-M.; Kivelä, S-L.; Vallejo Medina, A;, Pyykkö, V. & Vehviläinen, S. 2006. Vanhustenhoito. Porvoo: WSOY.

Heikkinen, E. 2000. Terve vanheneminen - utopia vai realistinen mahdollisuus? Teoksessa Suomalainen elämänkulku. Toim. Heikkinen, E. & Tuomi. J. Vantaa: Tammi.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Holma, T.; Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2002. Kuntouttava työote. Teoksessa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. 2007. Opas laatuun. Stakes. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Juva, K. 2007. Dementia ja depressio. Neuropsykiatria. Duodecim. 2007/123, 1231-2, 1235.

Kankare, H., Lintula, H., (toim.). 2004. Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki. Tammi. Kansanterveyslaitos. Terveys 2000 tutkimustulokset. Viitattu 30.3.2009 http://www.terveys2000.fi/perusraportti/16.2.html

Kauppinen, K. & Toivanen, M. 2002. Teoksessa Työyhteisön terveys ja hyvinvointi. Lindström K. & Leppänen A. (toim.) Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy.

Kokkonen-Kärki, S. 2005. Kuntouttava työote vanhainkodin asukkaiden hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta. Terveystieteiden laitos.

Koponen, H. & Leinonen, E. Teoksessa Lepola ym. Psykiatria. 2002. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11/1999. 120–123.

Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P., Siven, T., Välimäki,P., 2009.Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki. WSOY.

Laitinen-Junkkari, P.; Isola, A.; Rissanen, S. & Hirvonen, R. Moninainen vanhusten hoitotyö. 1999. 1. painos. Porvoo: WSOY.

Laukkanen, P. & Parkatti, T. 2003. Iäkkäiden ihmisten laitoshoitoa ennustavat tekijät ja kotona selviytymisen edistäminen. Teoksessa Hietanen, A. & Lyyra, T.-M. (toim.): Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja edistäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:2. Viitattu 4.11.2009 http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ikakunto/osa1.pdf

Loiri, P. & Juholin, E. 1998. Huom! visuaalisen viestinnän käsikirja. Helsinki: Inforviestintä.

Nieminen, H. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1998. Juva: WSOY. 216–219.

Olsbo-Rusanen,L. & Väänäne-Sainio,R. 2003. Ikäihmisten asuminen ja palvelut paremmiksi. Selvitys ikääntyvien kotona asumisen kehittämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Ympäristöministeriö. Saatavissa http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=239536

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Pesonen, E. 2007. Julkaisijan käsikirja. Jyväskylä: WSOY.

Pirttilä, T.; Aejmelaeus, R.; Alhainen, K.; Erkinjuntti, T.; Koponen, H.; Puurunen, M.; Raivio, M.; Rosenvall, A.; Suhonen, J. & Vataja, R. 2007. Alzheimerin taudin diagnostiikka ja lääkehoito. Käypä hoito -suositus Duodecim 2007:123, 183–184. Viitattu 20.3.2010 http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo96221.pdf

Pura, A. Fysioterapeutti. Henkilökohtainen tiedonanto 21.9.2010. Portsakoti.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Stakes, oppaita 52. Viitattu 1.11.2009 http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;32154

Revell, A.J. 2000. Depression and activities of daily living: Clinical comments. Clinical Gerontologist, 2000/21, 73–75.

Routasalo, P. 2003. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön suositusten lähtökohdat ja edellytykset. Teoksessa Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Helsinki: Tammi.

Routasalo, P. & Lauri, S. 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia 3, 207-216.

Salminen U. & Karvinen E. (toim.) 2006 Voimaa ja varmuutta itsenäiseen elämään, iäkkäiden voima- ja tasapainoharjoittelu.

Sihvonen, A-P.; Martelin, T.; Koskinen, S.; Sainio, P. & Aromaa, A. 2003. Teoksessa Gerontologia 2003. Duodecim 1. painos. Tampere: Tammer-Paino. 49–58.

Siipola, S. 2001. Vanhusten kuntouttava hoitotyö – Käsiteanalyysi. Pro gradu -tutkielma. Turku. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Siitonen, T. 2003. Elinympäristön kehittäminen. Teoksessa gerontologia. Toim. Heikkinen, E. & Rantanen, T.. Tampere: Duodecim.

Sipilä, S. & Rantanen, T. 2003. Teoksessa Gerontologia 2003. 1. painos. Duodecim. Tampere: Tammer-Paino

Smith, M.; Buckwalter, K.C.; Kang, H.; Ellingrod, V. & Schultz, S. 2008. Dementia care in assisted living: needs and challenges. Mental Health Nursing 2008/29, 817-838.

Somerkivi, P. 2000. ”Olen verkon silmässä kala” – vammaisuus, kuntoutuminen ja selviytyminen sosiaalisen tuen verkostoissa. Väitöskirjatutkimus. Kuopion yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan sosiaalitieteiden laitoksen vammaistutkimusyksikkö. Helsinki: Valopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaalihuolto Suomessa. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:11. Viitattu 7.1.2010 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7157.pdf

Suominen, H. 2003. Teoksessa Gerontologia 2003. 1. painos. Tampere: Tammer-Paino.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. 2009. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut. Viitattu 6.4.2010 http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm

Tilastokeskus. Väestö 2009 lopussa. Viitattu 30.3.2010 http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestoianmukaan

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turja, T. 2004. Iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö- seurantatutkimus. Pro-gradu-tutkielma. Turku. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Turja, T.; Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Arviointi, kuinka iäkkään potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyön toimintamalli vakiintui. Tutkiva hoitotyö 4 (1). 4-9.

Vataja, R.; Alhainen, K.; Huusko, T.; Kivelä, S-L.; Koivisto, K.; Koponen, H.; Leppävuori, A.; Saarela, T.; Sulkava, R.; Viramo, P. & Erkinjuntti, T. 2001. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suomen Lääkärilehti. 172–173.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi. 158.

Williams, K.N. & Warren, C.A.B. 2008. Assisted living and the aging trajectory. Journal of Women and Aging, 2008/20.

Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatua laitoksessa – kuntouttavan lyhytaikaishoidon haasteet. Teoksessa Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry Helsinki: Edita Oy.

Åkerblom, S. 2002. Toimintakyvyn ongelmat asunnon muutostöiden suunnittelun lähtökohtana. Teoksessa Ikäihmisten asuinympäristö turvalliseksi- Hyvien käytäntöjen opas kaatumisten ehkäisyyn. Toim. Lehtola, S. Oppaita 50. Saarijärvi: Stakes.

LIITE 1

Liite 1. Suostumus haastatteluun

Olemme Turun ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelijoita hoitotyön linjalta ja teemme opinnäytetyön hoitajien käsityksistä kuntouttavasta työotteesta.

Yhteystietomme lisätietojen saamista varten:
Nina Borg
Mail: nina.borg@students.turkuamk.fi
Puh: 040-5332600

Noora Bergqvist
Mail: noora.bergqvist@students.turkuamk.fi
Puh: 040-7664457

Opinnäytetyömme ohjaaja on yliopettaja, tutkintovastaava Kristiina Viljanen

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelu tullaan nauhoittamaan myöhemmin tehtävää aineiston analyysiä varten. Lopulliseen raporttiin ei tule haastateltavien nimiä eikä muitakaan tunnistetietoja.

Annan suostumuksen haastatteluja varten opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata hoitohenkilökunnan näkemyksiä toimintakykyä ylläpitävästä ja edistävästä työotteesta palvelutaloympäristössä.

Olen saanut tietoa yllä mainitusta tutkimusprojektista ja sen tavoitteista.

Minulle on luvattu, että haastattelussa antamiani tietoja käsitellään seuraavasti:

1. Haastattelu kirjoitetaan raportin muotoon siten, että yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa.
2. Haastattelun äänitallenne hävitetään tutkimuksen valmistuttua.
3. Olen tietoinen, että osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus kieltäytyä osallistumasta haastatteluun. Minulla on myös oikeus keskeyttää osallistuminen silloin, kun haluan.

Suostumus haastatteluun

Allekirjoittanut antaa luvan opinnäytetyön aineistonkeruun haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen.
Tämän sopimuksen alkuperäiskappale jää opinnäytetyön tekijöille, kopio sopimuksesta toimitetaan haastattelun yhteydessä allekirjoittaneelle.

Turku / 2009

LIITE 2

Liite 2. Haastattelurunko

Teemat

1. Teema: Kuntouttava työote hoitohenkilökunnan määrittelemänä

- Mitä kuntouttava työote tarkoittaa?
- Miten kuntouttava työote näkyy hoitotyössä?
- Miten kuntouttava työote näkyy tavassa kohdata asiakas?
- Mitä kuntouttava työote edellyttää hoitajilta?

2. Teema: Asiakkaan itsenäinen ja aktiivinen suoriutuminen ja osallistuminen

- Mitkä toimintatavat edistävät asiakkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista/osallistumista?
- Mitkä toimintatavat estävät asiakkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista/osallistumista?

3. Teema: Ympäristön merkitys kuntouttavaan työotteeseen

Miten ympäristö vaikuttaa kuntouttavaan työotteeseen

LIITE 3

Liite 3. Kuntouttava työote hoitotyössä

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Hoitaja ei tee puolesta Asukkaan omat voimavarat käyttöön Hoitaja tukena, opastajana ja kannustajana Itsenäisesti selviytyminen	Asukkaan fyysisen toimintakyvyn ja omatoimisuuden tukeminen	Hoitotyön keinot tukea ikääntyneen toimintakykyä
Kokonaisuuden huomioiminen Asukkaan tunteminen Asukkaan voimavarojen tiedostaminen Ei pakoteta mihinkään Asukkaan toiveiden kuunteleminen	Asukkaan voimavarat	
Sitoutuminen kuntouttavien työotteiden käyttöön Tietämys erilaisista sairauksista Luottamuksellisen hoitosuhteen luominen Vuorovaikutustaidot Positiivinen asenne	Hoitajan ammatillisuus	
Kiireetön ilmapiiri Kärsivällisyys Riittävästi henkilökuntaa	Kiireettömyys	

LIITE 4

Liite 4. Toimintatapoja, jotka edistävät asukkaan itsenäistä ja aktiivista suoriutumista

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Oikeat apuvälineet saatavilla Hoitajan kyky ja halu ohjata/tukea Asukas saa osallistua omaan hygienian hoitoon, syömiseen, pukemiseen	Päivittäiset toiminnot	Toimintakykyä ylläpitävät toiminnot
Hoitajan motivaatio ja kannustus Hyväksyntä Oman arvon tunne lisääntyy Uskallus yrittää lisääntyy Mieliala kohenee Yleistila paranee Motivaatio osallistua lisääntyy Hoitajan kannustaminen	Onnistumisen tunne	
Ryhmän tuki kannustaa Vähentää yksinäisyyttä Lisää halua osallistua Lisää aktiivisuutta	Sosiaalinen tuki	

LIITE 5

Liite 5. Toimintatavat, jotka estävät itsenäistä ja aktiivista suoriutumista

Pelkistetyt ilmaukset	Alakäsite	Yläkäsite
Ajanpuutteessa hoitaja tekee puolesta Asukkaan yksilölliset tarpeet jäävät huomioimatta Lamaannuttaa asukkaan halun tehdä itse Laskee asukkaan ihmisarvon tunnetta	Kiire	Toimintakykyä heikentävät toiminnot
Sairaudet Yli/alilääkitys Huono ravitsemustila Kivut	Rajoitteet	
Liikaa asukkaalta vaatiminen Hoitajan riittämättömät tiedot asukkaasta Epäonnistuminen lannistaa asukkaan itsetunnon ja – arvon lasku	Korkea vaatimustaso ja huono tiedonkulku	
Asukkaan asenne hoitajaa kohtaan Asukkaan toive, että tehdään puolesta Vanhus ei aina halua/viitsi tehdä itse Hoitajan huono motivaatio	Passivoituminen	

LIITE 6

Liite 6. Ympäristön vaikutus kuntouttavaan työotteeseen

Pelkistetyt ilmaukset	Alakategoria	Yläkategoria
Huoneiden mitoitus asukkaan tarpeita vastaavaksi Tarttumiskahvoja huoneissa, wc:ssä ja käytävillä Käytävien ja yleisten tilojen esteettömyys Leveät ovet Hidas hissin ovi Apuvälineiden saatavuus	Asialliset tilat	Ympäristö vaikuttajana toimintakyvyn ylläpidossa
Esteetön kulku Leveät käytävät Ei rappusia Ei kynnyksiä Hyvä valaistus Suihkuhuoneen lattiapinta karhea Tukinojia, tarttumiskahvoja ja suihkutuoleja wc/suihkutiloissa Käytävillä ja huoneissa kaiteita Oikeat apuvälineet oikealle asukkaalle	Turvallisuus	
Omat tavarat huoneissa Oman huoneiston tuoma yksityisyyden tunne Positiivinen ilmapiiri Hyvä mieliala Kodinomaisuus	Viihtyvyys	
Mahdollisuus ulkoiluun, piha Luonnon läheisyys, mahdollisuus seurata vuodenaikoja Ikkuna huoneesta ulos Kokoontumistiloja viriketoiminnalle Kuntosali tms. tila Sosiaalisen kanssakäymisen lisääntyminen	Virike/vapaa-ajan toiminnot	

Liite 7. Julistemalli 1

LIITE 8

Liite 8. Julistemalli 2

Liite 9. Julistemalli 3

KUNTOUTTAVA TYÖOTE

Kannusta
Motivoi
Ohjaa

Tehdään yhdessä, ei puolesta.