



LAUREA

Halli pead austa, kulupead kummarda: ikään-
tyneen kokemuksia pitkäaikaisesta laitoshoidosta.



Tuulemets, Airi

2009 Porvoo

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ikääntyneiden kokemuksia asumisesta pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Tätä pyrittiin selvittämään opinnäytetyön kysymyksien avulla. Opinnäytetyön kysymyksiä olivat, minkälaiseksi ikääntyneet kokevat toimintakykynsä pitkäaikaisessa laitoshoidossa, minkälaiseksi ikääntyneet kokevat ympäristön ja ihmissuhteet pitkäaikaisessa laitoshoidossa ja minkälaiseksi ikääntyneet kokevat toimintamahdollisuutensa pitkäaikaisessa laitoshoidossa.

Opinnäytetyö toteutettiin Udernan hoivakodissa Virossa käyttäen opinnäytetyön menetelmänä teemahaastattelua. Opinnäytetyöhön osallistui viisi hoivakodin ikääntyntä asukasta, jotka oli valinnut hoivakodin johtaja. Haastateltavat olivat 64–84 vuotiaita ja toimintakyvyltään eri kuntoisia. Haastattelumateriaali analysoitiin sisällönanalyysin menetelmin.

Ikääntyneet opinnäytetyöhön osallistuneet hoivakodin asukkaat kokivat asumisen pitkäaikaisessa laitoshoidossa pääasiallisesti tyydyttäväksi. He kokivat toimintakykynsä erilaiseksi. Tärkeimpinä toimintakykyyn vaikuttavina tekijöinä he ilmaisivat liikkumiskyvyn, apuvälineiden tarpeen, kivut, lääkkeet, yksinäisyyden, aistitoimintojen heikkenemisen, muistelun, ystävät, toimintamahdollisuudet ja harrastukset.

Ikääntyneet hoivakodin asukkaat kokivat hoivakodin ympäristön viihtyisyyteen ja ilma-
piiriin vaikuttavina tekijöinä perustarpeiden tyydyttymisen, fyysisen ympäristön, ihmisten erilaisuuden, henkilökunnan auttavaisuuden, kiireen, epäkohteliaisuuden ja henkilökunnan vähyyden.

Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat voivansa hoivakodin puitteissa lukea, kuunnella radiota ja katsella televisiota, pelata tammaa, shakkia ja kortteja, juhlia syntymäpäiviä, seurata ajankohtaisia uutisia sekä osallistua hoivakodin toimintaan ja hoivakodissa järjestettäviin juhliin.

Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet toivoivat saavansa enemmän jakaa elämäkokemustaan ja apua lapsilleen ja lapsenlapsilleen sekä myös hoitohenkilökunnalle. Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat riippuvaisia hoitohenkilökunnan avusta ja avun loppumisen pelossa eivät ehkä uskaltaneet kertoa negatiivisista kokemuksista. Tämänkaltaisen tutkimus olisi hyvä tehdä laajemmalla otannalla, jolloin saataisiin luotettavampaa tietoa ja tulosten yleistettävyys paranisi.

Asiasanat: ikääntyneen toimintakyky, ikääntyneen ihmissuhteet, pitkäaikainen laitoshoidon ympäristö, ikääntyneen toimintamahdollisuudet, ikääntyneen kokemukset

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to examine how the elderly experience long term institutional care. The study questions were: how do the elderly feel about their functional capacity in long term care; how do the elderly experience the environment and atmosphere in a long term nursing home; how do elderly people feel about the activity possibilities in a long term nursing home.

The material was gathered by thematic interview in Uderna Nursing Home in Estonia. Five elderly people, selected by the manager of the nursing home, participated in the interview. The interviewees were 64-84 years of age, and their functional capacity varied. The interview material was then analyzed by content analysis.

The elderly people were mainly satisfied in living in a nursing home long term. The responses to how the elderly experienced their functional capacity varied. The most important aspects affecting functional capacity were physical capability, need for physical aids, pain, medicines, loneliness, decline in sensory function, reminiscing, friends, activity possibilities and hobbies. The elderly felt that they can read, listen to the radio and watch TV, play checkers, chess and card games, have birthday parties and participate in other parties at the nursing home, follow current news, and take part in daily functioning of the nursing home. The aspects which affected the atmosphere of the nursing home were basic needs, physical environment, people's differences, helpful staff, rush, unfriendliness and staff deficit.

The results show that the elderly in the long term nursing home wish to have more possibilities to share their life experiences, help their children and grandchildren, and also the staff of the nursing home. The elderly are dependent on the help of the staff, and are afraid to share their negative experiences because they are afraid that this will affect negatively the care they receive. The results would be more reliable, and could be generalized if the number of interviews was increased.

Key words: functional capacity of elderly people, relationships of elderly people, environment in long term institutional care, activity possibilities for elderly people, elderly person's experiences

| | |
|---|----|
| SISÄLLYS | |
| TIIVISTELMÄ..... | 1 |
| ABSTRACT | 3 |
| 1 JOHTANTO | 6 |
| 2 IKÄÄNTYNYT HOITOTYÖN ASIAKKAANA..... | 7 |
| 2.1 Ikääntyneen toimintakyvyn muutokset | 7 |
| 2.2 Ikääntyneen hoitotyö | 10 |
| 3 IKÄÄNTYNEEN LAITOSHOITO | 12 |
| 3.1 Laitoshoito hoitoympäristönä | 12 |
| 3.2 Laitoshoito Virossa | 13 |
| 3.3 Kuntouttava hoitotyö laitoshoidossa..... | 15 |
| 3.4 Ihmissuhteet ja ilmapiiri laitoshoidossa | 18 |
| 3.5 Ikääntyneen toiminnan mahdollisuudet laitoshoidossa..... | 22 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖN KYSYMYKSET | 25 |
| 5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN | 25 |
| 5.1 Opinnäytetyön menetelmän kuvaus..... | 25 |
| 5.2 Tutkimusympäristön kuvaus ja aineiston keruu..... | 28 |
| 5.3 Aineiston analyysi..... | 29 |
| 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET | 32 |
| 6.1 Haastateltavien taustatiedot..... | 32 |
| 6.2 Opinnäytetyön tulokset | 32 |
| 6.2.1 Ikääntyneen kokemus toimintakyvystä pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 32 |
| 6.2.2 Ikääntyneen kokemus ympäristöstä ja ihmissuhteista pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 35 |
| 6.2.3 Ikääntyneen kokemus toiminnan mahdollisuuksista pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 38 |
| 7 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELUA JA POHTINTAA | 39 |
| 7.1 Tulosten tarkastelua | 39 |
| 7.1.1 Ikääntyneen kokemus toimintakyvystään pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 39 |
| 7.1.2 Ikääntyneen kokemus ympäristöstä ja ihmissuhteista pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 43 |
| 7.1.3 Ikääntyneen kokemus toiminnan mahdollisuuksista pitkäaikaisessa laitoshoidossa..... | 45 |
| 7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys | 46 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 7.3 Johtopäätöksiä ja ehdotuksia..... | 49 |
| LÄHTEET | 52 |
| LIITTEET | 54 |

1 JOHTANTO

Vasta hiljattain pidettiin sosiaalihuoltoa Virossa kuin hankalaa, menoja aiheuttavaa ja valtiota häpäisevää toimintaa. Valtion näyttämiseksi tukevampana, hiljennettiin systeemille sopimattomien ihmisten ongelmista. Aikaisemmasta tiedetään suljetuista psykiatrisista sairaaloista, lastenkodeista kehitysvammaisille lapsille sekä muista hoitokodeista, jotka muistuttivat enemmän vankilaa kuin sairaala tai hoitokotia. Onneksi on alettu ymmärtää, että hoitokodeissa asuvilla ihmisillä on oikeus samoille mahdollisuuksille koulutuksen, työn, itsensä toteuttamisen, perheen ym. suhteen, kuten kaikilla muillakin. Painotetaan ihmisoikeuksia ja palvelujen laatua. Myös toivotaan suuntautua avohoitoon ja tunnustetaan ihminen aktiivisena yhteiskunnan jäsenenä, joka tulee itse toimeen ja tarvitsee minimaalista apua, arvostetaan ikääntyneitä ja ymmärretään heidän oleellinen osa ja sukupolvien välinen solidaarisuus. (Rosenstein 2000.)

Kaikissa ikäryhmissä pienentynyt kuolleisuus on aiheuttanut sekä Suomessa että koko Euroopassa nopean elinajan pitenemisen. Väestön nopeasta vanhenemisesta on tullut ylimalillinen ongelma. Kun yhteiskunnassa on vanhuksia (65+) yli 7 %, niin yhteiskuntaa pidetään vanhenevana. (Viron sosiaaliministeriö.) Vuonna 2007 naisten keskimääräinen elinikä Suomessa oli 81,5 vuotta ja miehillä 74,6 vuotta. Virossa puolestaan naisilla 78,7 vuotta ja miehillä 67,1 vuotta. (Viron statistikakeskus.) Tulevaisuudessa ainakin Suomessa keskimääräinen elinaika voi pidentyä merkittävästi ainoastaan vanhuuskuolleisuuden vähentymisen ansiosta (Koskenvuo, K. toim. 2003, 25). Käytännössä siis tehokkaan sairauksia ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ansiosta.

Vuonna 2008 1. tammikuuta Viron väestön määrä oli 1 340 935. Niistä eläkeikäisiä ikäryhmässä 60-85+ oli 294 767 elikkä 21,98 % eli noin 22 % väestöstä oli eläkeläisiä. Todellisuudessa tämä prosentti on vieläkin isompi, koska ikäryhmässä 55–59 on osa ihmisiä eläkeikäisiä. Yhteensä, arvataan olevan eläkeikäisiä enemmän kuin 25 % väestöstä eli virolaisista enemmän kuin joka neljäs on eläkeläinen. Vuosien varrella tämä prosentti tulee vielä kasvamaan, koska elinikä pitenee ja syntyvyys on vähentynyt vuosi vuodelta sekä eläkeikään ehtii kerrallaan iso väestöryhmä. Myös nuorten maastamuutto työn ja koulutuksen perään vaikuttaa Viron väestön ikärakenteeseen. (Rosenstein 2000; Viron statistikakeskus; Viron sosiaaliministeriö.)

Vaikka ikääntyneen kotona asumista suositaan ja tuetaan mahdollisimman pitkään, niin kuitenkin sairauksien ja toimintakyvyn heikkenemisen myötä voidaan joutua turvautu

maan laitoshoidon. Ikääntyneen täytyy siirtyä viettämään viimeiset elinviikot, -kuukaudet tai jopa -vuodet pitkäaikaiseen laitoshoidon kuten esimerkiksi vanhainkotiin taikka hoivakotiin. Siksi ei ole yhden tekevää, millaiset olot ovat näissä ikääntyneille tarkoitetuissa laitoksissa ja mitä mieltä ikääntyneet itse ovat laitoksessa asumisesta ja minkälaisena he kokevat sen. Tässä työssä käsitelläänkin juuri ikääntyneen omia kokemuksia pitkäaikaisesta laitoshoidosta, asumisesta hoivakodissa.

2 IKÄÄNTYNYT HOITOTYÖN ASIAKKAANA

2.1 Ikääntyneen toimintakyvyn muutokset

2000-luvulla on alettu puhua terveestä vanhenemisestä. Euroopan unionin uudessa ikääntyneiden ihmisten terveyden edistämistä koskevassa ohjelmassa terve vanheneminen kuvataan prosessiksi, jossa optimoidaan mahdollisuudet fyysiseen, sosiaaliseen ja psyykkiseen terveyteen. Näin mahdollistetaan iäkkään ihmisen aktiivinen osallistuminen yhteiskuntaan ilman diskriminaatioita ja annetaan mahdollisuus riippumattomuuteen ja hyvään elämänlaatuun. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 25.)

Ikääntyneen ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttaa ratkaisevasti se, miten hän selviää jokapäiväisestä elämästä. Tätä niin kutsuttua toimintakykyä voidaan tarkastella joko toiminnanvavuuksina tai jäljellä olevana toimintakyynä. Toimintakyky voidaan jakaa myös rajatumpiin käsitteisiin: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisen toimintakyvyn määrittelyssä korostuvat hengitys- ja verenkiertoelimistön sekä tuki- ja liikuntauelimistön toimintakyky. Hyviä esimerkkejä fyysisestä toimintakyvystä ovat lihasvoima, hapenottokyky sekä kävelynopeus. Psyykkisen toimintakyvyn käsitteeseen sisällytetään kognitiiviset toiminnot, psykomotoriset toiminnot, psyykinen hyvinvointi, depressio, ahdistuneisuus, stressi ja yksinäisyyden kokemukset sekä tarkkaavuus, ajan ja tilan hahmottaminen, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus sekä muistaminen ja oppiminen. Monimutkaisemmat kognitiiviset toiminnot kuten ajattelu, suunnittelu, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko rakentuvat näiden toimintojen varaan. Sosiaalinen toimintakyky määritellään yksilön ja ympäristön välisenä vuorovaikutuksena, johon sisältyvät harrastukset ja muut vapaa-ajanviettotavat, kontaktit ystäviin ja tuttaviiin sekä kyky solmia uusia ihmissuhteita. On selvää, että toimintakyvyn eri osa-alueet ovat

vahvasti yhteydessä toisiinsa ja osin myös päällekkäisiä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 21; Rajaniemi, Heimonen, Sarvimäki & Tiihonen 2007, 37.)

Yksilölliset erot samanikäisten toimintakyvyssä ovat suuret, kun tarkastellaan isoa määrää ikääntyneitä. Eräs keskeinen fyysistä vanhenemista väestössä kuvaava seikka onkin yksilöllisten erojen kasvaminen. Erot johtuvat osittain yksilöiden tavanomaisen vanhenemisen ja sen taustalla olevien yksilöllisten perintötekijöiden ja terveystapojen eroista. Erojen syinä ovat kuitenkin pitkälti pitkäaikaissairauksista aiheutuvat toiminnalliset haitat, jotka ovat eri tavoin heikentäneet eri henkilöiden toimintakykyä. Kalenteri-ikä ei voida käyttää määrittäessä sitä, kuka on iäkäs, vanha tai vanhus. Väestön keskimääräisen eliniän pituudella ja tietyn ikäisten kokonaismäärällä on merkitystä. Käsitteiden iäkäs, vanha ja vanhus merkitykset riippuvat myös niiden käyttäjän iästä. (Kivelä, S.-L. 2005, 13–14.)

län myötä tapahtuvat aistitoimintojen muutokset, erityisesti näön ja kuulon heikkeneminen, ovat yhteydessä kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen. Kognitiiviseen toimintakykyyn vaikuttavat myös elintapatekijät, kuten ravitsemus, nautintoaineiden käyttö sekä levon ja unen tarpeen tyydyttäminen. Psykkistä toimintakykyä edistävät kanssakäyminen ystävien ja sukulaisten kanssa. Ne vähentävät ikääntymiseen liittyvien roolimenetysten haitallisia vaikutuksia ja samalla lisäävät ikääntyvän oman elämän merkityksellisyyden ja mielekkyyden kokemista sekä aktiivisuutta ja psyykkis-sosiaalista hyvinvointia. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 117, 123, 125.)

Yksinäisyyden tunne voi johtaa erilaisiin fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin. Yksinäisyyden on todettu ennustavan kuolleisuutta, masennusta, muistin heikkenemistä, laitokseen joutumista ja huonoksi koettua terveyttä. Toisaalta erilaiset terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät tekijät voivat johtaa yksinäisyyden tunteisiin. Heikentynyt terveys ja toimintakyky, kuten liikkumis- ja aistiongelmat, saattavat vaikeuttaa kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa ja johtaa sosiaaliseen eristäytymiseen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 153.)

Laitoksissa ja pitkäaikaishoidossa olevista iäkkäistä kaatuu vuosittain eri tutkimusten mukaan noin puolet. Kaatumistapaturmille altistavia tekijöitä ovat muun muassa lihasvoiman heikkeneminen, tasapainon heikentyminen, aistitoimintoihin liittyvät ongelmat ja reaktionopeuden hidastuminen, sairaudet, useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö, alkoholin käyttö sekä yleinen epävarmuus ja kaatumisen pelko. Ongelmat liikkumises-

sa lisäävät arkuutta lähteä liikkeelle, jolloin liikuntakyky heikkenee. Fyysisen aktiivisuuden puute ja sosiaalisten kontaktien väheneminen voivat osaltaan heikentää fyysistä ja henkistä toimintakykyä ja lisätä kaatumisen riskiä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen 2007, 204-205.)

Ikääntymistä nopeuttavat vähäinen fyysinen aktiivisuus, pitkäkestoiset ja toistuvat stressitilanteet, huono ruokavalio, pitkäaikaissairaudet, epäterveelliset tottumukset sekä perinnöllinen alttius. Ikääntyneiden tulisi liikkua enemmän. Vähäinen fyysinen aktiivisuus vähentää työkykyä sekä fyysisiin vastuksiin sopeutumista, aiheuttaa häiriöitä sydämen ja verisuonisysteemissä sekä hengityselimissä, tuoden kaiken sen tuloksena mukanaan ennenaikaisen ikääntymisen. Sekä päivittäin, fyysisten harjoitteiden ja kävelylenkkien avulla parantuu aineenvaihdunta, suurenee veren hapenkuljetus kyky, kolesterolitaso veressä alenee, paino normalisoituu, mieliala paranee ja hermostuneisuus vähenee. (Liivas 2004, 9-10.)

Ihmisen toimintakyky voi heikentyä tilapäisesti akuutin sairauden tai kriisin, kuten puolison menettämisen, takia. Toimintakyky voi myös olla heikentynyt, ei niinkään fyysisen sairauden takia vaan psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden takia. Toimintakyky voi myös parantua tavoitteellisen palvelu- ja hoitokokonaisuuden ansiosta. Toimintakykyä ja siten myös palvelujen ja hoidon tarvetta arvioitaessa on tärkeää ymmärtää tämä dynaamisuus: hoito- ja palvelusuunnitelman tulee vaihdella ja muuttua asiakkaan tarpeiden muuttumisen mukaisesti. (Vuotilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 92–93.)

Uibun (1999) tutkimuksen mukaan ikääntyneet kokee iäkkäiden ongelmiksi erityisesti yksinäisyyden ja hyljätyn tunteen. 16,6 % -lla iäkkäistä ei ole lapsia eikä läheisiä sukulaisia. Ongelmaksi koettiin myös se, ettei tiedetä omia oikeuksia. Puolet vastanneista ei osa sanoa, millaista sosiaaliapua voi saada. Apua toivoo 70 % iäkkäistä ja 95 % tutkimukseen osallistuneista ei pysty köyhyyden takia ostamaan kirjoja. Yksi neljäsosa arvioi omaa taloudellista tilannetta huonoksi. Myös terveydelliset ongelmat aiheuttavat ikääntyneille murhetta. Yleisesti tarvitaan kaksi kerta vuodessa lääkärin apua, mutta on ihmisiä, jotka tarvitsevat sitä jopa 10–30 kerta vuodessa. Itsenäisesti poliklinikalle pystyy menemään kaksi viidesosaa iäkkäistä, loput ei. Ruuanlaitto tuottaa ongelmia 6 % -lle vanhuksista.

Uibun (1999) tutkimuksesta selvisi myös yhteiskunnan näkökulma ikääntyneiden ongelmiin. Yhteiskunnan näkökulmasta ikääntyneet palveluineen ovat paine valtion talousarvion rajoitetuille resursseille – siihen kuuluu ikääntyneiden vaatimukset eläkkeen, elätysrahan, apurahan, korvauksien nostamiseksi. Paine kunnanhallinnon resursseille – ikääntyneiden avuntarve pelto- ja taloustöihin, asunnon kunnostamiseen, katon korjaamiseen, polttopuiden hankkimiseen. Apua tarvitsevat juuri ne ikääntyneet, joilla ei ole lapsia tai jota lapset eivät saa tai eivät pysty auttamaan. Yksinäisten ikääntyneiden, erityisesti yksinäisten ikääntyneiden naisten paljous, ketkä eivät voi luottaa lastenkaan apuun tuottaa vaatimuksia yhteiskunnalle. Kumpuaa tarve järjestää ikääntyneiden neuvontaa. Erityisesti ikääntyneet tarvitsevat neuvoja yksinäisyyden kanssa toimentuloon. Ikääntyneet, ketkä työskentelevät ja asuvat lapsista erillään, eivät pysty tarpeeksi osallistumaan lastenlastensa kasvattamisessa ja perintökulttuurin eteenpäin antamisessa. Yhteiskunnan täytyy järjestää myös apua liikkumisrajoitteisille ikääntyneille.

Ihmiset ovat aina halunneet elää ikuisesti, mutta yhdellä aikaisemmin, toisella myöhemmin aloittaa toimintansa ikääntymisen mekanismi sekä kuten arvata voi, saapuu ei juuri kaikkein kehuttavin aika elämästä. Ikääntyminen on organismin biologinen rappeutumisprosessi, joka kehittyy iän mukana, halutaan sitä tai ei. Ikääntyminen kaventaa organismin sopeutumismahdollisuuksia, vähentää sen vastustuskykyä sekä kehittää iästä johtuvia patologisia prosesseja eli tuo mukanaan ikääntymisen. Ikääntyminen on ihmisen kehittymisen tahaton loppuaika. Ikääntyminen ei ole sairaus vaan yksi organismin kehityksen virstapylväs. (Liivas 2004, 7-8.)

2.2 Ikääntyneen hoitotyö

Kotona asuminen on ikääntyneille tärkeää ja heistä suurin osa haluaa asua kotonaan niin pitkään kuin se suinkin on mahdollista. Kotona asuminen mahdollistaa sen, että ikääntynyt voi olla oma itsensä, toimia kotona omassa rauhassa ja omaan tahtiin suorittaa päivittäisiä askareita. Ikääntyneen kotona asumiseen liittyy myös voimakas kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Kotihoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa ja palvelua, jossa ikääntynyt on suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten palvelujen piirissä. Kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotona tapahtuva sairaanhoito ja terveydenhuollon ehkäisevä työ sekä tukipalvelut. Näistä räätälöidään kullekin ikääntyneelle yksilöllinen, hänen tarpeisiinsa parhaiten vastaava hoito- ja palvelukokonaisuus. (Vuotilainen ym. 2002, 100.)

Tavoitteena on, että ikääntyneet kansalaiset saavat elää, asua ja harrastaa kaikissa vanhuuden ikävaiheissa ja ympäristöissä yhdenvertaisesti muiden kansalaisten kanssa. Kaikilla ikääntyneillä on oikeus ylläpitää omaa elämäntapaansa ja identiteettiä tarkoituksenmukaisen ympäristövuorovaikutuksen kautta. Kaikissa ympäristögerontologisissa lähestymistavoissa korostetaan ikääntyneiden ihmisten oikeutta omaan kotiin ja sinne tarvittaviin muutostöihin sekä julkisen ympäristön esteettömyyteen ja saavutettavuuteen. Lisäksi senioripalvelu- ja laitosasumista on ryhdytty tarkastelemaan moniulotteisemmin kuin vain fyysisinä tiloina tai asumis- ja hoitopaikkoina. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 53.)

Ikääntyneen laadukas hoito ja palvelu voi perustua ainoastaan huolellisesti tehtyyn kokonaistilanteen kartoitukseen, johon tuovat oman osaamisensa kaikki ikääntyneen hoitoon ja palveluun osallistujat. Tämä tulee näkyväksi ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmassa, joka on asiakaslähtöisen hoidon ja palvelun toteutuksen työväline. Sen avulla turvataan asiakkaan hoidon ja palvelun yksilöllisyys ja jatkuvuus sekä yhteen sovitetaan asiakkaan hoito ja palvelu saumattomaksi kokonaisuudeksi. Hoito- ja palvelusuunnitelma on aina kirjallinen ja se laaditaan moniammatillisessa työryhmässä ja yhteistyössä asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaistensa kanssa. Ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelma soveltuu sekä koti- että laitoshoidon. (Vuotilainen ym. 2002, 91–92.)

Tulevaisuudessa entistä heikompikuntoiset asuvat kotona erilaisten palvelujen tuella. Kerrostaloasunnoissa ikääntyneiden asukkaiden suurimpia ongelmia ovat hissien puute, ahtaat ja toimimattomat wc- ja peseytymistilat sekä raskaat ovet ja olemattomat säilytystilat. Myös omakotitaloasumisen esteettömyysratkaisuihin tarvitaan tulevaisuudessa ohjausta, neuvontaa ja korjausrakentamista. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 55.)

Eläminen samassa paikassa eli tutussa kodissa ja tutulla paikkakunnalla antaa ikääntyneelle kokemuksen elämän jatkuvuudesta, vaikka oma fyysinen kunto ja voimavarat heikkenevät. Tunnesiteet ja kognitiiviset taidot pysyvät tutussa ympäristössä yllä ja antavat selviytymisen ja pätevyyden tunnetta, sillä arkitoiminnot onnistuvat helpommin rutiineja sisältävässä ympäristössä. Ympäristö toimii myös ikääntymisen peilinä, josta ikääntyvä huomaa tilanteensa muutokset. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 57.)

3 IKÄNTYNEEN LAITOSHOITO

3.1 Laitoshoito hoitoympäristönä

Näillä näkymin väestön vanheneminen jatkuu vielä pitkään, ja näin ollen myös vanhemmille sukupolville suunnattujen palveluiden osuus kasvaa voimakkaasti lähivuosikymmeninä, koska vakavasti toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien kansalaisten määrä kasvaa (Koskenvuo, K. toim. 2003, 30). Se tuottaa terveyden- ja sosiaalihuollolle lisävaatimuksia. Kaikkia ikääntyneitä ei voida tulevaisuudessakaan hoitaa ainoastaan avohoidossa, vaan tarvitaan myös hyvää laitoshoidoa. Vanhainkodin asukkaiden eliniän pidentyminen, asukkaiden kunto sekä tietämys sairauksista ja hoidoista tuovat ikääntyneiden hoitotyötä tekeväälle hoitohenkilökunnalle haasteita. (Routasalo & Arve toim. 2001, 10.)

Riskejä kotona asumisen päättymiselle ja laitokseen joutumiselle ovat päivittäisissä toiminnoissa lisääntyvä ulkopuolisen avun tarve, yksin asuminen, alhainen tulotaso, sosiaalinen eristäytyminen, asunnon korjauksien ja muutostöiden tarve sekä naapuruston vähentynyt kyky tukea toistensa selviytymistä. Erityisesti liikuntakyvyn ongelmat ovat suuri riski kotona asumisen jatkuvuudelle. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 61.)

lääkkäiden oikeudet itsenäisyyteen, osallistumiseen, itsensä toteuttamiseen, hoitoon ja huolenpitoon sekä arvokkuuteen ovat hyvän laitoshoidon perusta, joka tulisikin suunnitella ja toteuttaa niin, että nämä ikääntyneen ihmisen oikeudet voivat toteutua. Näiden oikeuksien konkretisoituminen laitoshoidossa tarkoittaa muun muassa sitä, että ikääntynyt saa riittävästi tietoa osallistuakseen oman hoitonsa suunnitteluun ja sen arviointiin, valinnan mahdollisuuksia päivittäisten toimintojen yhteydessä, tukea ja rohkaisua oma-toimisuuteen ja apua siinä, mistä hän ei itse selviydy, mielekästä, aikuisen ihmisen minäkuvaa tukevaa toimintaa joka päivä sekä yksityisyyttä turvaavan kohtelun hoitotoimintojen yhteydessä. (Vuotilainen ym. 2002, 115.)

Hyvää hoitoa määriteltäessä on otettava huomioon ikääntyneiden itse määrittämät hyvän laitoshoidon tunnusmerkit. Yhtenä keskeisenä ikääntyneiden esiin tuomana hyvän hoidon tunnusmerkkinä laitoksessa on yksilöllisyys. Ikääntyneet toivovat, että he saavat sellaista apua, jota he tarvitsevat, esimerkiksi wc-käynneillä, ruokailussa tai peseytymisessä, vastakohtana rutiininomaiselle, kaikkien kohdalla samanlaisena toistuvalla

avulle. Ikääntyneet toivovat myös arvostavaa kohtelua ja kunnioitusta elettyä elämää kohtaan. Vanhuuden kehitystehtävään kuuluu se, että ikääntynyt tekee tilipäätöstä elämästään, tarkastelee sitä, mitä hän oli ja mitä hän sai elämässään aikaan. Ikääntyneet toivovat, että hoitava henkilökunta voisi tukea heitä tässä keskusteluin. Tämä on tutkimuksien mukaan erityisen tärkeää ikääntyneille juuri pitkäaikaisessa laitoshoidossa. (Vuotilainen ym. 2002, 116.)

Mustajoen ym. (2001, 54–55, 93) tutkimus tukee Vuotilaisen ym. (2002) ikäihmisten laatuoppaassa esiin tuomia asioita. Ikääntyneille oli merkityksellistä, että hoitohenkilökunta kysyi heidän vointiaan ja oloaan. Ikääntyneille oli tärkeää, että hoitohenkilökunta toteutti tasa-arvon periaatetta antamatta kenellekään erityiskohtelua. Hoitajien pehmeä ja hellä koskettaminen sekä rauhallinen toimiminen tuntuivat ikääntyneistä hyvältä. Hyvää perushoitoa ikääntyneet pitivät tärkeänä. Päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen, kuten ruokailun järjestäminen, peseytymisestä ja hygieniasta sekä pukeutumisesta huolehtiminen, oli henkilökunnan ensisijainen tehtävä. Hoitajien tuli kertoa ikääntyneille niistä toimenpiteistä, mitä he tekivät ja miksi he tekivät niin kuin he tekivät. Myös vanhainkodin tapahtumista tiedottaminen koettiin tärkeäksi.

Laitoksessa asuvan ikääntyneen tavoitteellisen auttamisen perusta on tieto hänen toimintakyvystään ja jäljellä olevista voimavaroistaan. Toimintakykyä tukevan toiminnan järjestämisessä on otettava huomioon ikääntyneiden omat toiveet ja odotukset. Keskeistä toiminnan järjestämisessä on myös aikuisena kohtaaminen niin, että toiminta tukee aikuisen ihmisen minäkuva. Toiminta on mitoitettava oikeantasoisesti, sillä oikein mitoitettu apu ja mahdollisuus toimia kiireettömässä ilmapiirissä luovat ikääntyneelle mahdollisuuden suoriutua päivittäistoiminnoista niin itsenäisesti kuin se vain on mahdollista. (Vuotilainen ym. 2002, 117.)

3.2 Laitoshoito Virossa

Ympäri vuorokautista hoitoa ja huolenpitoa varten on Virossa olemassa yleiset hoitokodit, missä on asiakkaina ihmiset, jotka erikoistarpeiden tai sosiaalisen tilanteen takia eivät ole kykeneviä itsenäiseen asumiseen sekä he, kenen toimeentuloa ei voida taata muiden sosiaalipalveluiden tai muun avun kautta. Vuonna 2007 toimii Virossa 118 ikääntyneille palveluita tarjoavaa hoitolaitosta, joissa asuu vuorokauden ympäri 4970 ihmistä (vuoden 2007 selvityksen mukaan). Yleisten hoitokotien toiminnan laajuus,

tarjottavien palveluiden kustannukset sekä laitoksen näkyvyys ovat erilaiset. Tällä hetkellä on liki 72 % eli 81 laitosta kaikista hoitokodeista paikallisen hallinnon hallinnassa, mutta yhä enemmän syntyy yksityisyrityksille ja hallituksen ulkopuolisille organisaatioille kuuluvia hoitolaitoksia. (Viron sosiaaliministeriö.)

Paikkojen määrä suurimmassa osassa laitoksia on alle 30, joka on noin 71 % kaikista hoitokodeista. 27 % (30 laitosta) on enemmän kuin 40-paikkaisia. Isoimmat hoitokodit majoittavat 385 ja pienimmät vähemmän kuin 10 asiakasta. Yhden hoitolaitoksessa asuvan paikkamaksu vaihtelee keskimäärin 5500–8000 kruunun (353,24€ - 513,81€) välillä. Halvin hoitopaikka oli 4000 kruunua (256,90€) ja kallein 12 000 kruunua (770,71€) 1.tammikuuta 2008. (Viron sosiaaliministeriö.)

Virossa toteutettu valtiollisten hoitolaitosten arviointi projekti toi ilmi, että hoitolaitokset sijaitsevat suurimmalta osalta vanhoissa kartanoissa, joiden tekninen kunto on tosi huono. Suurin osa huoneista (myös rakennuksista) ei vastaa erikoistarpeisen ihmisen tarpeisiin – on mahdotonta päästä huoneisiin pyörätuolilla, puuttuvat hissit ja kulkuväylät pyörätuoleille. Uudelleen suunnittelu ja saneeraus ovat kalliita ja ei anna aina toivottua lopputulosta. Monissa huoneissa että rakennuksissa ei ole luvattu tehdä muutoksia koska vanhat kartanorakennukset ovat kansallisaarteita ja arkkitehtuurisen suojelun kohteita. (Rosenstein 2000.)

Monissa hoitolaitoksissa on yhtä asukasta kohden liian vähän asumispintaa – ylikansoitus on suuri. Keskimääräinen pinta-ala yhtä asukasta kohden oli 15,5 m², joka ei kerro kuitenkaan totuutta, koska hyvin suuren osan siitä muodostavat käytävät sekä muut yleiskäytettävät tilat. Pinta-ala vaihteli 2,9 m²-stä 42 m²-iin. Elämän perusedellytykset – puhtaus, peseytymismahdollisuudet, ruokailu – on enimmäkseen olemassa. Asumisolot ovat tyydyttäviä, mutta eivät vastaa nykyajan vaatimuksille. Yksityisyys, yksityinen asuminen (oma huone) sekä asumisolojen kodikkuus puuttuvat monista laitoksista. Esimerkiksi puuttuvat ovista asukkaiden nimet, ei koputeta eikä kysytä lupaa huoneeseen astumiseen sekä asukkailla on vähän omia kodikkaita tavaroita. Kaikissa hoitolaitoksissa on saatavilla lääketieteellinen apu, mutta sielunhoito, psykologinen palvelu sekä kuntoutustoiminta usein puuttuvat tai ovat huonosti kehittyneet. (Rosenstein 2000.)

Rosensteinin (2000) tutkimuksesta selvisi, että hoitolaitoksissa on keskimäärin kahta asukasta kohden yksi työntekijä. Työntekijöistä suurin osa oli 40–50 vuotiaita ja seu-

raavaksi suurin ikäryhmä oli 50–60 vuotiaita. Noin 80 % työntekijöistä on naisia. Eniten on lukiopohjaisia työntekijöitä. Suhteellisen alhaiset palkat eivät mahdollista palkata korkeasti koulutettua työvoimaa. Monilla hoitolaitoksilla on ongelmana laitoksen turvallisuus. Vähäiset ovat vakuutettuja, joka olisi ehdottoman tärkeä. Pelastustekniikka on huono sekä onnettomuuden sattuessa siitä ei riitä pelastustoimiin. Suuresta osasta laitoksia puuttuvat myös hälytysjärjestelmät, joiden välityksellä hoitolaitokset pystyisivät hälyttämään lisääpua. Yötunteina on henkilökuntaa vähän eikä aina ole mahdollisuutta taata turvallisuutta. Asukkaat on sijoitettu laitoksessa henkilökunnan tarpeiden eikä turvallisuusvaatimuksien mukaan. Niin on usein vuodepotilaat ylimmässä kerroksessa ja itsenäiseen liikkumiseen kykenevät ensimmäisessä kerroksessa. Asukkailta puuttuu myös usein soittokellomahdollisuus, jonka korvaa usein samaan huoneeseen sijoitettu hyväkuntoisempi asukas.

Verraten aikaisempaan on kuitenkin parannusta tapahtunut – kaikki pyrkii ihmiskeskisemmän yhteiskunnan puoleen ja ymmärtävät, että hoitolaitoksen asukkaat ei ole hyödynnettäviä vaan asiakkaita, joita täytyy kohdella arvokkaasti sekä ketkä antavat henkilökunnalle työtä ja leipä. Selvisi myös, että kaikki laitokset toimivat omin päin ja laitosten yhteistyö on minimaalinen. (Rosenstein 2000.)

Mustajoen ym. (2001, 97–98) tutkimuksessa tuli esiin, että hyvään fyysiseen hoitoympäristöön kuuluivat asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä vanhainkodin yhteiset tilat, niiden sisustus, viihtyisyys, kodinomaisuus, fyysinen turvallisuus ja yksityisyys. Lämpö, siisteys ja raittiin ilman saanti, luonnonläheisyys sekä mahdollisuus nähdä ulos ikkunasta olivat asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä vanhainkodin viihtyisyyttä luovia tekijöitä. Kodinomaisuutta vanhainkotiin toivat asukkaan tyylinen sisustus huoneessa, omat tavarat, isot ikkunat, joista näki ulos, pieni asukaryhmä, sopivat äänet ja lämminhenkisyys. Asukkaiden omien vaatteiden käyttäminen ja oman päivärytmin luominen sekä vapaat vierailuajat olivat omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä osa vanhainkodin kodinomaisuutta.

3.3 Kuntouttava hoitotyö laitoshoidossa

Kuntouttava toiminta on erilaisista tavoista koostuva erilainen toiminta tai prosessi ihmisen osaamisen ja kykyjen sekä tukijärjestelmien kehittämiseksi. Kuntoutuksen tavoitteena on ihmisen toimeentulon parantaminen ja ylimääräisen avun tai tukien tarpeen

vähentäminen. Ikääntyneen kuntouttamisen tavoite on pitää yllä iäkkäiden mahdollisimman korkeaa fyysistä, hengistä, koulutuksellista, psyykkistä ja/tai sosiaalista toimintatasoa, mahdollistaen heille niin itsenäisyyttä kuin myös parempaa toimeentuloa. lääkärin terveydellisen tilan, kuntoutuksen tai avun tarpeen määrittelee hänen perhelääkäri, paikallisen hallinnon sosiaalityöntekijä, geriatrinen miehistö tai kuntoutuslaitoksen moniammatillinen työryhmä. (Viron sosiaaliministeriö.)

Kuntoutus kokoaa auttamisen keinot laitoshoidossa. Kuntoutus on ihmisen ja ympäristön muutosprosessi, jonka tavoitteena on toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen eli parempi elämänhallinta. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä päivittäisistä perustoiminnoista ja arkirutiineista. Taustatietojen varassa aletaan selvittää ongelmia ja määrittää hoitotyön tarpeita. Tunnistetut ongelmat priorisoidaan, asetetaan tavoitteet hoidolle, valitaan keinot tavoitteisiin pääsemiseksi ja seurataan hoitotyön toteutusta esimerkiksi kirjaamisen avulla sekä arvioidaan valittujen auttamismenetelmien soveltuvuutta. (Winblad & Heimonen 2004, 76, 79).

Ikääntynytkin voi olla kuntoutuja, jonka toimintakyky on heikentynyt muusta kuin ikääntymiseen liittyvistä yleisistä syistä. Kuntoutus on tavoitteellinen prosessi, jossa korostuu kuntoutuksen ammattilaisten erityisosaaminen. (Vuotilainen ym. 2002, 43.) Ammatillisen etiikan noudattaminen, asiakkaan kunnioittaminen ja kuuleminen sekä arvostaminen ja välittäminen ovat hoidon laadun tunnusmerkkejä käytännön hoitotyössä. (Winblad & Heimonen 2004, 77). Toimintakykyä ylläpitävä hoitotyö edellyttää laajaa toimintakykykartoitusta, selkeitä ja mitattavissa olevia hoitotyön tavoitteita, hoitajien sitoutumista toimimaan tavoitteiden suuntaisesti sekä jatkuvaa hoitajien oman toiminnan ja henkilön toimintakyvyn arviointia. (Routasalo 2004, 86.)

Kuntoutuksen yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa selviytymiseen on sairauden tai muun syyn vuoksi uhattuna tai heikentynyt. Kuntoutus perustuu kuntoutujan ja kuntoutustyöntekijän yhteistyössä laatimaan suunnitelmaan, sen tavoitteellisuuteen ja jatkuvaan prosessin arviointiin. Kuntoutukseen kuuluu yksilön voimavaroja, toimintakykyisyyttä ja elämänhallinnan tunnetta lisääviä sekä toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. Kuntoutus voi perustua sekä yksilö- että ryhmäkohtaiseen työskentelymalliin, ja siinä voidaan käyttää apuna lähiyhteisöjen sosiaalisia verkostoja. (Vuotilainen ym. 2002, 44.)

Asiakkaan ollessa laitoshoidossa, hoitotyöntekijät ovat hänen luonaan 24 tuntia vuorokaudessa. He arvioivat ikääntyneen itsensä näkemystä omasta toimintakyvystään ja sitoutumisestaan sen edistämiseen. He näkevät asiakkaan toimintakyvyn sekä siinä tapahtuvat muutokset konkreettisesti todellisissa arjen tilanteissa. Kuntouttava työote on kaikkien ikääntyneiden parissa työtä tekevien yhteinen haaste. Se on tapa tehdä arjen työtä. Kuntouttavan työotteen on ikääntyneen ja työntekijän yhdessä toimiminen arjessa. Asiakas käyttää omia voimavarojaan työntekijän avustaessa häntä vain tarvittaessa. Lähtökohtana on asiakkaan oma kokemus voimavarojensa ja kykyjensä riittävyydestä sekä avun tarpeestaan. (Vuotilainen ym. 2002, 43–44.)

Kuntouttava työote näkyy tavassa kohdata asiakas: miten hoito- ja muut työntekijät auttavat asiakasta päivittäisissä toimissa, peseytymisessä, ruokailussa, wc-käynneillä, miten ehkäistään komplikaatioiden syntymistä, miten annetaan tietoa, ohjataan ja motivoidaan asiakasta toimimaan itse. Työote edellyttää hoitavan henkilökunnan omien asenteiden tunnistamista, hyvää ammatillista tietoperustaa ja taitoa toimia ikääntyneen kanssa. Taito kehittyy kokemuksen kautta, mutta tiedon vahvistaminen vaatii jatkuvaa opiskelua. Kuntouttavan työotteen suunnitelmallinen toteutus ja tavoitteiden saavuttamisen arviointi edellyttävät myös jatkuvaa ja järjestelmällistä kirjaamista. (Vuotilainen ym. 2002, 45.)

Henkilökunta on laadukkaan kuntouttavan hoidon toteuttamisen tärkein ja olennaisin voimavara. Tärkeä hoidon laatuun vaikuttava tekijä on henkilöstön osaaminen ja koulutus. Henkilöstömitoitusta arvioitaessa on otettava huomioon yksikössä hoidettavina olevien ihmisten hoidon vaativuus. Suurena ongelmana hoitotyössä on koettu kiire, johon voidaan vaikuttaa riittävällä henkilöstöresursseilla ja työjärjestelyillä. (Winblad & Heimonen 2004, 82). Laadukas hoitotyö edellyttää, että hoitajat päivittävät tietojaan, reflektioivat uutta tietoa hoitotyön todellisuuteen ja ovat valmiita kehittämään omaa toimintaansa. Hoitotyössä tehtävät päätökset pitää pystyä perustelemaan ja perustelujen tulee pohjautua tietoon, oltava näyttöön perustuvia. (Routasalo 2004, 89.)

Hoitopaikassa on määritettävä kuntouttava työote yhteisenä periaatteena, johon kaikki sitoutuvat. Sovitaan, mitä kuntouttava työote omassa työyhteisössä käytännössä tarkoittaa ja miten sen halutaan näkyvän arkipäivän toiminnoissa. Lisäksi kuntouttavan työotteen toteuttaminen yksittäisten asiakkaiden kohdalla on määriteltävä hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Winblad & Heimonen 2004, 81.)

Toimintakykyä ylläpitävä työote on sairastuneen tukemista, ohjaamista ja auttamista hänen osaamisensa ja ymmärryksensä tasolla. Hoitaja ei määrittele toimintaansa omista lähtökohdistaan, vaan sairastuneen jäljellä olevista voimavaroista. Ammattitaitoinen hoitaja ei toimi hoitajakeskeisesti, vaan hän yrittää kaikessa tukea sairastuneen omaa toimintaa ja sen ylläpysymistä. Tämä edellyttää tietoa sairastuneen tavoista, tottumuksista ja jäljellä olevista voimavaroista sekä tiivistä yhteistyötä omaisten kanssa. Myös empaattisuutta, aitoa välittämistä sairastuneesta. (Routasalo 2004, 92–93.)

Omien, tuttujen esineidensä avulla ikääntynyt voi vaalia omaa, ainutlaatuista persoonallisuuttaan, omia tapojaan ja tottumuksiaan, jotka kuuluvat hänen arkielämäänsä. Ne yhdistävät menneen ajan nykyisyyteen ja mahdollistavat näin aiempien elämänvaiheiden muistelun ja läpikäymisen. Ne auttavat myös ikääntynyttä selviytymään päivittäisistä perustoiminnoista ja tuovat onnistumisen kokemuksia. Ikääntyneet pitivät liikkumis- ja siirtymisapuvälineitä erittäin tärkeinä, jopa arkielämän selviytymisen ehtoina. Heille oli merkityksellistä, että liikkuminen ja siirtyminen onnistuivat itsenäisesti ja tämän apuvälineet mahdollistivat, mutta ne viestivät myös kuulumista ikääntyneiden ryhmään. (Vaininen ym. 2001, 24-25.)

Ikääntyneiden kuntoutuksella pyritään tukemaan itsenäistä elämää ja ylläpitämään liikuntakykyä. Kun itsenäisyys ja liikuntakyky turvataan, ikääntynyt voi elää mahdollisimman täysipainoista elämää. Ikääntyneille suunnattu laituskuntoutus voi olla mielihyvää tuottava kokemus, koska ikääntynyt voi tavata samassa elämäntilanteessa olevia ja vaihtaa kokemuksia heidän kanssaan. (Ollonqvist 2005, 42-43.)

3.4 Ihmissuhteet ja ilmapiiri laitoshoidossa

Ihminen tarvitsee toisia ihmisiä, läheisyyttä ja yhteisöllisyyttä. Ihmissuhteet ovat tärkeitä yksilön normaalille kehitykselle, terveyden ylläpitämiselle ja sairauksista selviytymiselle. Vuorovaikutussuhteidensa kautta ikääntynyt ihminen voi vaikuttaa ympäristöönsä ja ottaa ympäristöstä vaikutteita. Sosiaalisen verkoston tulisi täyttää yksilön tarpeet ja odotukset. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 70.) Paukkalan (2004, 11) tutkimuksessa laitoksessa elävät iäkkäät potilaat ovat kuvanneet elämänlaatunsa liittyviksi tärkeiksi tekijöiksi esimerkiksi yhteydenpidon perheeseen ja ystäviin, hyvinvoinnin ja omat tavarat.

Arvojen ja kiinnostuksen kohteiden jakaminen ja yhteinen toiminta vertaisten kanssa tyydyttävät yhteenkuuluvuuden tarvetta. Ikääntyneen sama arvostus on tärkeä hyvinvoinnin kannalta. Erilaisilla vuorovaikutussuhteilla, kuten suhteilla puolisoon, lapsiin, muihin sukulaisiin ja ystäviin, saattaa olla erilaisia merkityksiä iäkkäille. Nämä merkitykset voivat vaihdella eri tilanteissa ja elämän eri vaiheissa. Sosiaalisen verkoston kokoon ja rakenteeseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, siviilisääty, sosiaalinen asema, taloudellinen tila, koulutus, kulttuuri ja persoonalliset tekijät. Ikääntyneiden ihmisten verkoston koon on todettu olevan keskimäärin 5-7 henkeä. Ikääntyneet menettävät ikäisiään ystäviä, mutta perheenjäsenten määrä saattaa lisääntyä. Ihmissuhteiden menetyksiä korvataan usein uusilla ihmissuhteilla, tai ihmissuhteet saavat uusia merkityksiä. Koulutus ja hyvä sosiaalinen asema auttavat luomaan sosiaalisia suhteita ja ylläpitämään niitä. Ulospäin suuntautuneella ihmisellä on todennäköisemmin laajempi sosiaalinen verkosto kuin sisäänpäin suuntautuneella ihmisellä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 71.)

Mitä monipuolisempi sosiaalinen verkosto on, sitä todennäköisemmin ikääntyneellä on toimivia suhteita, mahdollisuus saada tukea ja sitä kautta terveyshyötyjä. Sosiaalinen verkosto ja sosiaaliset suhteet voivat edistää terveyttä ja suojata riskeiltä, mutta vaikuttaa myös sairastumiseen ja sairauden kestoon. Hyviksi koetut sosiaaliset suhteet auttavat selviytymään erilaisista ikääntymiseen liittyvistä menetyksistä ja sopeutumaan sairauksiin ja toimintakyvyn heikkenemiseen. Toimiva sosiaalinen verkosto edistää sekä psyykkistä että fyysistä terveyttä ja alentaa kuolemanriskiä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 72.)

Ikääntymisen aiheuttamat muutokset terveydessä ja toimintakyvyssä saattavat muuttaa ihmisen aktiivisuutta sosiaalisissa suhteissa. Sosiaalisella verkostolla on myös yhteys masentumiseen ja itsemurhiin. Huono verkosto ja sosiaalisen tuen puuttuminen voivat johtaa masennukseen, ja masennus voi vaikuttaa vuorovaikutussuhteisiin. Jos ihmissuhteet ovat ongelmallisia ja tukea antavia suhteita on niukalti, ikääntyneet kokevat enemmän sairauden oireita. Ystävien ja sukulaisten puuttuminen voi olla syynä sairaalahoitoon joutumiseen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 73.)

Ikääntyneet arvioivat usein tuen ja avun saannin todellista suuremmaksi. Tähän saattaa vaikuttaa halu antaa myönteinen kuva itsestään. Myös yksilön persoonallisuus vaikuttaa siihen, miten halukas ihminen on pyytämään apua toisilta. Useimmat ikäänty-

neet eivät halua olla taakkana sukulaisilleen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 82.)

Luotettu ystävä on tärkeä ikääntyneen emotionaalisen hyvinvoinnin ja itsearvostuksen kannalta. Iäkkäät kokevat ystäväsuhteet emotionaalisesti tyydyttäväiksi, koska ne ovat vapaaehtoisia ja mahdollistavat vastavuoroisuuden, itsenäisyyden ja kumppanuuden. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 83.)

Rosensteinin (2000) tutkimuksen mukaan voi ikääntyneiden suhteet ymmärtää kahdella tavalla: suhteet omaisiin sekä suhteet hoitolaitoksiin ja henkilökuntaan. Riippuen ikääntyneestä se on erilaista. Joillakin on suhteet oikein hyvällä tasolla, esimerkiksi heillä on suhteet henkilökuntaan, hoitolaitoksiin sekä omaisiin. Joillakin taas puuttuvat omaiset sekä ei kyetä tulemaan toimeen kaikkien hoitolaitosten kanssa. Toisaalta ikääntyneet pitävät yhtä. Resurssit sekä mahdollisuudet ovat niin ikääntyneiden että hoitolaitoksien huolen aiheita. Laitoksien tulisi tarjota työn sekä itsensä kehittämisen mahdollisuuksia kuin myös viihteellisiä mahdollisuuksia. Ikääntyneet tulisi nähdä ensisijaisesti aktiivisina osallistujina ja itsestään vastuussa olevina. Ikääntyneiden välisen kommunikaation pitäisi olla aktiivinen ja heidän mielipiteet ja arvostukset tulisi antaa selkeästi eteenpäin hoitolaitoksille ja sitä kautta asukkaat itsekkin osallistuisivat laitoksen toimintaan.

Laitosympäristöön kotiutumisessa tarvitaan asukkaan ja henkilökunnan yhteistoimintaa: ympäristömahdollisuuksia ja toimintatapojen arviointia, kokeilua ja soveltamista, keskustelua ja kuuntelemista sekä ohjeiden antamista ja vastaanottamista (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 6). Vainisen ym. (2001, 23) tutkimus toi esille ikääntyneiden yksilöllisyyden lähiympäristön ja esineiden kokemisessa. Esineiden kautta ikääntyneet kertoivat elämäkokemuksistaan. He tekivät niiden avulla matkoja tiettyyn aikaan, alueeseen ja sosiaalisiin verkostoihinsa. Omien tuttujen esineiden avulla ikääntynyt pystyy kiinnittymään uuteen asuinympäristöönsä ja rajamaan itselleen tärkeää, omaa aluettaan laitosympäristössä.

Paukkalan (2004, 11) lainaamien tutkijoiden mukaan autonomia, tiedon saanti ja päätöksentekoon osallistuminen on iäkkäille potilaille tärkeää. Autonomian loukkaus oli silti yksi eniten koetuista eettisistä ongelmista vanhustyössä. Iäkkäiden vaikuttamismahdollisuudet ja mahdollisuudet osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon näyttivät laitoshoidossa vähäisiltä. Tietoa saadaan, mutta se vaatii omaa aktiivisuutta. Laitos-

hoidossa olevat iäkkäät potilaat ovat kokeneet, että yksityisyyttä ei aina kunnioiteta hoitotilanteissa ja laitoshoidossa esiintyy myös ikääntyneiden kaltoin kohtelua.

Fyysiseen turvallisuuteen kuuluivat apuvälineet, soittokello, ovien lukossa pitäminen ja avun saanti 24 tuntia vuorokaudessa. Oma huone, oveen koputtaminen ja omien asioiden tekeminen rauhassa kuuluivat yksityisyyteen. Hyvään psyykkis-sosiaaliseen hoitoympäristöön kuuluivat henkinen turvallisuus, ilmapiiri, yhdessäolo, omaiset ja vanhainkodin toiminta sekä tapahtumat. Hoitajien tuttuus, läsnäolo ja tuki sekä huonetoverin seura lisäsivät henkistä turvallisuutta. Asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä hoitajien hyvä yhteishenki ja keskinäiset suhteet vaikuttivat vanhainkodin ilmapiiriin. (Mustajoki ym. 2001, 98–99.)

Useasti ikääntyneet eivät kuitenkaan uskalla häiritä hoitajia ja pyytää hoitajia keskustelemaan heitä askarruttavista asioista, koska hoitajat vaikuttavat kiireisiltä. Ihmisläheisyys, rehellisyys, avoimuus ja turvallisuus olivat asukkaiden, omaisten ja hoitohenkilökunnan mielestä hyvän vuorovaikutussuhteen edellytyksiä. Tällöin asukkailla oli rohkeutta puhua asioistaan ja hoitaja näytti läsnäolollaan välittävän asukkaasta. (Mustajoki ym. 2001, 91, 94.)

Ikääntyneet vaistosivat hoitajan käyttäytymisestä ja luonteesta sen, oliko tämä luottamuksen arvoinen. Luottamusta lisäsi se, että hoitohenkilökunta hoiti sovitut asiat ja kertoi rehellisesti niistä. Hyvässä vuorovaikutussuhteessa ikääntyneillä oli rohkeutta puhua hoitohenkilökunnalle omista asioistaan ja hoitohenkilökunta oli osanottavainen ja kiinnostunut ikääntyneen asioista. Ikääntyneet kertoivat mielellään asioistaan hoitajalle, mutta he halusivat myös, että asiat pysyivät kahdenkeskeisinä eikä niitä kerrottu eteenpäin. Ikääntyneen ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa oli tärkeää se, että iästä kohdeltiin ihmisenä. (Mustajoki ym. 2001, 57, 94.)

Ihmiseen suuntautuneina toimintoina asukkaat, omaiset ja hoitohenkilökunta pitivät keskustelemista, yksilöllisyyttä, koskettamista, tasa-arvoisuutta ja omaisten huomioon ottamista. Koskettamista, kuten helliä käsiä ja pehmeää otetta sekä rauhallisuutta, asukkaat, omaiset ja hoitohenkilökunta pitivät merkittävänä ihmiseen suuntautuneena toimintona. Koskettaminen toi asukkaille läheisyyden ja turvallisuuden tunteen. Asukkaat ja omaiset pitivät siitä, että tasa-arvoisuuden toteutuessa asukkaat kokivat, että he kaikki ovat yhtä arvokkaita ja tärkeitä. Asukkaiden ja omaisten mielestä hoitohenkilökunnan tuli asennoitua myönteisesti omaisiin ja toivottaa nämä tervetulleiksi vanhainko-

tiin vierailuille. (Mustajoki ym. 2001, 93.) Jos omaiset kokevat, että he ovat tervetulleita laitokseen ja heidät otetaan mukaan jo läheisen hoidon suunnitteluun, heidän syyllisyyttään ja pelkoaan voidaan helpottaa ja heistä saadaan yhteistyökumppaneita sairaustuneen hoidossa (Routasalo 2004, 90).

Kun ikääntynyt tarvitse apua, hän kohtaa tilanteita, joissa välitetään sosiaalista tukea. Saatu tuki vaikuttaa positiivisesti hänen sosiaaliseen, psyykkiseen tai fyysiseen hyvinvointiinsa. Ikääntynyt voi saada sosiaalista tukea sosiaaliselta verkostolta, joka muodostuu osasta hänen vuorovaikutussuhteitaan. Pelkkä verkoston olemassaolo ei johda automaattisesti hyvinvoinnin lisääntymiseen, vaan siihen liittyvät myös ikääntyneen kokemus siitä, että hän saa verkostoltaan tukea ja että tukea välitetään myönteisessä ilmapiirissä. Avun tarpeen ilmaantumisen jälkeen saatu riittävä apu lisää ikääntyneen kokemusta selviytymisestä. Mikäli ikääntynyt ei luota mahdollisuuteensa saada apua tai hän ei saa tarvitsemaansa apua, hän kokee selviytymisensä uhatuksi. (Ollonqvist, K. 2005, 42.)

3.5 Ikääntyneen toiminnan mahdollisuudet laitoshoidossa

Terveyden ja toimintakyvyn muutokset vaikuttavat monella tavalla ikääntyneiden ihmisten vapaa-ajan toimintoihin ja harrastusten jatkamiseen niin kotiympäristössä kuin kodin ulkopuolella. Parhaimmillaan vapaa-ajassa toteutuvat ihmisen yksilölliset mahdollisuudet ja minuuus. Kun harrastaja sitoutuu pitkäkestoisesti samaan toimintaan, hän kehittyy ja löytää uusia kokemuksia ja omaa potentiaaliaan. Koska vapaa-ajan toiminnot ovat kulttuurisesti ja yhteiskunnallisesti opittuja, tämän oppimisen kautta syntyy jokaiselle harrastajalle oma sisäinen hierarkiansa hänelle itselleen sopivista toiminnoista. Ikääntyneen sisäisen hierarkian tunteminen auttaa selvittämään juuri hänelle merkitykselliset harrastukset ja ymmärtämään, miksi hän haluaa tai ei halua osallistua tiettyihin toimintoihin. Harrastustoiminnoista halutaan saada mielihyvää eikä vain jatkuvasti oppia uutta ja kohdata haasteita. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 88, 91.)

Ikääntynyt käyttää toimintakykyään erilaisiin harrastustoimintoihin henkilökohtaisten motiiviansa, tavoitteidensa ja yksilöllisten merkitystensä mukaan. Kun sairaudet, vammat ja ikääntyminen heikentävät toimintakykyä esimerkiksi fyysisen kestokyvyn laskiessa, kognitiivisten toimintojen hidastuessa tai aistitoimintojen muuttuessa, ihminen joutuu pohtimaan, mitkä aikaisemmat harrastukset eivät enää tarjoa sitä haastetta tai

merkitystä kuin aikaisemmin. Ihminen valikoi harrastuksiaan suhteessa muihin arjen tarpeisiinsa, kompensoi niitä muilla harrastustoiminnoilla tai sopeutuu tilanteeseensa luopumalla harrastuksista kokonaan. Terveiden ja toimintakyvyn muuttuessa ikääntynyt luopuu useimmiten ensimmäiseksi harrastus- ja vapaa-ajan toiminnoistaan selviytyäkseen muista arjen välttämättömistä toiminnoista, kuten asioimisesta, kodinhoidosta ja itsestä huolehtimisesta. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 97.)

Erilaiset harrastukset ylläpitävät kognitiivista toimintakykyä. Harrastusten vaikutus toimintakykyyn vaihtelee sen mukaan, opetteleeko yksilö uusia harrastuksia tai taitoja ja missä määrin yksittäinen harrastus vaatii erilaisia tiedonkäsittelytoimintoja. Omaa aktiivisuutta edellyttävät luovat taiteharrastukset, kuten musiikki, kirjoittaminen ja maalaaminen, sekä elämyksiä tuottavat harrastukset, kuten elokuvat, teatteri, konsertit, museokäynnit ja kirjallisuus, kehittävät luovuutta ja ongelmaratkaisutaitoja ja pitävät yllä erilaisten asioiden tuntemusta. Myös käden taitoja kehittävät harrastukset, kuten metalli-, savi-, puu- ja neuletyöt ovat hyviä kognitiivisen toimintakyvyn kannalta, koska sisältävät kaiken työn suunnittelusta sen toteutukseen ja lopputuloksen arviointiin. Muita merkittäviä harrastuksia ovat esimerkiksi shakki sekä sanaristikoiden ja sudokujen ratkominen. Niissä vaaditaan luovaa ongelmanratkaisua. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 123.)

Yli 85-vuotiailla ihmisillä vapaa-ajan harrastukset näyttäisivät olevan keskeisimpiä elämäntyytyväisyyden osatekijöitä kuin perustoiminnoissa selviytyminen. Heillä on oikeus olla aktiivisia harrastajia ja sosiaalisia toimijoita elämänsä kaikissa vaiheissa sairauksistaan ja toimintakyvyn rajoituksistaan huolimatta. Vapaa-ajan harrastusten terveyttä edistävät ja voimaannuttavat mekanismit vaikuttavat jo varhaisessa aikuisiässä ja jatkuvat eläkeläisyyden eri vaiheisiin, koska vapaa-ajan pitkäkestoisiin toimintoihin ja elinikäisiin merkityksellisiin harrastuksiin sitoudutaan viimeistään varhaisessa aikuisiässä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 99.)

Hyvin iäkkäät arvottavat arjen toimintojaan sen mukaan, miten paljon he kokevat saavansa olla mukana tekemässä, osallistumassa ja viihtymässä erilaisissa toiminnoissa, eivätkä vain kokea osaamattomuutta ja kykenemättömyyttä tai tunnetta, että elämä ei ole enää heidän omassa kontrollissaan. He haluavat haasteita, kokeilla rajojaan ja oppia uutta sekä saada erilaisista toiminnoista jäsenystä päivään ja viikkoon. Arjen mielekkyys ei synny vain perustoiminnoista selviytymisestä, vaan vaihtelevista ja kokemuksellisista tapahtumista. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 99.)

Harrastustoiminnot tulee mahdollistaa myös niille ikääntyneille, jotka elävät palvelutaloissa, pienkodeissa ja pitkäkestoisessa laitoshoidossa. Pelkästään ulkopuolisen avun, hoivan ja hoidon sekä arkirutiinien odottaminen on laitossympäristössä asuvalle heikkokuntoiselle ikääntyneelle hänen elämäänsä kapeuttava. Pienikin osallistuminen ja autonomisuuden tunne esimerkiksi virkistys- ja harrastustoimintana laajentaa kuvaa itsestä toimijana ja antaa mahdollisuuden kokea autonomisuutta. Vaikka ikääntyneen terveydentila ja toimintakyky heikkenevät, on hänellä harrastuksiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyviä taitoja ja päivittäisiä tarpeita, esimerkiksi hengellinen toiminta, käsityöt ja lukeminen. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 108.)

Virossa tehty selvitys valtiollisten hoitolaitosten oloista (Rosenstein 2000) osoitti, että ongelmaksi on hoitolaitoksien asukkaiden vapa-ajan vietto – asukkaat viettää aikaa tekemättä mitään. Kaikissa hoitolaitoksissa ei ole mahdollisuuksia työskentelyyn. Usein asukkaiden päivät kuluvat vanhainkodissa odotellen ja leväten, jolloin päivittäisiin toimintoihin osallistuminen toisi heille virikkeitä ja sisältöä päivään toteavat myös Mustajoki ym. (2001, 102) tutkimuksessaan. Päivittäisten töiden tekemisen, lehden lukemisen, käsityöt, musiikin kuuntelemisen, ulkoilemisen ja liikuntahetket sekä tietokilpailut asukkaat, omaiset ja hoitohenkilökunta kokivat merkittäviksi vanhainkodin toiminnoiksi. Vanhainkodin tapahtumat, kuten lasten esitykset, hartaus- ja lauluhetket ja juhlatilaisuudet sekä vanhainkodin ulkopuolelle tapahtuvat matkat toivat asukkaille sisältöä ja mielekkyyttä elämään. Asukkaiden ja omaisten mielestä omaisten vieraileminen, asukkaiden tarpeiden huomioon ottaminen sekä kaupparetkille ja kotiin vierailulle vieminen olivat omaisten keskeisiä tehtäviä. (Mustajoki ym. 2001, 98–101.)

Virolaiset ovat kulttuuria rakastavaa kansaa, mutta nykyään tämä ei ole kaikille saavutettavissa ja aiheuttaa näin ihmisissä tyytymättömyyttä. Ikääntyneet kaipaavat kulttuuri-tapahtumia osallistumismahdollisuuksien puuttumisen takia, jotka ei ole heille rahallisesti mahdollisia. Tutkimuksen tuloksena, ikääntyneet pitävät hyvin tärkeänä arvostuksen merkinä heidän syntymäpäivien viettoa ja tervehdyksien lähettämistä radion välityksellä. (Medar & Tamberg 2001.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OPINNÄYTETYÖN KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ikääntyneiden kokemuksia pitkäaikaisesta laitoshoidosta. Tähän tavoitteeseen pyritään opinnäytetyön kysymyksin:

1. Minkälaiseksi ikääntyneet kokevat toimintakykynsä pitkäaikaisessa laitoshoidossa?
2. Minkälaiseksi ikääntyneet kokevat ympäristön ja ihmissuhteet pitkäaikaisessa laitoshoidossa?
3. Minkälaiseksi ikääntyneet kokevat omat toiminnan mahdollisuudet pitkäaikaisessa laitoshoidossa?

5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Opinnäytetyön menetelmän kuvaus

Opinnäytetyöni on tutkielmatyyppinen kvalitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyöni toteutin Udernan hoivakodissa Virossa. Opinnäytetyön aineistonkeruun menetelmäksi valitsin teemahaastattelun. Aineiston keräsin haastattelemalla viittä hoitokodin asukasta. Haastattelun valitsin sen takia, että mielestäni haastattelemalla saadaan opinnäytetyöhön enemmän syvyyttä ja todennäköinen otos tulisi olemaan pieni. Haastattelu antaa myös mahdollisuuden tehdä tarkentavia kysymyksiä sekä kysyä laadullisia, kokemuksellisia asioita, joita muuten on vaikea kuvailla sanoin tai numeroin. Kyselylomake olisi ollut mielenkiintoista laatia, mutta siihen ehkä olisi vastattu vähän yliolkaisesti. Kyselylomakkeeseen olisi ikääntyneellä ehkä ollut vaikeampi vastata mahdollisesti alentuneen toimintakyvyn vuoksi.

Teemahaastattelussa eli puolistrukturoidussa haastattelussa yksi haastattelun aspekti, haastattelun aihepiirit, teema-alueet, on kaikille haastateltaville sama. Haastattelu siis etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa, joka vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Haastateltavat voivat vastata omin sanoin. Teemahaastattelu ottaa huomioon sen, että ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 47–48.) Olivatpa haastateltut kuinka strukturoituja ja suunniteltuja tahansa tai sitten avoimia, ne ovat aina vuoro-

vaikutustilanteita, joissa haastattelija ja haastateltava toimivat suhteessa toisiinsa, ja kaikki haastatteluaineisto on osallistujien välisessä vuorovaikutuksessa tuotettua verbaalista materiaalia, toteavat Ruusuvuori ja Tiittula (2005, 29).

Vuorovaikutusta voidaan pyrkiä minimoimaan tai pitämään kontrollissa, koska sen ajatellaan vaikuttavan kielteisesti kerättävien tietojen luotettavuuteen. Neutraalius voi olla perusteltu pyrkimys, mutta haastattelu on vuorovaikutustilanne eikä toinen osapuoli voi yksin päättää, jääkö hän vain passiiviseksi kuulijaksi. On myös huomattava, että haastateltava voi rakentaa omat vuoronsa niin, että houkuttelee haastattelijan lisäkysymyksiin ja uteluun. Perspektiivien vaihdettavuus, kyky tarkastella asioita toisen osallistujan näkökulmasta ja esittää oma asiansa niin, että toinen voi ymmärtää sen, kuuluu keskustelun perusmekanismeihin. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 31, 36, 51.)

Haastattelija voi tarkoittamattaan tulla ohjanneeksi haastateltavan näkökantaa puheena olevaan asiaan kysymystensä muotoilun kautta. Tässä mielessä on hyödyllistä, että haastattelusta on saatavilla nauhoitus, josta voi tarkistaa, millaisia oletuksia haastattelukysymykset sisältävät. On tavallista, että haastattelija osallistuu haastatteluun antamalla haastateltavalle palautetta, joka osoittaa sanoman ymmärtämistä ja kehotusta jatkaa puhetta. Erityisesti tilanteissa, joissa haastateltava on epävarma sanottavastaan, haastattelijan kannustavat kommentit voivat vaikuttaa siihen, mitä asioita haastateltava päätyy ottamaan esille ja mitä jättää kertomatta. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 30, 48.)

Laadullisessa tutkimuksessa tieto on aina sidoksissa siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, josta se on hankittu (Kylmä & Juvakka 2007, 79). Jos haastattelija ja haastateltava ovat eläneet eri kulttuurien piirissä, heidän kokemuksensa ovat erilaisia ja voidaan olettaa, että he tulkitsevat ja jäsentävät ympäröivää todellisuutta eri tavoin antaen samoille sanoille erilaiset merkitykset. Tämä heikentää haastateltavan ja haastattelijan mahdollisuuksia ymmärtää toisiaan. Tämän ongelman ratkaisuksi on esitetty, että tutkija perehtyy mahdollisimman hyvin tutkimiensa ihmisten kulttuuriin, myös sitä, että tutkija itse kuuluu samaan ryhmään kuin haastateltavansa. (Rastas 2005, 80, 84–85.)

Kulttuurierojen mahdollisuus on olemassa aina, kun toisilleen tuntemattomat ihmiset kohtaavat. Se, missä määrin tuollaiset erot olisi otettava huomioon, riippuu pitkälti haastattelun ja koko tutkimuksen aiheista ja ennen kaikkea siitä, minkälaisista asioista tutkija tekee tulkintojaan. Tutkijan on oltava tietoinen siitä, että paitsi haastateltavan

myös hänen oma tapansa ymmärtää asioita on aina vaikuttamassa haastattelutilanteeseen ja siinä tuotettuun aineistoon. Itse haastattelutilanteessa olisi tärkeää muistaa, että jokaiseen kohtaamiseen sisältyy mahdollisuus ymmärtää toista osapuolta. Se edellyttää paitsi tietoisuutta mahdollisesta erojen olemassaolosta myös valmiutta kyseenalaistaa oletukset eroista ja niiden merkityksistä. (Rastas 2005, 93, 102).

Haastattelun aloitus eli sosiaalisen kontaktin luomisen vaihe on erittäin tärkeä haastattelun onnistumisen kannalta, koska siinä luodaan pohja haastattelijan ja haastateltavan väliselle luottamukselle, toteavat Kylmä ja Juvakka (2007, 92). Siinä on annettava haastateltavalle mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita sekä haastattelijan on kerrottava haastateltavilleen totuudenmukaisesti haastattelun tarkoituksesta, pidettävä saamiaan tietoja luottamuksellisina ja varjeltava haastateltavien anonymiteettia. Samalla kysytään haastateltavilta lupa nauhoitukseen. Haastattelijan on myös osoitettava kiinnostusta haastateltavaan ja tämän sanomisiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 92; Ruusuvuori & Tiittula 2005, 41).

Haastattelussa edetään laajoista teemoista tarkempiin kysymyksiin rakentaen tilanne, jossa vuoroin haastattelija esittää kysymyksen, haastateltava vastaa ja haastattelija kiittää vastauksen. Kysymys velvoittaa vastaajan vastamaan. Jos vastaus jää puuttumaan, se voi johtua siitä, että ehkä kysymystä on vaikea ymmärtää ja sitä täytyy tarkentaa, ehkä asia on vaikea ja kysymisen tapaa täytyy pehmentää, tai ehkä vastaaja ei vain kuullut kysymystä ja se täytyy toistaa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 26–27.) Haastattelijan kannattaa myös antaa jossain määrin haastateltavalle mahdollisuus poiketa aiheesta, mutta liikaa rönsyilyä ei saisi sallia. Haastattelijan on silloin ohjattava hienovaraisesti haastateltava takaisin aiheeseen. (Kylmä & Juvakka 2007, 93.)

Haastattelun lopettamisessa valmistellaan haastateltava tilanteen loppumiseen ja soviin, mitä jatkossa tapahtuu. Ennen haastattelun lopettamista kannatta kuitenkin vielä kysyä haastateltavalta, onko hänen mielestään käsitelty aiheen kannalta kaikki tärkeät näkökulmat vai onko hänellä vielä mielessään jotain ehdottoman tärkeää. Hyviin käytöstapoihin kuuluu myös kiittää haastateltavaa haastattelusta. (Kylmä & Juvakka 2007, 93–94.)

Silloin kun tutkimuksen kohteena ovat ikääntyneet ihmiset, on tärkeä ottaa huomioon iän erilaiset merkitykset eri yhteyksissä. Ikääntymisen biologinen prosessi on hyvin erilainen eri ihmisillä, joten kaikki 70-vuotiaat eivät ole samalla tavalla ikääntyneitä.

Ikääntyneiden ihmisten omatkaan käsitykset iästään eivät välttämättä ole yhdenmukaisia heidän kronologisen ikänsä kanssa. Ihmisten oma kokemus iästä vaihtelee eri tilanteissa, ja haastattelutilanne on yksi vuorovaikutuksen tilanne, jossa tuotetaan erilaisia iän merkityksiä. Monet ikääntyneet ihmiset kokevat arvokkaaksi asiaksi haastateltavaksi pääsemisen. Tämä osoittaa myös sen, kuinka ikääntyneet kokevat asemansa yhteiskunnassa marginaaliseksi ja ovat kiitollisia saadessaan äänensä kuuluviin tutkimuksen kautta. (Ruusuvuori & Tiittula toim. 2005, 125, 128.)

Vaikka erilaiset tekniset välineet, nauhurit ja tietokoneet, ovat tuttuja monille ikääntyneillekin ihmisille, saattaa haastattelun nauhoittaminen olla joillekin heistä vieras ajatus. Haastattelun nauhoittaminen on tavallaan myös haastateltavan oikeusturvakysymys. Hänen sanomansa tallentuu sellaisenaan eikä haastattelijan muistin välittämänä. (Ruusuvuori & Tiittula toim. 2005, 129.)

5.2 Tutkimusympäristön kuvaus ja aineiston keruu

Opinnäytetyön toteutuspaikkana oli Uderna hooldekodu eli Udernan hoivakoti, joka sijaitsee Tarton maalaiskunnassa, Elvasta noin 5 km etäisyydellä vuonna 1880 rakennetussa kartanossa. Hoivakoti aloitti toimintansa vuonna 1992. Kiitos luonnonkauniille sijainnille maaseudulla on sen asukkaille taattu hiljaisuus ja rauha. Hoivakoti on 56 paikkainen vuorokaudenympäri huolenpito- ja sairaanhoitopalveluja tarjoava hoitolaitos vanhuksille sekä vammaisille ihmisille. <<http://www.hot.ee/udernahk/>>

Udernan hoivakodissa työskentelee tällä hetkellä 20 henkilöä. Heistä on hoitohenkilökuntaa kahdeksan ja he tekevät 24 tunnin vuorotyötä työsuojelulautakunnan luvalla. (Aime 2007.) Heistä vain yksi on sairaanhoitaja, joka hoitaa koko hoivakodin lääkehoidon sekä muut sairaanhoidolliset tehtävät. Muulla hoitohenkilökunnalla ei ole sairaanhoidollista eikä muutakaan tutkintoon johtavaa hoitoalan koulutusta. Heille järjestetään syksyisin lyhyitä kursseja eri aiheista, joista he saavat myös todistuksen. Ammattitaidon he ovat hakeneet käytännön kokemuksen kautta. He tekevät tarvittaessa hoivakodissa kaikkia töitä siivouksesta ja kokkaamisesta hoitotyöhön. Hoitotyön he kirjaavat niin kutsuttuun ”vahtivihkoon”, josta selviää yleisesti, miten työvuoro on mennyt, tarvitaanko jotakin, täytyykö jotain tehdä, onko jonkun asukkaan voinnissa tapahtunut jotain erityistä. Vahtivihkoon ei kirjata systemaattisesti jokaisen asukkaan vointia ja tekemisiä. Suullisen raportin he pitävät vain jos ehtivät. Asukaskohtaiset hoitosuunnitelmat ovat

hyvin yleispiirteisiä sekä hoivakodin johtajan huoneen hyllyssä eikä päivittäisessä käytössä. Hoitosuunnitelma on pikemmin asukkaan ja omaisten sopimus hoivakodin kanssa asukkaan huolenpidosta ja hoitamisesta.

Opinnäytetyöni aineiston keräsin haastattelemalla 5 hoitokodin johtajan valitsemaa hoitokodin asukasta teemahaastattelun keinoin. Haastattelut toteutin kahtena peräkkäisenä päivänä yrittäen pitää haastattelutilanteet mahdollisimman samankaltaisina. Yksi haastattelu kesti noin tunnista puoleentoista tuntiin. Haastattelun alussa kerroin nimeni ja että olen Laurean ammattikorkeakoulun opiskelija ja valmistun sairaanhoitajaksi sekä kerään aineistoa opinnäytetyötäni varten. Kerroin myös, että kaikkea heidän sanojensa käsittelen luottamuksellisesti eikä kenenkään henkilötietoja tai muita tunnistetietoja paljastu opinnäytetyöni mistään vaiheesta. Pyysin myös lupaa nauhoittaa keskustelumme. Kaikki lupasivat nauhoittaa puheen vaikka epäröivätkin aluksi. Perustelin nauhoituksen omalla hataralla muistilla ja sillä, että sitten tulee kaikki oikein eikä muistinvaraisesti. Itse haastatteluun asukkaat olivat halukkaita ja kertoivat mielellään asioista, joita kysyin. Pyrin kysymykset esittämään jokaiselle mahdollisimman samankaltaisina ja pitämään kysymykset isompina teemakokonaisuuksina, jotta asukkaat saisivat vastata mahdollisimman vapaasti ja omin sanoin. Tarvittaessa tein tarkentavia lisäkysymyksiä.

5.3 Aineiston analyysi

Laadullisen tutkimuksen aineistoanalyysitekniikat ovat moninaisia ja standardoituja tekniikoita on vähän. Ei ole yhtä ainoa oikeaa ja parempaa analyysitapaa. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 136.) Opinnäytetyöni aineiston analysointitavaksi olen valinnut sisällönanalyysin, joka on systemaattinen aineiston analyysimenetelmä. Sen avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä. Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota opinnäytetyön tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysissä ei siis tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan analyysissä haetaan vastausta opinnäytetyön tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä aineistoa tutkitaan mahdollisimman avoimin kysymyksin ja selvitetään, mitä aineisto kertoo tutkittavasta ilmiöstä. Tutkittava ilmiö ja tarkempi kysymyksenasettelu on määritelty opinnäytetyön tarkoituksessa ja tutkimus-

tehtävissä, jotka ohjaavat aineiston analyysissa. Analyysissa aineistosta pyritään tunnistamaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia tekstin osia. (Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

Aineiston analyysi alkaa usein jo haastattelutilanteessa, jolloin haastattelija tekee jo haastattellessaan havaintoja tutkittavasta ilmiöstä ja tyypittelee sekä hahmottelee erilaisia alustavia malleja niistä. Samalla hän voi hakea lisää aineistoa tarkistaakseen jonkin kehittelemänsä mallin. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 136.)

Kvalitatiivisissa tutkimuksissa käytetty analyysitapa on tulkita merkityksiä, jolloin tutkija ei tyydy pelkän näkyvässä olevan tarkasteluun vaan pyrkii löytämään piirteitä, jotka eivät ole suoranaisesti tekstissä lausuttuina. Tulkinnaa tulee enemmän tai vähemmän spekulatiivista, koska tutkijalla on tietty näkökulma tutkittavaan asiaan ja hän tulkitsee haastattelua siitä näkökulmasta. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 137.)

Kun tutkija on tallentanut aineistonsa, sitä ruvetaan purkamaan, se kirjoitetaan tekstiksi eli litteroidaan. Sanasanainen puhtaaksikirjoitus voidaan tehdä koko haastatteludialogista, tai se voidaan tehdä valikoiden vaikkapa vain teema-alueista tai vain haastateltavan puheesta. Toinen vaihtoehto on tehdä päätelmiä tai koodata teemoja suoraan tallennetusta aineistosta. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 138.) Opinnäytetyöni aineiston litteroin sanasta sanaan haastateltavien osalta. Samoin litteroin esittämäni kysymykset. Nauhoituksen jotkut huonot pätkät, mistä ei saanut mitään selvää, jäivät litteroimatta enkä täydentänyt niitä kohtia muistinvaraisesti.

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämä informaatiota. Aineiston laadullinen käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa aineisto aluksi hajotetaan osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudestaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. Laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysin voi karkeasti jakaa kolmeen vaiheeseen, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 110.)

Aineiston pelkistämisessä analysoitava informaatio voi olla auki kirjoitettu haastatteluaineisto tai jokin muu asiakirja tai dokumentti, joka pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Alkuperäisestä informaatiosta nostetut

ilmaukset kirjataan aineistosta nostetuilla ilmauksilla, josta voidaan käyttää ilmausta aineiston pelkistäminen. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 111.) Nauhoitettujen haastattelujen litteroinnin jälkeen aloin lukea aineistoa läpi opinnäytetyöni kysymyksiä näkökulmasta löytääkseni vastauksia niihin. Aineistoa lukiessa alleviivasin ja kirjoitin aineiston reunalle mahdollisimman alkuperäisin ilmauksin mielestäni opinnäytetyöni kysymyksiin vastaavia ilmauksia. Luin aineistoa useamman kerran tarkistaakseni, että olin löytänyt kaiken olennaisen opinnäytetyöni kannalta.

Ennen aineiston analyysin aloittamista sisällönanalyyysissa tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus, joka sisältää useita lauseita. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112.) Aineistoni analyysiyksiköksi valitsin ajatuskokonaisuuden. Käytännössä ajatuskokonaisuus tämän opinnäytetyön aineistossa vaihteli pituudelta yhdestä sanasta pariin-kolmeen lauseeseen, joka sisälsi vain yhden merkityksen.

Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään luokaksi sekä nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Ryhmittelyllä luodaan pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 112–113.) Opinnäytetyöni kysymyksiin vastaavien pelkistysten ryhmittelyn aloitin keräämällä kaikki pelkistykset puhtaalle paperille ja ryhmittelin ne ensin isoina kokonaisuuksina opinnäytetyön kysymyksiä mukaisesti. Ryhmittelyä jatkoin keräämällä yhteen samaa tarkoittavia pelkistystyyppejä ja löytämällä niille oman kuvaavan nimen. Tässäkin vaiheessa luin aineistoa ja pelkistystyyppejä usean kerran, jotta kaikki palaset löytäisivät oikean paikkansa.

Aineiston ryhmittelyä seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointia eli käsitteellistämistä jatketaan yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta on mahdollista. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 114.) Opinnäytetyöni aineiston abstrahoinnissa keräsin aineiston ryhmittelyssä syntyneitä ryhmiä yhteen mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja annoin niille yhdistävän ja kuvaavan nimen. Joitakin ryhmiä ei ollut opinnäytetyöni kysymyksiä kannalta mielekkästä abstrahoida vaan ne jäivät omiksi ryhmiksi. Opinnäytetyöni koko analysoinnin prosessia ohjasivat opinnäytetyöni kysymykset.

Abstrahoinnissa empiirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja tuloksissa esitetään empiirisestä aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai aineistoa kuvaavat teemat. Tuloksissa kuvataan myös luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat ja niiden sisällöt. Johtopäätösten tekemisessä tutkija pyrkii ymmärtämään, mitä asiat tutkittaville merkitsevät. Tutkija pyrkii siis ymmärtämään tutkittavien heidän omasta näkökulmasta analyysin kaikissa vaiheissa. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 115.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Haastateltavien taustatiedot

Udernan hoivakoti tarjoaa ympärivuorokaudista hoitoa ja huolenpitoa pitkäaikaisesti sairaille, vammaisille sekä ikääntyville kansalaisille. Hoivakodin asukkaista noin puolet on sänkypotilaita ja puolet pystyy ainakin jokseenkin liikkumaan itsenäisesti. Udernan hoivakodin 56 asiakkaasta noin kymmenen on dementoitunut, mutta varsinaisen dementoivan sairauden diagnoosin on saanut 4-5 asiakasta (Aime 2007). Opinnäytetyötäni varten haastattelin hoivakodin viidestäkymmenestä kuudesta asukkaasta viittä ikääntynyttä asukasta, jotka valitsi hoitokodin johtaja. Opinnäytetyöni haastatteluihin osallistuneista kaksi olivat miehiä ja kolme naisia. Haastateltavien ikä oli 64 vuodista 84 vuodiaseen. He olivat asuneet hoivakodissa puolestoista vuodesta seitsemään vuoteen. Hoivakodissa he asuivat 3-6 hengen huoneissa. Huonetovereina heillä oli sekä omatoimisempia ja hyväkuntoisempia asukkaita kuin myös vaikeasti pitkäaikais-sairaita sänkypotilaita. Toimintakyvyiltä he olivat eri kuntoisia.

6.2 Opinnäytetyön tulokset

6.2.1 Ikääntyneen kokemus toimintakyvystä pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet kokivat toimintakykynsä erilaiseksi. He kuvasivat toimintakykyään fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn kautta. Fyysistä toimintakykyä heikentävinä tekijöinä ikääntyneet kokivat alentuneen liikkumiskyvyn, tasapainon heikentymisen, kaatumiset, riippuvuuden apuvälineistä, huonon nä-

on, väärän vahvuiset silmälasit, avun tarpeen jokapäiväisissä toiminnoissa, ruokailun huoneessa, huonon ruokahalun, vatsavaivat, löhöilyn, unettomuuden, matalan verenpaineen, taipuvuuden heikentymisen, puolierot, vaippojen käytön, avusta kieltäytymisen. Fyysistä toimintakykyä edistävinä ja ylläpitävinä tekijöinä ikääntyneet kokivat tavoitteellisen liikkumisen, liikkumisen suunnittelun, käsien harjoittelun, kykyjensä mukaisen liikkumisen, itsenäisen peseytymisen, itsenäisen ruokailun, liikkumisen tarpeen tunnustamisen, haluun tehdä itse, kuntoutumisen, kykeneväisyyden kulkea raput, lääkärintarkastukset, verenpaineen seurannan, apuvälineiden, kuten hammasproteesien, silmälasien, rollaattorin, kävelykepin, jakkaran, pyörätuolin tuoman avun, helpotuksen ja tuen.

„No mina ei ole nii palju käind, et noh kui on see pidu olnud, siis lähen alla, nii küljega tasa pisi. No muidugi ma saaks teistmoodi ka, aga pead hoidma. Kui sa siin kukud siis ei ole ikka nalja.” („No minä en ole niin paljon käynyt, että noh kun on se juhla ollut, sitten lähdän alas, näin kylki edellä pikkuhiljaa. No tietenkin mä saisin toisin myös, mutta täytyy varoa. Kun sä tässä kaadut sitten ei ole mikään vitsi.”)

„Siin on see jah, et liikkumist on vaja jah, rohkem liigud siis on kõiksee elu parem. Suvel siin nagu väljas käivad. Õues käivad kes vähegi saavad. Ja söömas käivad praegu siit trepist alla. Meil söögisaal on all.” („Tässä on se jah, että liikkumista on tarvis jah, enemmän liikut sitten on kaikki see elämä parempi. Kesällä tässä näin ulkona käyvät. Ulkona käyvät ketkä vähäsenkin pystyvät. Ja syömässä käyvät nyt tästä portaista alas. Meillä ruokasali on alhalla.”)

„Toeks on. Ma hoian teda kahe käega kinni ja lähen sinna kuhu soovin... ” („Tueksi on. Mä pidän sitä kahdella kädellä kiinni ja lähdän sinne minne haluan...”)

„Mul on silmad kah, mul silmanägemine ei ole nii nagu vaja. Hoopis peenikest kirja ma lugeda ei saa. Minul on prillid, aga peale oppi enam ei istu.” („Mul on silmät myös, mul näkö ei ole niin kuin pitäisi. Aivan pientä kirjoitusta mä lukea en pysty. Minulla on silmälasit, mutta leikkauksen jälkeen eivät sovi enää.”)

Psyykkistä toimintakykyä alentaviksi tekijöiksi ikääntyneet kokivat muistin heikentymisen, muistin kapasiteetin alentumisen, unohtelemisen, unettomuuden, pelokkuuden, tietämättömyyden lääkkeistä, sosiaalipalveluista ja eläkkeistä, kuoleman odottelun, perheen kaipuun, läheisyyden kaipuun, kaipuun kotiin, luottamattomuuden avun saan-

tiin, yksinäisyyden, huolen omasta selviytymisestä, valittamisen, huolen lapsista, huoneen vaihtumisen, huonon omatunnon, pelokkuuden kysyä ja pyytää apua. Psykkistä toimintakykyä edistävinä ja ylläpitävinä tekijöinä iäkkäät kokivat toiveikkuuden, varovaisuuden, taidon elää yksi päivä kerrallaan, rauhan, halun auttaa, riidattomuuden, taloudellisen tilanteen parantumisen toivon, lahjojen antamisen hoitajille, rohkeuden sanoa asiat suoraan, kyvyn säästä vähäsen, muistin kuntoutumisen, uskon Jumalaan, muistelun, lukemisen, kirjoittamisen ja sen, että nuppi leikkaa.

„... mulle ei jää enam meelde. Oi, oi mul on mälukene nii ära...” („... mulle ei jää enää muistiin. Oi, oi mulla on muistiseni niin poissa...”)

„Võibolla unustasin midagi, võibolla ütlesin midagi valesti, ega ma ei mäleta ka kõike, vanadust ka juba omajagu.” („Voi olla unohdin jotakin, voi olla sanoin jotakin väärin, mähän en muista myöskään kaikkea, ikää myös jo jonkun verran.”)

„Ise arutlen ja mõtlen siin, et tervis ikke halb ei oleks ja muid sihuksi asju. ... Ja siis ma hakkam mõtlema, et mis ma olen kogu eluajal teind...” („Itse pohdin ja ajattelen tässä, että terveys vaan huono ei olisi ja muita tällaisia asioita. ... Ja sitten mä alan ajatella, että mitä mä olen koko elämäni aikana tehnyt...”)

Sosiaalista toimintakykyä alentavina tekijöinä ikääntyneet kokivat pitkäaikaisessa laitoshoidossa huoneessa ruokailun, harrastuksien loppumisen, ulkoilun vaikeuden, vierailujen loppumisen sukulaisten kuoltua, synttäreiden unohtelun, perheriidat, kiinnostuksen puutteen, uskalluksen puutteen, kaikkien kanssa ei tulta juttuun, perheen menetyksen, avusta kieltäytymisen, lukemisen vaikeuden. Sosiaalista toimintakykyä edistävinä ja ylläpitävinä tekijöinä ikääntyneet ilmaisivat seurustelun huonetovereiden kanssa, vitsailun, halun auttaa ja hoivata, tuttujen ja sukulaisten vierailut, Jehovantodistajien vierailut, kirkkoherran vierailut, kaverit, uudet ja vanhat ystävät, kyvyn sopia asioista, juttuseuran löytymisen, kirjeenvaihdon ja postikorttien lähettelyn.

„Noh, sellele teen ikka kalli kalli kui tuleb kasukaga uksest sisse, siis teen ikka kalli kalli küll. Et niisugusest võib puudu tulla.” („Noh, sille teenhan hali hali kun tulee turkilla ovesta sisälle, sitten teenhan hali hali kyllä. Että tällaisesta voi puudetta olla.”)

„Kui iga päev käiks sihuke juttu ajamas. Küll oleks hea. Aga teised on, ei kuule ja, meil on sihuke hirmus palat jah. ...” („Kun joka päivä kävisi sellainen juttelemassa. Kyllä olisi hyvä. Mutta toiset on, ei kuule ja, meillä on sellainen hirveä potilashuone jah. ...”)

„On kellega koos kõndida ja rääkida... Noo, ikkagi on natukene ju normaalne elu. Sest lõppmatuseni lugeda ka ei taha ju.” („On kenen kanssa yhdessä kävellä ja puhua... Noo, onhan edes vähäsen normaali elämä. Koska loputtomiin lukea kans ei halua.”)

„Ja kaaslasi on siin küll, ainult, et kõigiga ei saa läbi.” („Ja seuralaisia on tässä kyllä, vaan, että kaikkien kanssa ei tule juttuun.”)

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet ilmaisivat kokemuksiaan toimintakyvystään myös terveyden kokemuksen kautta. Ikääntyneet kokivat terveyden kokemusta heikentävinä tekijöinä kivun, väsymyksen, huonovointisuuden, huimauksen, lääkkeiden käytön, lääkityksen vaihtelevuuden, lääkkeiden kokeilun, reumaattisen kivun, säryt, avun tarpeen, kipistelyn, liikuntakyvyn heikkouden. Terveyden kokemiseen hyvänä ikääntyneet ilmaisivat seuraavat tekijät: ei tarvitse lääkkeitä, ei tarvitse lääkäreitä, hyvän elämän, parempi toimeentulo, enempi liikkuminen parantaa elämänlaatua, itsenäinen liikkuminen hyväksi, tyytyväisyys asuinpaikkaan.

„Ja siis ei tahagi kuskil mujal olla, nii kaua kui ära koristatakse.” („Ja sitten ei haluakaan missään muualla olla, niinkauan kuin pois siivotaan.”)

6.2.2 Ikääntyneen kokemus ympäristöstä ja ihmissuhteista pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Ikääntyneet kokivat pitkäaikaisen laitoshoidon ympäristön ja ihmissuhteet ympäristönsä kautta. Ikääntyneet kokivat fyysisen ympäristön hyväksi kokemiseen vaikuttaviksi tekijöiksi mukavan sängyn, maukkaan ruuan, sopivan lämmityksen, peseytymismahdollisuuden, puhtaan pyykin, käyttökelpoiset vaatteet, omaat vaatteet, raittiin, puhtaan ilman, huoneiden tuuletuksen, siivouksen. Ikääntyneet kokivat fyysistä ympäristöä huonontavina tekijöinä pölyisyyden, kuivan ilman, siivouskemikaalit, jyrkät portaat, yhteisen säilytystilan, unen häiriytymisen, vilkkuvat valot.

*„Muidugi siia oleks üks laiem veeanum akana peale. Mul on siin purgiga vesi, aga niiskust ei ole, vaata kuiv õhk on. Keskküte noh.” („Tietenkin tähän olisi yksi leveämpi ve-
siastia ikkunapöydälle. Mulla on tässä purkilla vettä, mutta kosteutta ei ole, katsos kui-
va ilma on. Keskukslämmitys noh.”)*

*„Ega elu siin on... Midagi paha küll ei ole. Korralik söök on ja. Pesu on pestud ja. Tuu-
akse kui siin midagi vaja on ja. Ei leia midagi, et nii hull oleks.” („Elämä tässä on... Mi-
tään paha ei kyllä ole. Kunnon ruoka on ja. Pyykki on pesty ja. Tuodaan kun tässä
jotakin tarvitaan ja. Ei löydä mitään, että niin hullua olisi.”)*

Ikääntyneet kokivat psyykkiseen ja sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavina tekijöinä ih-
misten erilaisuuden, kaikkien kanssa ei tulta juttuun, ihmisten luonteen, luullaan itseään
herraksi, elämän taakan mukaan tulon hoivakotiin, taidon päästä asiat yhdestä korvas-
ta sisään, toisesta ulos, porukoiden erilaisuuden, oman tuvan, oman luvan, joistakin
asioista vaikenemisen.

*„Ahh, midagi, võibolla midagi niisugust, noh, sellist oma tuba oma luba.” („Ahh, mitään,
voi olla jotakin sellaista, noh, sellaista omaa tupaa omaa lupaa.”)*

*”Niisamuti siin, iga inimene on isemoodi iseloomuga. ...midagi nii palju ma aru saan,
ühelst kõrvast sisse nagu öeldakse, teisest kõrvast välja. Öeldakse väga ebaviisakalt.
No mis ma ikka ütlen. ...Igas ühiskonnas on igasuguseid inimesi.” („Samalla lailla tässä,
jokainen ihminen on omansalainen luonteelta. ...jotakin näin paljon ymmärrän, yhdestä
korvasta sisään näin kuin sanotaan, toisesta ulos. Sanotaan hyvin epäkohteliaasti. No
mitä mä siihen sanoisin. ... Jokaisessa yhteiskunnassa on kaikenlaisia ihmisiä.”)*

*„... mina olen see vanem, ja tähtsam ja, tema on siin viisteist aastat ja sina oled siin
viis päeva ja siis ei või ... Ega see staas ei ole, ega siin ei võeta aastatega, see pole
töökoht. Siis kui on siin oma jagu ära, siis arvab et on peremees. ...” („... minä olen se
vanhempi, ja tärkeämpi ja, hän on tässä viisitoista vuotta ja sinä olet tässä viisi päivää
ja sitten ei voi... Eihän se työkokemus ole, eihän tässä oteta vuosissa, se ei ole työ-
paikka. Sitten kun on tässä oman aikansa, sitten luulee, että on isäntä. ...”)*

*„Me oleme ikka siin ju kokkuleppele jõudnud.” („Me olemmehan aina tässä kyllä yhteis-
ymmärrykseen päästy.”)*

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat ikääntyneet kokivat ympäristöön ja ihmissuhteisiin vaikuttavan myös henkilökunnan. Henkilökunnan kokemiseen positiivisesti vaikuttavia tekijöitä olivat hyvä työporukka, huolehtivaisuus, ei kävellä ohi kuin muurista, ruokkivat, puhdistavat, täyttävät toiveita, antavat kaikkensa, auttavat, tullaan juttuun, muistetaan, kyselevät, vastaavat avunpyyntöihin ja tarpeisiin, oma-aloitteisia. Ikääntyneet kokivat huonoiksi kokemuksiksi henkilökunnassa henkilökunnan vähyyden, kaikkien kiireen, eläkkeistä ei tiedoteta, epäkohteliaisuuden, tavaroiden hukkumisen, pahastumisen, pomottamisen, yksin nostamisen.

"... teevad siin igavesti nalja, ajavad ära." ("... viitsailevat tässä oikein, ajavat pois.")

„Ja mõni ütleb, mõni tõreleb, et sul on voodi nagu seapesa.” („Ja joku sanoo, joku nuhtelee, että sulla on sänky kuin sianpesä.”)

"... vahepeal meil oli kitsas väga. Nii vähe oli. Kui nad puhkusel olid siis ei saand ega julgend üteldagi, kõigil oli nii kiire." ("... välillä meillä oli hyvin niukkaa. Niin vähän oli. Kun he olivat lomalla niin ei saannu eikä uskaltanu sanoakaan, kaikilla oli niin kiire.")

"Aga tead kui halb enesetunne, kui teised peavad sind tõstma. Mulle mõjub nii..." ("Mutta tiedätkö kuinka huono itsetunto, kun toisten täytyy sinua nostaa. Minuun vaikuttaa näin...")

"Ega ülemused kah. Ikka lähed, midagi küsid või kutsud üles. Ikka tulevad räägivad ära selle jutu, mis mul vaja rääkida." ("Johtajat myös. Kun lähdet, jotakin kysyt tai pyydät ylös. Tulevat puhuvat sen jutun, mitä mulla on tarvis puhua.")

"Nad nii palju kui inimesed ise suudavad ise ennast ikkagi ja ja. Ja ega siin, muu jaoks inimesed ei olegi ja teisi aitavad." ("He niin paljon kuin ihmiset itse pystyvät itse itseään näin ja ja. Ja eihän tässä, muuta varten ihmiset eivät olekaan ja toisia auttavat.")

"Siis ma saan siin nagu kah, nendele hooldajatele kah midagi anda. Aga rahaga on mul vähe jah." ("Sitten mä saan tässä myös, niille hoitajille myös jotakin antaa. Mutta rahan kanssa on mulla vähän kyllä.")

6.2.3 Ikääntyneen kokemus toiminnan mahdollisuuksista pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa ikääntyneet kokivat toiminnan mahdollisuuksina lepo-huoneen olemassa olon, vitsailu mahdollisuuden, kortin peluun, shakin ja tammen peluun, käsitöiden tekemisen mahdollisuuksien mukaan, lenkkeilyn ulkona, kirjojen, sanomalehtien, aikakauslehtien, juorulehtien lukemisen, raamatun lukemisen, radion kuuntelun, TV:n katselun, arkitoimintoihin osallistumisen mahdollisuuden, juhliin osallistumisen mahdollisuuden, syntymäpäivien juhlimisen, ajankohtaisten uutisten seuraamisen, omaan aktiivisuuden. Toimintamahdollisuuksia heikentävinä tekijöinä ikääntyneet kokivat haluttomuuden lukea jatkuvasti, ulkoilun vaikeuden varsinkin talvisin, liikkumiskyvyn alentumisen, loikoilun, kiinnostuksen puutteen, huonolaatuiset apuvälineet, TV-kuvan huonon laadun.

„Lugeda meeldiks küll, aga mul on silmad haiged. Vaata mul on kingitud prillid. Mul oli... oma prillid kadusid ära ja siis oma sugulane, üks mees kinkis. ... Mule sobisid, aga nüüd ligidalt on nendega jöle halb lugeda, et ei näe enam. Et peab ikka silmaarsti juurde minema, et ikka omad õiged tugevused saaks...” („Lukea tykkäisin kyllä, mutta mulla on silmät kipeät. Katso mulla on lahjoitetut silmälasit. Mulla oli... omat silmälasit hukkuivat ja sitten oma sukulainen, yksi mies lahjoitti. ... Mulle sopisivat, mutta nyt läheeltä on niillä hirmuisan huonoa lukea, että ei näe enää. Että täytyyhän silmälääkärille mennä, että omat oikeat vahvuudet saisi...”)

„Käime siin edasi tagasi, edasi tagasi. Käime ikka vahest väljas ka jalutamas. Ja raamatuid loeme vahel ja neid kah... ajalehti...” („Kävelemme tässä edes-takaisin, edes-takaisin. Käymme aina välillä ulkona myös kävelemässä. Ja kirjoja luemme välillä ja niitä myös... sanomalehti...”)

„Noh ja siis oma päeva saan vähegi vaheldust, siis ma vahel loen siin.” („Noh ja sitten omaan päivään saan vähäsenkin vaihtelua, silloin mä välillä luen tässä.”)

„Mina põhiliselt kuulan raadiot.” („Minä pääasiallisesti kuuntelen radiota.”)

„See raadio on mul, kuuled maailma ja.” („Se radio on mulla, kuulet maailmaa ja.”)

„No praegu nii palju huvitav, et nii palju kallis reis, et ma parem ei lähe, mind ei huvita. Sellepärast kõik tulevad kätte telekast sealt, filmist. Mida ma peaks veel rohkemat nägema.” („No nyt niin paljon mielenkiintoinen, että niin paljon kallis reissu, että mä parempi en lähde, minua ei kiinnosta. Sitä paitsi kaikki tulevat kädenulottuville telkkarin kautta, elokuvasta. Mitä minun täytyisi vielä enemmän nähdä.”)

„Siin peeti sünnipäeva ja noh, lauldi niimoodi ja eks need tuttavad käisid ka siin ja sugulased ja. Igal ühel tehakse siin sünnipäev näiteks tort ja lilled ja asutuse poolt on igale ühele tort.” („Tässä pitetiin syntymäpäivää ja noh, laulettiin näin ja käviväthän ne tutut kans tässä ja sukulaiset ja. Jokaisella tehdään tässä syntymäpäivä esimerkiksi kakku ja kukat ja laitoksen puolesta on jokaiselle kakku.”)

„Tema ikka ütleb, et igav, aga mina olen sihuke imelik inimene, tunnegi. Igavust üldse ei sõltu. Ma võtan kuulan raadiot või lähen sinna puhketuppa või ... Kus too igavus ikka on. Igal pool võib inimesel igav olla, kui sa ise igav oled.” („Hän aina sanoo, että tylsää, mutta minä olen sellainen hassu ihminen, ei tunnekaan. Tylsyyttä ei riipu yhtään. Mä otan kuuntelen radiota tai lähden sinne lepohuoneeseen tai... Missä tuo tylsyys on. Joka paikassa voi ihmisellä tylsää olla, kun sä itse tylsä olet.”)

„Elu on siin hea. Saad kabets mängida kui tahad. Seal on suur telekas puhkeruumis.” („Elämä on tässä hyvä. Saat tammea pelata kun haluat. Siellä on iso telkkari lepohuoneessa.”)

7 OPINNÄYTETYÖN TULOSTEN TARKASTELUA JA POHTINTAA

7.1 Tulosten tarkastelua

7.1.1 Ikääntyneen kokemus toimintakyvystään pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Tämän opinnäytetyön yhtenä tarkoituksena oli selvittää pitkäaikaisessa laitoshoidossa asuvien ikääntyvien kokemuksia omasta toimintakyvystä. Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat toimintakykynsä erilaiseksi. He kuvasivat toimintakykynsä pääasiallisesti fyysisen, sosiaalisen ja psyykkisen toimintakyvyn osa-alueiden kautta.

Tärkeimmäksi fyysisen toimintakyvyn osaksi ikääntyneet kokivat itsenäisen liikkumisen, koska silloin pystyi suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti ja avun tarve väheni. Myös Vainiaisen ym. (2001, 24-25) mukaan ikääntyneille oli merkityksellistä, että liikkuminen ja siirtyminen onnistuivat itsenäisesti. Ikääntyneet kokivat liikkumiseen positiivisesti vaikuttavan oman liikkumisen etukäteen suunnittelun, tavoitteellisen ja kykyjensä mukaisen liikkumisen sekä liikkumisen tarpeen tunnustamisen. Rollaattori, kävelykeppi taikka pyörätuoli koettiin itsenäistä liikkumista helpottavina apuvälineinä ja jokapäiväisistä toiminnoista suoriutumisen ehtoina, kuten toteavat myös Vainiainen ym. (2001, 24-25) tutkimusraportissaan. Liikkumista helpottavat apuvälineet toivat riippumattomuuden ja vapauden kokemuksia ikääntyneille.

Ikääntyneet opinnäytetyöhön osallistuneet hoivakodin asukkaat kokivat tärkeäksi fyysisen toimintakyvyn osaksi itsenäisen peseytymisen ja itsenäisen ruokailun. He kokivat tarvitsevan näissä jokapäiväisissä toiminnoissa apuvälineitä, kuten esimerkiksi peseytymisessä pientä jakkaraa, jotta voisi istua suihkussa taikka ruokailun onnistumisen kannalta tärkeitä kunnollisia hammasproteeseja. Itsenäinen suoriutuminen arkitoiminnoista koettiin riippumattomuutena ulkopuolisesta avusta ja itsetuntoa kohottavana. Fyysistä toimintakykyä alentavana koettiin huoneessa ruokailu, avun tarve jokapäiväisissä toiminnoissa, riippuvuus apuvälineistä, itsenäisen liikkumisen vähentyminen, löhöily sekä heikentynyt tasapaino, matala verenpaine ja puolierot.

Fyysisen toimintakyvyn alentumisena kokivat ikääntyneet huonon näön ja kuulon. Huonon kuulon vuoksi ei enää voitu kuunnella radiota ja TV-ohjelmien seuraaminen oli hankalampi. Huono kuulo vaikeutti huonetovereiden sekä henkilökunnan kanssa kommunikointia. Väärin kuulutut asiat johtivat väärinymmärryksiin. Huono näkö koettiin vieläkin vaikeammaksi toimintakyvyn alentumiseksi, koska alentuneen liikkumiskyvyn takia ei päästy paljon ulos huoneesta, niin myös vaikeutunut lukeminen koettiin kapeuttavan entisestään elämää eikä mielekästä tekemistä löytynyt helposti. Ikääntyneet kokivat tarvitsevan kunnollisia silmälaseja, koska ne olisivat parantaneet heidän toimintakykyä.

Ikääntyneet kokivat fyysistä toimintakykyä ylläpitävinä ja edistävinä tekijöinä halun tehdä itse, liikkumisen tarpeen tunnustamisen, tavoitteellisen liikkumisen, kuten esimerkiksi sisällyttämällä päiväjärjestykseen pienen jumppatuokion, käsien harjoittelun ja kulkemisen rapuissa liikkumiskyvyn säilyttämiseksi ja parantamiseksi. Myös lääkärin tar-

kastukset ja verenpaineen seuranta koettiin terveyttä ja fyysistä toimintakykyä edistäviksi ja ylläpitäviksi.

Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat psyykkistä toimintakykyä alentavaksi erityisesti muistin huonontumisen. Enää ei pystytty pitämään muistissa yhtä suurta määrää tietoa kuin aikaisemmin sekä muistin lyhytkestoisuus aiheutti huolta, koska unohdeltiin helposti asioita, kuten päivämääriä ja tapahtumia. Tämän ikääntyneet kokivat epämukavana ja hämmennystä aiheuttavana ja yrittivät tätä heikkoutta vähätellä ikäänsä viitaten.

Muistiin liittyä tiivistä myös muistelu, jonka ikääntyneet kokivat mielekkääksi ajanvietteeksi jopa yksin ollessa, koska muistelun välityksellä voi käydä paikoissa, jonne ei enää pääse sekä tehdä tiliä elämäkulustaan ja tarkastella sitä, mitä hän oli ja mitä hän sai elämässään aikaan. Kuten toteavat myös Vuotilainen ym. (2002, 116) laatuoppaassaan. Muisteluun liittyi myös yksinäisyyden ja kaipuun kokemuksia. Ikääntyneet kokivat muistellessaan koti-ikävää, kaivattiin puolisoa, lapsia ja sukulaisia sekä ystäviä ja tuttuja. Yksinäisyyden tunteita kokivat erityisesti ikääntyneet, joilla ei ollut enää perhettä ja sukulaisia jäljellä ja hoivakodin ulkopuolisia kontakteja oli vähän, jos lainkaan. Samansuuntaisiin tuloksiin päätyi Uibu (1999) tutkimuksessaan. Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet olisivat toivoneet rinnalleen jonkun, jonka kanssa jakaa arkipäiviään, huolia ja iloja vähän intiimimminkin kuin vain jonkun juttuseuraksi. Ikävöinti aiheutti heissä alakulon ja surun kokemuksia.

Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat hankalaksi hakeaa juttuseuraa hoivakodin muiden asukkaiden joukosta oman taikka huonetovereiden toimintakyvyn heikentymisen vuoksi. Ikääntyneet kokivat haluaa jutella esimerkiksi myös huonetoveriensä kanssa, mutta he saattoivat olla huoneen ainoita hyväkuntoisia asukkaita, jossa muiden toimintakyky oli sen verran alentunut, että he eivät kyenneet huonon kuulon, muistamattomuuden taikka sairauksien vuoksi asialliseen keskusteluun. Oman alentuneen fyysisen toimintakyvyn vuoksi ei aina päästy ruokasaliin toisten seuraan syömään vaan ruokailtiin huoneessa, ei päästy enää lenkkeilemään ulos eikä omaa toimintakykyä vastaava harrastustoimintaa löytynyt hoivakodin puitteista. Toisaalta ikääntyneet kokivat seuran löytyvän, jos halusi jutella taikka lenkkeillä omien kykyjen mukaan. Siihen vaadittiin omaa aloitekykyä ja aktiivisuutta. Sosiaalisia kontakteja hoivakodin ulkopuolelle pitettiin yllä kirjeenvaihdolla ja postikorttien lähettelyllä sekä vieraillemalla vielä jäljellä olevien sukulaisten ja tuttujen luona.

Ikääntyneiden seuran hakemiseen vaikuttivat myös henkilökohtaiset, luonteesta johtuvat seikat. Ulospäin suuntautuneella ihmisellä on todennäköisemmin laajempi sosiaalinen verkosto kuin sisäänpäin suuntautuneella ihmisellä (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkainen toim. 2007, 71). Kaikkien kanssa ei tulta juttuun ja kaltaistaan seuraa ei välttämättä löydy, mutta tarpeen vaatiessa koettiin kuitenkin, että yhteisymmärrykseen päästiin. Hankalaksi koettiin se, että pitempään hoivakodissa asuneet ikääntyneet saattoivat pompotella, asettaa kieltoja ja käskyjä sekä olla hyvin epäkohteliaita uusia asukkaita kohtaan. Sosiaaliset kontaktit saattoivat näin jäädä vähiin, joka lisäsi ikääntyneen yksinäisyyden kokemuksia ja pelokkuutta sekä huolta omasta toimeentulosta. Näitä kokemuksia lieventävinä koettiin oma taito elää yksi päivä kerrallaan, rauhallinen mieli, riidanhallittomuus sekä rohkeus sanoa asiat suoraan.

Tärkeäksi hoivakodin tapahtumaksi ja sosiaalisiksi kontaktiksi ikääntyneet opinnäytetyöhön osallistuneet kokivat papin vierailut ja mahdollisuuden yhteisen tilaisuuden jälkeen myös henkilökohtaiseen juttelutuokioon. Usko Jumalaan koettiin voimaa ja toivoa antavana sekä helpottavan elämänsä tilipäätöksen tekoa. Ikääntyneet lukivat myös vapa-aikana mielellään raamattua ja hengellistä kirjallisuutta.

Ikääntyneet kokivat tärkeimpänä psyykkistä toimintakykyä alentavana tekijänä huolen materiaalisesta toimeentulosta, koska kokivat, että eivät aina saa tarpeeksi tietoa eläkkeistä, lääkkeistä ja niiden kustannuksista sekä heille kuuluvista sosiaalipalveluista. He kokivat, että kun hoivakoti hoitaa heidän puolestaan kaikki järjestelyt, he eivät saa ajantasaista tietoa juuri eläkkeistä. Myös lääkkeistä oltiin epä tietoisia eikä tarkkaan muistettu, mitä lääkettä mihinkin vaivaan käytetään. Lääkkeiden ja apuvälineiden kustannuksista ja niihin liittyvistä omavastuu osista haluttiin selkeämpää tietoa. Iäkkäille potilaille on tärkeää autonomia, tiedon saanti ja päätöksentekoon osallistuminen Paukkalan (2004, 11) lainaamien tutkijoiden mukaa. Heidän mukaan autonomian loukkaus oli silti eniten koetuista eettisistä ongelmista vanhustyössä. Ikääntyneet saavat tietoa, mutta se vaatii omaa aktiivisuutta, kuten myös opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet totesivat.

Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat kaikkein tärkeimpänä omaan toimintakykyyn vaikuttavana tekijänä oman terveyden. Ikääntyneet kokivat, että jos terveys on huonoa, on särkyjä ja kipuja, väsymystä, unettomuutta, huimausta, lääkkeiden runsasta käyttöä ja eri lääkkeiden kokeilua, niin myös toimintakykyä ei voitu kokea hyväksi. Omaa terveyttä haluttiin parantaa ja terveyttä edistävinä tekijöinä koettiin oma-

aloitteinen ja itsenäinen liikkuminen kykyjensä mukaan, parempi toimeentulo, joka vähensi huolia ja se, ettei tarvittu lääkkeitä eikä lääkäreitä. Parempi kokemus terveydestään taas edisti omaa aktiivisuutta hakea seuraa ja kannusti liikkumaan enemmän eikä huoletkaan tuntunut ylivoimaisilta. Kokemus hyvästä terveydestä johti toimintakyvyn kokemiseen parempana ja päinvastoin. Tätä tukevat myös aikaisemmat tutkimukset (Liivas 2004, 9-10; Uibu 1999).

7.1.2 Ikääntyneen kokemus ympäristöstä ja ihmissuhteista pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää myös ikääntyneen kokemuksia pitkäaikaisen laitoshoidon ympäristöstä ja ihmissuhteista. Kuten aikaisemmin on jo todettu, niin useat virolaiset hoiva- ja vanhainkodit sijaitsevat vanhoissa kartanoissa, kuten myös Udernan hoivakoti. Ne ovat pääasiallisesti kansallisaarteita ja arkkitehtuurisen suojelun kohteita, joka jo sinänsä asettaa hoivakodin fyysiselle ympäristölle rajoituksia, koska niissä ei voida aina tehdä toivottuja saneeraustöitä ja mahdolliset muutokset eivät anna toivottua lopputulosta ja ovat kalliit. Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat ympäristönsä pääasiallisesti rauhalliseksi ja mukavaksi sekä perustarpeet, kuten riittävän lämmityksen, puhtaan pyykin, maukkaan ruuan, peseytymismahdollisuudet tyydyttäväksi. Ympäristön huonoina puolina koettiin itsenäistä liikkumista hankaloittavat kartanolle omaiset korkeat portaat, keskuslämmityksestä johtuvan ilman kuivuuden, korkeiden isojen ikkunoiden avaamisen ja sulkemisen vaikeuden tuuletusta varten. Ikääntyneet kokivat hoivakodin siivouksen olevan riittävän, mutta siivouksessa käytettävien kemikaalien paljous ja niistä lähtevät hajut koettiin epämiellyttävinä.

Vanhainkoti ei voi koskaan vastata täysin vanhuksen kotia, mutta vanhainkodista voidaan tehdä mahdollisimman kodinomainen, jolloin se tuo vanhukselle turvallisuuden ja hyvän olon tunteen (Mustajoki ym. 2001, 102). Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat omien tavaroiden, esimerkiksi valokuvien ja omien vaatteiden olemassaolon merkittäväksi vaikka mitään erityisiä tavaroita ei kaivattu. He kokivat, että kun hoivakoti huolehtii heidän pyykinpesusta voi välillä tavaroita hukkaa ja toisten vaatteet voivat sekoittua toisten vaatteisiin, joka synnytti heissä pientä epäluuloisuutta.

Mustajoen ym. (2001, 98-99) mukaan hyvään psyykkis-sosiaaliseen hoitoympäristöön kuuluivat henkinen turvallisuus, ilmapiiri, yhdessäolo, omaiset ja vanhainkodin toiminta

ja tapahtumat. Oma huone, oveen koputtaminen ja omien asioiden tekeminen rauhas-
sa kuuluivat yksityisyyteen. Laitoshoidossa olevat iäkkäät potilaat ovat kokeneet, että
yksityisyyttä ei aina kunnioiteta hoitotilanteissa ja laitoshoidossa esiintyy myös ikäänty-
neiden kaltoin kohtelua, toteaa Paukkala (2004, 11). Rosenstein'in (2000) tutkimuksen
mukaan yksityisyys, yksityinen asuminen (oma huone) sekä asumisolojen kodikkuus
puuttuvat monista laitoksista. Esimerkiksi puuttuvat ovista asukkaiden nimet, ei kopute-
ta eikä kysyä lupaa huoneeseen astumiseen sekä asukkailla on vähän omia kodikkaita
tavaroita. Varsinkin entisessä Neuvostoliitossa palvelukulttuuri oli erittäin huonoa. Lää-
kärit ja hoitajat kohtelivat potilaita tylästi. Tästä oli kokemuksia myös opinnäytetyöhön
osallistuneilla ikääntyneillä. He kokivat henkilökunnan aina välillä pomottavana, helpos-
ti pahastuvana ja epäkohteliaana. He myös ilmaisivat, että tällainen käytös oli tilantees-
ta, henkilöstä ja hänen luonteesta johtuvaa eikä yleinen tapa hoivakodissa.

Potilas ei usein osaa tai uskalla vielä nykyäänkään kysyä lääkäriltä tai sairaanhoitajalta
omaa terveyttään koskevia seikkoja. Mustajoen ym. (2001, 91, 94) tutkimuksessa sel-
visi, että kun hoitajat vaikuttavat kiireisiltä, useat ikääntyneet eivät uskalla häiritä hoita-
jia eikä pyytää hoitajia keskustelemaan heitä askarruttavista asioista. Myös opinnäyte-
työhön osallistuneet ikääntyneet kokivat henkilökunnan vähyyden ja kiireen vaikuttavan
rohkeuteen hakea apua ja kysyä huolta aiheuttavista asioista. Samalla he kuitenkin
totesivat, että jos rohkenee kysymään apua ja on oma-aloitteinen, niin myös apua saa-
tiin. Opinnäytetyöhön osallistuneet ikääntyneet kokivat henkilökunnan huolehtivaksi,
auttavaksi, kaikkensa antavaksi. He täyttivät toiveita, vastasivat avunpyyntöihin ja –
tarpeisiin sekä kannustivat ikääntyneitä oma-aloitteisuuteen. Tätä tukee myös Mustajoen
ym. (2001, 87) tutkimus.

Neuvostoliitossa oli yleinen tapa antaa lääkärille tai hoitajalle kiitokseksi hyvästä hoi-
dosta ja palvelusta pieni lahja. Se voi olla kukkakimppu, suklaarasia, pari itse neulottuja
villasukkia tai joskus jopa koru. Tämä tapa elää vahvasti vielä ikääntyneessä virolai-
sessa väestössä ja myös opinnäytetyöhöni osallistuneet hoivakodin asukkaat kokivat
saavansa parempaa hoitoa, jos heillä oli jotain annettavaa henkilökunnalle. Tästä nä-
kyy myös ikääntyneen huoli omasta taloudellisesta tilanteesta muihin nähden – jos
sinulla ei ole rahaa eikä mitään annettavaa verraten muiden asukkaiden kanssa, niin
sinulla ei ole yhtä hyvä asema hoivakodissa saada hoitoa ja olla tasavertainen muiden
kanssa. Tätä tukee myös Mustajoen ym. (2001, 93) tutkimus, jossa todettiin, että lai-
toshoidossa olevat asukkaat ja heidän omaiset pitivät tärkeänä, että tasa-arvoisuuden

toteutuessa asukkaat kokivat, että he kaikki ovat yhtä arvokkaita ja tärkeitä eikä kukaan saa erityiskohtelua.

7.1.3 Ikääntyneen kokemus toiminnan mahdollisuuksista pitkäaikaisessa laitoshoidossa

Tämän opinnäytetyön kolmantena kysymyksenä oli selvittää ikääntyneen kokemuksia toiminnan mahdollisuuksista pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Ikääntyneiden kokemukset toiminnan mahdollisuuksista olivat pääasiallisesti positiivisia, mutta myös lisää tekemistä kaivattiin. Rosenstein'in (2000) tutkimuksessa osoitettiin, että virolaisissa hoitolaitoksissa koettiin ongelmaksi asukkaiden vapa-ajan vietto, koska asukkaat viettävät aikaa tekemättä mitään. Myös opinnäytetyöhöni osallistuneet ikääntyneet hoivakodin asukkaat ilmaisivat, että viettävät aikaa loikoilemalla ja tekemättä mitään, mutta he myös ilmaisivat haluavansa tehdä jotain, mutta alentuneen toimintakyvyn vuoksi he eivät enää pysty.

Kirjojen, sanomalehtien, aikakauslehtien, raamatun lukeminen koettiin tärkeäksi toiminnan mahdollisuudeksi, vaikka usealla ikääntyneellä on huonon näön vuoksi vaikeuksia lukea. Viihdyttäväksi koettiin myös kirjastoauton vierailut hoivakodin pihassa, josta sai hakeaa mielekästä luettavaa kuin myös kontaktia muuhun maailmaan. Toiminnan mahdollisuuksina ikääntyneet kokivat tärkeäksi radion ja TV:n olemassa olon huoneessa ja yhteiskäyttöisessä lepohuoneessa sekä niiden välityksellä muun maailman ja uutisten seuraamisen. Radion ja TV:n välityksellä seurattiin ajankohtaisia uutisia, säätiedotuksia, aikaa, urheilutapahtumia ja kuunneltiin musiikkia. Lepohuoneen TV:n äärelle kerääntyi porukka seuraamaan esimerkiksi hiihtokilpailuita, jolloin saatiin kokemus yhdessä olosta ja samanhenkisestä seurasta. Lisäksi koettiin tärkeäksi syntymäpäivien vietto ja muihin hoivakodin yhteisiin tapahtumiin, kuten joulujuhliin, laululasten esityksiin ja salissa pidettäviin juhliin ja konsertteihin osallistumisen mahdollisuutta. Tärkeäksi koettiin myös papin vierailut hoivakodissa. Sekä Medarin ja Tambergin (2001) että Mustajoen ym. (2001, 102) tutkimuksissa on tultu samoihin tuloksiin.

Ikääntyneet kokivat oman aktiivisuuden merkittäväksi toimintamahdollisuuksia etsiessä, koska kun on itse aktiivinen, niin löytää myös mielekästä tekemistä. Esimerkiksi päivittäisiin toimintoihin, kuten oman sängyn petaamiseen ja henkilökunnalle pienen avun antamiseen osallistuminen toi heille virikkeitä ja sisältöä päivään, kuten toteavat myös

tutkimuksessaan Mustajoki ym. (2001, 102). Opinnäytetyöhön osallistuneet toivat myös esille kortin peluun, shakin ja tammen peluun mahdollisuuden sekä siihen liittyvän vit-sailun tärkeyden heidän päiväjärjestystä rikastavina tekijöinä samoin kuin Lyyra, Pikka-rainen ja Tiikkainen (2007, 123) kirjassaan esittelevät.

Ikääntyneet kokivat toiminnan mahdollisuuksia rajoittaviksi tekijöiksi huonon taloudellisen tilanteen, joka vaikutti siihen, että ei haluttu mennä yhteisille matkoille hoivakodin ulkopuolelle, ei pystytty ostamaan kiinnostavia aikakauslehtiä eikä kustantamaan kun-nollisia apuvälineitä, kuten esimerkiksi silmälaseja tai hammasproteeseja. Toiminnan mahdollisuuksia rajoittavina tekijöinä koettiin myös TV:n ja vanhojen radioiden huono-laatusuus. Alentuneen näön ja kuulon vuoksi kaivattiin kuvan ja äänen laadulta pa-rempia radioita ja televisioita. Tärkeimpänä toiminnan mahdollisuuksia rajoittavana tekijänä koettiin toimintakyvyn lasku. Halu liikkua hoivakodin tiloissa sekä ulkona hoivakodin ympäristössä säilyä, mutta ilman ulkopuolista apua ei enää pysty itsenäisesti lähtemään ulos raikkaaseen ilmaan lenkkeilemään. Henkilökunnan vähyyden ja kiireen takia ei heitä aina uskalleta pyydä avuksi ja he eivät aina ehtikään auttamaan.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa selvitetään, kuinka to-tuuden mukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, reflektiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimukses-sa. Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa tutkijan riittävän pitkä yhteys tutkittavaan ilmi-öön. Uskottavuutta vahvistaa myös tutkimuksen tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja, jos-sa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan. Tavoitteena on, että tutkimuksen teki-jä pystyy hyödyntämään näitä kuvauksia toimintansa tiedostamisessa. (Kylmä & Ju-vakka 2007, 127-128.)

Kylmän ja Juvakkan (2007, 129) lainaaman tutkijan mukaan liittyy vahvistettavuus koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Todellisuuksia on monia, ja se hyväksy-tään laadullisessa tutkimuksessa. Erilaiset tulkinnat tutkimuksen kohteesta eivät vält-

tämättä merkitse luotettavuusongelmaa, koska erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta lisäävät samanaikaisesti ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Läpi koko opinnäytetyön pyrin kuvamaan tarkkaan valintani sekä perustelemaan ne sekä löytämään niille teoreettista tukea, jotta opinnäytetyön luotettavuus paranisi sekä tutkimusprosessi olisi seurattavissa alusta loppuun.

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohtistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa, toteavat Kylmä ja Juvakka (2007, 129) lainaten eri tutkijoita. Opinnäytetyöni tekemiseen vaikutti varmasti se, että olen itse kotoisin Virossa ja tunnen sen kulttuuria ja ihmisiä paremmin kuin täysin ulkomaalainen tai toisesta kulttuurista tuleva henkilö. Samalla pitkä, melkein kahdentoista vuoden poissaolo kotimaasta voi vaikuttaa omiin käsityksiini Virossa ja virolaisista. Käsitykseni ja kokemukseni ovat jokseenkin vanhentuneet vaikka Viro ja virolaiset eivät sinänsä miksiäkään ole muuttuneet, vaan aika on mennyt eteenpäin ja sukupolvet vaihtuneet, Viro on yhdistynyt Euroopan Unionin jäseneksi ja neuvostoajan suljetun yhteiskunnan asemasta ovet ovat avoinna maailmalle. Näin myös ihmiset ovat muuttuneet avoimiksi uusille tuulille ja irtautumassa vanhasta.

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös se, että opinnäytetyöhön osallistuneiden ikääntyneiden äidinkieli on viro ja heidän haastattelut toteutin viron kielellä. Myös oma äidinkieleni on viro, joka vähentää väärinymmärryksiä mahdollisuutta sekä antoi tutumman ja turvallisemman tunteen ikääntyneille haastattelutilanteissa. Opinnäytetyön haastattelut litteroin viron kielellä ja vasta pelkistyksiä tehdessä käänsin ne suomen kielelle mahdollisimman samaa tarkoittavin sanoin pyrkien antamaan eteenpäin juuri ikääntyneiden tarkoittamia merkityksiä. Objektiivisyys syntyy nimenomaan oman subjektiivisuutensa – tai monikossa subjektiivisuuksiensa – tunnistamisesta (Eskola & Suoranta 1998, 17.)

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava esimerkiksi riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimuksen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Opinnäytetyöhön osallistuneita ikääntyneitä kuvaillessa pyrin mahdollisimman tarkkaan kuvaukseen, mutta samalla pyrin suojelemaan heidän henkilöllisyyden paljastumista liian tarkoilla ja yksilöivillä tiedoilla. Hoivakodin ympäristön kuva-

uksessa pyrin tuomaan esille kaikki paikan päällä kokemani havaintoni sekä henkilökunnan kanssa juttelemalla kerätyn tiedon.

Opinnäytetyön tuloksia analysoidessa ja tulkittaessa siihen vaikuttavat aina myös opinnäytetyötä tekevän omat käsitykset ja oletukset. Esimerkiksi haastattelutilanteessa, kun ikääntynyt jää miettimään jotain sanaa ilmaistakseen itseään, niin helposti tulee tarjottu hänelle sanaa, jota luulee hänen tarkoittavan taikka sanoo, että ymmärrät kyllä, mitä hän tarkoittaa. Näin voi ymmärtää kuitenkin ikääntynyttä väärin, varsinkin, jos hän ei uskalla korjata haastattelijaa. Ikääntynyt voi myös itse jättää lauseen kesken ja tarkentamatta sen, mitä halusi sanoa ja tokaisee vaan, että kyllä haastattelija ymmärtää. Silloin taas haastattelijan on oltava tarkkana, että ymmärtää asian oikein tai pyydä ikääntynyttä tarkentamaan. Kaikilla haastateltavilla on jonkinlainen ennakkokäsitys siitä, mitä haastattelija hänestä haluaa ja mitä pitää kertoa, jotta haastattelija on tyytyväinen. Toisaalta taas useimmat haastateltavat eivät halua paljastaa tuntemattomalle haastattelijalle kaikkea, joten heidän pitää miettiä sitä mitä jättää kertomatta, jotta yksityisyys ja itsekunnioitus säilyy. (Ruusuvoori & Tiittula toim. 2005, 136.)

Opinnäytetyön haastatteluissa välittyi myös paljon sanatonta hiljaista tietoa haastateltavan ilmeiden, eleiden ja haastatteluissa pidettyjen taukojen ja kesken jätettyjen lauseiden välityksellä. Tämä hiljainen tieto lisäsi omaa ymmärrystä aiheesta ja haastateltavien kokemuksista, mutta aloittelevalle tutkijalle oli tämän tiedon analysoiminen aikamoinen pähkinä. Tästä johtuen opinnäytetyössä analysoitiin vain konkreettista sanallista tietoa, jotta kaikki tulisi oikein eikä tutkijan omat oletukset ja käsitykset vaikuttaisi opinnäytetyön tuloksiin.

Opinnäytetyön haastatteluja literoidaessa jätin siitä pois sellaiset kohdat, mitkä olivat täysin epäselviä. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta en myöskään täydentänyt niitä kohtia omin sanoin vaikka olisin muistanut, mitä niissä kohdissa sanottiin. Nämä kohdat olisivat voineet antaa kuitenkin lisää tietoa ja ymmärrystä opinnäytetyön tuloksiin. Opinnäytetyön analyysivaiheessa pelkistyksiä tehdessä muutin haastateltavien alkuperäisilmauksia, käyttäen mahdollisimman samaa tarkoittavia sanoja tai synonyymejä vain, jos se oli tarpeen haastateltavan anonymiteetin säilymisen kannalta. Esimerkiksi jotkut murre sanat voisivat helposti paljastaa näin pienestä otannasta henkilön identiteetin.

Opinnäytetyön tuloksien luotettavuuteen ja eettisyyteen vaikuttaa myös se, että haastatteluihin valitut ikääntyneet hoivakodin asukkaat oli valinnut valmiiksi hoivakodin johtaja. Koska hän tuntee kaikkia hoivakodin asukkaita henkilökohtaisesti, niin opinnäytetyön kannalta ei voi olla varma hänen valintakriteerien puolueettomuudesta. Varsinkin, kun haastatteluissa ikääntyneet tokaisivat, että ”Mitä minä sinulle vielä valehtelin, jotta saisit hyvän numeron?” Tämä tokaisu voi johtua myös siitä, että ikääntynyt kokee haastattelijan nuoreksi ja kokenemattomaksi opiskelijaksi omaan elämänkokemukseen nähden ja haluaa vain auttaa haastattelijaa, kuten toteavat myös Ruusu vuori ja Tiittula (2005, 130) toimittamassaan kirjassaan. Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös pieni otanta. Viisi henkilöä viidestäkymmenestä kuudesta ei ole kovin edustava joukko, mutta koska kyseessä on laadullinen tutkimus, jossa on tarkoituksena tuottaa lisää ymmärrystä eikä numerollista tietoa, tämä joukko voidaan nähdä melko edustavana.

Opinnäytetyön taustaksi oli vaikea löytää teoriatietoa. Erityisesti virolaisia tutkimuksia ei tahtonut löytyä aiheesta juuri lainkaan. Suomalaisetkin tutkimukset olivat usein väärästä näkökulmasta. Tutkimuksia löytyi kuitenkin vaikka niukalti. Asiantuntijoiden kirjoittamia ja toimittamia kirjoja, raportteja ja artikkeleita löytyi hieman paremmin. Sen vuoksi olenkin käyttänyt niitä aika runsaasti tutkimuksien rinnalla. Itse olisin kuitenkin kaivannut tukevampaa teoriataustaa opinnäytetyölleni.

7.3 Johtopäätöksiä ja ehdotuksia

Nopeasti muuttuvassa yhteiskunnassa sopeutuvat uuteen tilanteeseen kaikkein huonoiten vanhukset. Kun menneiden vuosituhansien aikana arvostettiin iäkkäiden elämänviisautta, niin nykyään monien yhteiskunnan jäsenten mielestä iäkkäisyys ei enää näy viisautta merkitsevänä. Iäkkäät ovat resurssi ennen kaikkea elämänkokemuksensa ja elämänviisautensa takia. Tärkeää on, että se kokemus annetaan yhteisen toiminnan kautta eteenpäin seuraaville sukupolville, kuten se on tähän asti enimmäkseen ollut. Valitettavasti nykyään näyttää sukupolvien välinen yhteys heikkenevän koko ajan. (Uibu 1999.) Ikääntyneet ovat itsekin huolissaan siitä, että eivät voi osallistua lapsiensa ja lastenlapsiensa elämään aktiivisemmin ja olla avuksi kasvatustyössä. Opinnäytetyön rivien välistä selvisi, että ikääntyneet toivovat saavansa auttaa perhettään kuin myös hoivakodin henkilökuntaa. Siihen ei kuitenkaan heidän mielestä aina tarjoutunut tarpeeksi mahdollisuuksia eikä oma toimintakyky välttämättä enää riittänyt.

Haasteeksi hoitotyön laadun arvioimisessa pitkäaikaishoidossa muodostuu se, että hyvää hoitoa ja hyvää elämää ei voi erottaa toisistaan selkeästi. Laitoksessa asuva ihminen tarvitsee molempia. He ovat varsin haluttomia arvioimaan kriittisesti hoitoaan, koska he näkevät henkilökunnan työskentelevän ahkerasti ja kokevat heidän tekevänsä parhaansa. Toisaalta ikääntyneet voivat pitää ulkopuolista tutkijaa tai haastattelijaa epäluotettavana, eivätkä he siksi halua kertoa kokemuksistaan. Kolmantena on ikääntyneiden kokema riippuvuus henkilökunnasta. Henkilö, joka on riippuvainen toisesta tai toisen avusta, on taipuvainen ilmaisemaan vain myönteisiä kokemuksia, koska pelkää kielteisten kokemusten ilmaisemisella auttavan henkilön vetäytyvän tai avun loppumisen. (Vuotilainen 2004, 31.)

Kun Virolaisissa hoitolaitoksissa on vielä kehittämistä eivätkä kaikki laitokset ole samantasoisia, on Suomessa ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008, 41–43) tuotu esiin myös suositukset pitkäaikaishoitoa tarjoaville hoitoyksiköille. Fyysisen esteettömyyden ohella pitkäaikaishoivan yksiköissä on panostettava siihen, että ympäristö on myös sosiaalisesti ja institutionaalisesti esteetön niin, että ikääntynyt toimintakyvyn rajoituksistaan huolimatta on ympäristössään täysivaltainen ihminen, jolla on oikeus itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja osallisuuteen. Esteetön, turvallinen ja viihtyisä ympäristö mahdollistaa itsenäistä suoriutumista lisäämällä fyysistä, kognitiivista, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä ja kompensoimalla toimintakyvyn rajoitteita. Se tarjoaa myös mahdollisuuksia ja tukea osallisuuteen ja mielekkääseen tekemiseen.

Pienen otannan vuoksi tämä opinnäytetyö on sidottu vahvasti Udernan hoivakotiin ja sitä ei ole mahdollista yleistää, mutta sitä voidaan käyttää lähtökohtana tai pohjana uusille tutkimuksille sekä hoitotyön kehittämiseksi sekä Udernan hoivakodissa että muissa hoiva- ja vanhainkodeissa. Vaikka tätä opinnäytetyötä on vaikea yleistää, se antaa kuitenkin lisää ymmärrystä ja tietoa ikääntyvien omista kokemuksista asumisestaan hoivakodissa. Kylmän ja Juvakan (2007, 174) lainaaman tutkijan mukaan juuri laadullisten terveystutkimusten lukeminen auttaa ymmärtämään erilaisissa elämäntilanteissa olevien ihmisten elämää. Terveellä ihmisellä ei aina ole aavistustakaan, miltä tuntuu sairastaa tai elää muutosvaihetta, jolloin esimerkiksi hoitaja saisi lukemalla tutkimusraportteja käsityksen erilaisista elämäntilanteista ja osaisi huomioida ne hoitotilanteissa.

Tämä opinnäytetyö voisi innostaa myös tekemään samantapaisen tutkimuksen vähän laajemmalla otannalla koskien kenties jopa useamman hoivakodin asukkaita, jotta saataisiin varmempaa ja yleistettävämpää tietoa ikääntyneiden omista kokemuksista pitkä-

aikaisessa laitoshoidossa. Laajempi tutkimus olisi käyttökelpoisempi työväline kehittä-
essä pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyneiden hoitotyötä sekä pitkäaikaishoitoa tar-
joavien laitosten hoitoympäristöä sekä viihtyisyyttä.

LÄHTEET

- Aime, A. 2007. Tere Udernast. Vastaanottaja Tuulemets, A. Lähetetty 2.11.2007 [viitattu 4.11.2008]. Yksityinen sähköposti.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kivelä, S.-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo: WSOY.
- Koskenvuo et. al. (toim.) 2003. Sairauksien ehkäisy. Duodecim OY. Helsinki
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Liivas, K. toim. 2004. Eakate terviseteatmik. Ikääntyvien terveysopas. Odamees OÜ.
- Lyyra, T.-M., Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. toim. Vanheneminen ja terveys. Hoitotieto. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Medar, M. ja Tamberg, T. 2001. Sotsiaalteenuste vajadus ja kasutamine-sotsiaalsed ja kultuurilised erinevused (www.riik.ee/rahvastik/), Rahvastikuministri büroo. [WWW-dokumentti]. <http://www.riik.ee/rahvastik/medar.htm#_Toc526220840>. (Luettu 15.10.2008).
- Mustajoki, S., Routasalo, P., Salanterä, S. & Autio, A. 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A: 31/2001. Turku: Digipaino.
- Ollonqvist, K. 2005. Vanhusten arjen toimien tukeminen. Teoksessa: Sarvimäki, A. & Syrén, I. (toim.) Ikääntyvien arjen ja elämänlaadun tutkimus. Seminaariesityksiä 12.-13.10.2004. Oraita 2/2005. Ikäinstituutti, Kuntakallio-Säätiö.
- Paukkala, M. 2004. Eettisyys vanhusten laitoshoidossa on arjen pieniä asioita. Henkilöstön eettisen osaamisen vahvistaminen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Mikkelin ammattikorkeakoulu. A: Tutkimuksia 13. Mikkelin: Oy Kotkan kirjapaino Ab.
- Rajaniemi, J., Heimonen, S., Sarvimäki, A. & Tiihonen, A. (toim.) 2007. Ikääntyneiden arki. Näkökulmia ikäihmisten arjen kysymyksiin. Oraita 2/2007. Ikäinstituutti.
- Rastas, A., 2005. Kulttuurit ja erot haastattelutilanteessa. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 78-102.
- Routasalo, P. 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Heimonen, S. & Vuotilainen, P. (toim.) Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus. Hygieia. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 86-93.

- Rosenstein, M., 2000. Üldhooldekodudes elavate vanurite elukvaliteet ja teenuste osa. Yleisissä hoitolaitoksissa asuvien ikääntyvien elämänlaatu ja palvelut. Pärnu. Tartu ülikooli Pärnu Kolledz. [WWW-dokumentti]. <http://www.parnu.ee/raulpage/koolitus/rf_rosenstein.html#3>. (Luettu 27.10.2008).
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 22-56.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Udernan hoivakoti. [WWW-dokumentti]. <<http://www.hot.ee/udernahk/>> (Luettu 19.11.2008).
- Uibu, J., 1999. Vanurid Eesti ühiskonnas - rahvastikupoliitilised seisukohad. [WWW-dokumentti]. <<http://www.terramariana.ee/Yhiskond/yk-seenior-vanur.htm>>. (Luettu 16.10.2008).
- Vaininen, M., Routasalo, P. & Virtanen, J. T. 2001. Rakkaat ja tarpeelliset tavarat – vanhainkodissa asuvan vanhuksen esineistö. Teoksessa: Routasalo, P. & Arve, S. (toim.) Vanhusten hoito laitoksissa – Näkökulmia vanhusten laitoshoidon kehittämiseen. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:30/2001. Turku: Digipaino.
- Viron soisaaliministeriö. [WWW-dokumentti]. <<http://www.sm.ee/est/pages/index.html>> (Luettu 14.11.2008).
- Viron statistikakeskus. [WWW-dokumentti]. <<http://pub.stat.ee/px-web.2001/dialog/statfile2.asp>> (Luettu 21.11.2008).
- Vuotilainen, P. 2004. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes: tutkimuksia 142. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vuotilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes: oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Winblad, I. & Heimonen, S. 2004. Laatua laitoksesta – kuntouttavan lyhytaikaishoidon haasteet. Teoksessa Heimonen, S. & Tervonen, S. (toim.) Muistihäiriö- ja dementiatyön palapeli. Alzheimer-keskusliitto ry. Helsinki: Edita Prima Oy, 73-85.

LIITTEET

| | |
|--|----|
| Liite 1 Opinnäytetyön lupa-anomus..... | 55 |
| Liite 2 Udernan hoivakoti..... | 56 |
| Liite 3 Pelkistyksiä ja alakategorioita..... | 57 |

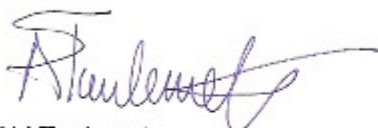
LAUREA-AMMATTIKORKEAKOULU

Porvoon toimipiste

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS/LÖPUTÖÖ LOA TAOTLUS

Olen Laurea-ammattikorkeakoulun terveyst- ja sosiaalialan sairaanhoitaja opiskelija. Tällä lomaakkeella pyydän kohteliaammin lupaa toteuttaa opinnäytetyöni aiheesta dementoituvan henkilön hoitotyön ongelmat ja keinot vastata näihin ongelmiin hoitohenkilökunnan näkökulmasta Udernan hoivakotissa. Opinnäytetyöni aineisto on tarkoitus kerätä haastatteleamalla Udernan hoivakotin hoitohenkilökuntaa. Samalla lupaan käyttää kerämiäni tietoja luottamuksellisesti ja vaitiolovelvollisena eikä kenenkään tunnustetietoja voida tunnistaa opinnäytetyöstäni.

Olen Laurea ametikõrgkooli tervise- ja sotsiaalala õpilane, kes õpib medõeks. Käesoleva ankeediga palun luba teostada minu lõputöö teemal dementsus sündroomiga isiku hooldustöö probleemid ja viisid lahendada neid probleeme hooldustöötajate vaatevinklist Uderna hooldekodus. Lõputöö materjal on kavas koguda hooldustöötajate intervijude teel. Samas luban kasutada kogutud andmeid usaldusväärselt ja vaikkimis vande alasena ja minu lõputööst ei või tuvastada kellegi isiklike andmeid.



Airi Tuulemets

Tel. Soomes: +358407490879

Tel. Eestis: +37251913686

E-mail: airi.tuulemets@laurea.fi

Anne Aime

Tel: +3585295620

E-mail: anneaime@hot.ee

www.hot.ee/udernahk



Irma Latvala (ohjaava opettaja/juhendav õpetaja)

Tel: +358400620502

E-mail: irma.latvala@laurea.fi



Pelkistyksiä

Kokee terveyden hirmuisan huonoksi
Kipua
Pää on kipeä/sairas
Väsymystä
Vointi huono
Huimaa
Käyttää lääkkeitä
Lääkitys vaihtelee
Lääkkeiden kokeilua
Reumaattinen kipu
Särkyä
Häiritsevä kipu
Kipristelevät
Avun tarve
Liikuntakyvyttömyys
Oma selviytyminen
Paljon valitettavaa
Tällainen ihmiselämä ei ole mitään

Alakategorioita

Kokee terveytensä huonoksi

Yläkategorioita

Kokemus terveydestä

Ei tarvitse lääkkeitä
Ei tarvitse lääkäreitä
Hyvä elämä
Toimeentulo parempi
Enempi liikkuminen parantaa elämänlaatua
Itsenäinen liikkuminen hyvä
Tyytyväisyys asuinpaikkaan
Liikkumiskykyisten oltava tyytyväisiä

Kokee terveytensä hyväksi

Muisti alentunut
Muistin kapasiteetti
Unohtelee
Täytyy kestää
Ei saa nukuttua
Tietämättömyyttä lääkkeistä
Pelokkuus
Unettomuutta
Kuoleman odottelua
Luottamattomuutta avun saantiin
Yksin tulee hulluksi
Ei haluaa kuolla
Huoli lapsista
Huoneen vaihtamista
Pelokkuutta kysyä
Hyvin huono omatunto
Pelko pyytää apua
Yksin tulee hulluksi
Ei haluaa kuolla

Psyykkistä toimintakykyä
alentavat tekijät

Psyykinen toiminta-
kyky

Nuppi leikkaa
Toiveikkaus
Lukee
Kirjoittaa
Varovaisuus
Yksi päivä kerrallaan
Rauha
Ei mitään riita
Taloudellisen tilanteen parantumi-
sen toivo
Rohkeutta sanoa

Psyykkistä toimintakykyä
edistävät ja ylläpitävät tekijät

Kompuroi ilman apuvälineitä
Taipuvuus heikentynyt
Puoli eroja
Näkökyvyn alentumista
Ruokailee huoneessa
Vatsavaivoja
Löhöilyä
Kemikaaleista huonoa oloa
Alentunut liikkumiskyky
Apua vessaan
Riippuvainen toisten avusta
Käyttää vaippoja
Huono ruokahalu
Matala verenpaine
Väärän vahvuiset silmälasit
Huono näkö
Ei huoli apua

Fyysistä toimintakykyä alen-
tavat tekijät

Fyysinen toimintakyky

Harjoittelee käsiä
Suunnittelee liikkumista
Tavoitteellista liikkumista
Peseytyy itsenäisesti
Kykyjensä mukaan liikkumista
Liikkumista tarvitaan
Kuntoutumista
Syö itse
Kävelee kepin kanssa
Kävelee toettuna
Pystyy kulkemaan raput

Fyysistä toimintakykyä edistä-
vät ja ylläpitävät tekijät

-apuvälineet-

Hammaspoteesit
Silmälasit
Rollaattori
Kävelykeppi
Jakkara
Pyörätuoli
Helpottaa liikkumista
Tukee
Auttaa

Raitista puhdasta ilmaa
Hoitaja tuulettaa huoneen
Riittävä lämmitys
Pölyisä
Kuiva ilma
Tuulettaa huoneen itse
Siivotaan
Kemikaalit
Voi asua
Jyrkät portaat
Yhteinen säilytystila
Unen häiriytymistä
Vilkkuvat valot
Joulukukat, joulukoristeet, joulu-
kyntteliköt

Fyysinen ympäristö

Ympäristön kokemus

Kaikenlaisia ihmisiä
Riippuu porukasta
Riippuu ihmisestä
Riippuu järjestä
Luonteesta
Luulee itseään herraksi
Elämän taakka tulee mukaan

Psyykinen ja sosiaalinen
ympäristö

Maukas ruoka
Mukava sänky
Sopiva lämmitys
Peseytymismahdollisuus
Puhdas pyykki
Käyttökelpoiset vaatteet
Ei tarvitsee erityisiä tavaroita
Omaat vaatteet
Vaatteet monien käytössä

Perustarpeet

Ei huoli apua
Ei osa haluta mitään
Ruokailee huoneessa
Harrastuksesta luopumista
Lukemisen vaikeutta
Ulkoilisi mielellään, mutta ei pysty
ilman apua
Kaipaa perhettä
Loputtomiin ei voi lukea
Ei sukulaisia elossa
Vierailujen loppuminen
Synttärit unohtuvat
Uskalluksen puudetta
Riitoja perheessä
Kiinnostuksen puudetta
Ei lahjoja vierailta
Kaikkien kanssa ei tule juttuun
Läheisyyden kaipua
Perhe menehtynyt

Sosiaalista toimintakykyä
alentavat tekijät

Sosiaalinen toiminta-
kyky

Halua tehdä itse
Yhdestä korvasta sisään toisesta
ulos
Seurustelua huonetovereiden
kanssa
Vitsailevat
Haluaa auttaa ja hoivata
Tutut käyvät
Sukulaiset käyvät
Jehovantodistajien vierailuja
Kokouksissa käymistä
Kirkkoherra käy
Joulupukki tulee
Saavat karkkipussit
Kutsu joulujuhliin
On kavereita
Oma tupa oma lupa
Antaa hoitajille jotain
Tytär käy kaks kertaa vuodessa
Kyky sopia asioista
Ei häiritse
Parempi vaieta
Ei ole individualisti
Haluaa auttaa
Vanha ystävä
Uusi ystävä
Juttuseuraa löytyy
Uskoo jumalaa
Läheittävä postikortteja
Kirjeenvaihtoa

Sosiaalista toimintakykyä
edistävät ja ylläpitävät tekijät

| | | |
|--|--------------|--------------|
| Oikein hyvä Huolehtiva Ei kävellä ohi kuin muurista Hyvä työporukka Puhdistavat Ruokkivat Täyttävät toiveita Antavat kaikkensa Auttavat Emäntä muistaa(peab meeles) Tulee juttuun Ei mitään hätä heissä Ajaa partaa Johtaja on kiva Kyselee Vastaavat avunpyyntöi- hin/tarpeisiin Hoitaja veisi | Positiivista | Henkilökunta |
|--|--------------|--------------|

| | |
|--|--------------|
| Henkilökuntaa vähän Kaikilla kiire Ei tiedoteta eläkkeistä Epäkohteliasta Tavaroiden hukkumista Pahastuu Pomot Yksin nostavat | Negatiivista |
|--|--------------|

| | | |
|---|--------------|------------------------------|
| Lepohuone Voi vitsailla Kortin peluuta Shakki Tammen peluuta Ompelee Kuluttaa aikaa kävelemällä edes- takaisin Lenkkeilyä ulkona Lukee kirjoja, sanomalehtiä, aika- kausilehtia Raamatun lukua Raamatusta vaihtelua päivään Aikakauslehtien lukua, juorulehtien Lukee Radion kuuntelua Radiosta kuulee maailmanasioita Vanhan ihmisen radio TV tuo maailman luokseen TV:n katselua Petaa itse petinsä Käy juhlissa Kontsertejä salissa Syntymäpäivät juhlitaan Kakku ja kukat Kulttuuri-ihminen on hauska Urheilu-uutisten seuraamista Jääkarhun elämän seuraamista Tylsyydestä ei ole riippuvainen Oma aktiivisuus Niin vanha kuin tuntee olevansa | Positiivista | Toiminta mahdollisuu- det |
|---|--------------|------------------------------|

| | |
|--|--------------|
| Käsityötä ei pysty enää tekemään Lukeminen hidasta Ei tykkää matkoista Ei ole vara mennä minnekään Ei tykkää enää matkustaa Telkkari huonokuntoinen Päivällä ei tee mitään Ei käy alakerrassa | Negatiivista |
|--|--------------|