

Johanna Määttä & Heidi Valtonen

HOITOHENKILÖKUNTA MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN SUUN HOITAJANA

HOITOHENKILÖKUNTA MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN SUUN HOITAJANA

Johanna Määttä & Heidi Valtonen
Opinnäytetyö
Syksy 2014
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Tekijät: Johanna Määttä ja Heidi Valtonen

Opinnäytetyön nimi: Hoitohenkilökunta muistisairaana ikääntyneen suun hoitajana

Työn ohjaajat: Anja Henner ja Anne Korteniemi

Työn valmistumislukukausi ja – vuosi: Syksy 2014

Sivumäärä: 63+3

Tulevaisuudessa ikääntyneiden sekä muistisairaiden määrä lisääntyy. Myös hampaallisten ikääntyneiden määrä tulee kasvamaan. Suun terveydestä huolehtiminen osana kokonaisterveyttä on tärkeää, koska huono suun terveys vaikuttaa yleisterveyteen haitallisesti. Muistisairauksiin liittyy muistin huononemisen lisäksi kognitiivisia häiriöitä, kuten käytöshäiriöitä ja motoristen toimintojen heikentymistä. Kaikki tämä aiheuttaa haasteita palvelukodissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle ja vastuu muistisairausten ikääntyneiden suun hoidosta on muistisairausten edetessä täysin hoitohenkilökunnalla.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, miten muistisairaana päivittäinen suun hoito toteutuu hoitohenkilökunnan toimesta sekä millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa. Teimme tutkimuksemme muistisairaiden palvelukodissa. Videokuvasimme ja havainnoimme hoitohenkilökunnan toteuttamia suun hoitotilanteita tarkistuslistaa apuna käyttäen.

Tutkimustuloksistamme käy ilmi, että palvelukodin ikääntyneiden suun terveydenhoitoa toteutetaan päivittäin. Hoitohenkilökunta toteutti useimmat suunhoitotilanteet tai kannustivat omatoimisuuteen, seuraten ja joskus neuvoen ikääntyneitä suunhoidossa. Tutkimustuloksemme ovat samankaltaisia aiempien vastaavanlaisten tutkimusten kanssa. Ikääntyneiden päivittäinen suunhoito toteutui parhaiten hampaiden harjauksen ja proteesien puhdistuksen osalta, mutta sen sijaan limakalvojen tarkistusta sekä kuivan suun hoitoa ei tapahtunut. Lisäksi tutkimustuloksemme osoittavat, että hoitohenkilökunnalla on oikeanlaisia sanalliseen ja sanattomaan viestintään liittyviä keinoja muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suun hoitotilanteessa. Yhä yksilöllisempään suunhoitoon päästäisiin kirjaamalla päivittäinen suun hoidon toteutuminen sekä käyttämällä tarpeenmukaisia suunhoitovälineitä ja –aineita. Palvelukodin hoitohenkilökunta ja muut terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyötyä tutkimuksestamme.

Tutkimuksestamme nousi esille useita jatkotutkimushaasteita. Vastaavanlaisen tutkimuksen voisi tehdä vuodeosaston hoitohenkilökunnalle. Ikääntyneiden parissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle voisi tehdä myös kyselytutkimuksen tai haastattelun, jolla selvittäisiin hoitohenkilökunnan tietoja ikääntyneiden suunhoidosta ja erilaisista suun sairauksista sekä niiden vaikutuksista yleisterveyteen. Hoitohenkilökunnalta voisi selvittää heidän asenteitaan ikääntyneiden suunhoitoon.

Asiasanat: hoitohenkilökunta, ikääntynyt, kohtaaminen, muistisairaus, palvelukoti, suunhoito

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Dental Health Care

Authors: Johanna Määttä & Heidi Valtonen

Title of thesis: Nursing Staff Taking Care of Oral Health of a Senior Citizen with Memory Loss

Supervisors: Anja Henner & Anne Korteniemi

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2014

Number of pages: 63+3

The number of senior citizens and people with memory loss will increase in the future. In addition, the number of senior citizens who retain their natural teeth will increase. Taking care of oral health is important because it affects general health. Memory deterioration and cognitive disorders are related to memory loss diseases. Cognitive disorders can be, for example, behavioral disorder or degradation of motor function. In nursing homes, these disorders bring challenges to nursing staff taking care of oral health of senior citizens with memory loss. The responsibilities involved in taking care of senior citizens' oral health grow when memory loss disease advances.

The purpose of our thesis is to describe how the daily oral health of senior citizens with memory loss is taken care of by nursing staff and what resources they have in oral health treatments. The examination is done in a nursing home caring for senior citizens with memory loss diseases. We filmed video material and observed oral health treatments. To aid our work, we used a checklist.

Our results predicate that oral health treatments of senior citizens in the assisted living facility occur daily. The nursing staff implemented most of the treatments themselves, or encouraged senior citizens to do them on their own with nursing staff instructing. Our results are similar to those of comparable studies. Senior citizens' daily oral health has been implemented best in tooth brushing and cleansing prostheses. However, there was no checking of mucous membranes or treatments related to dry mouth. To develop more individualized treatments there should be proper documentation written every day about the implemented oral health treatments, and proper equipment and material are also needed. In addition, our results indicate that the nursing staff has the right verbal and non-verbal resources to interact with senior citizens during their oral health treatments. Nursing staff in the assisted living facility and other health care professionals can benefit of our thesis.

The research revealed several follow- up research challenges. The research of same nature could be conducted to nursing staff working on hospital ward. The survey or interview based research that aims to investigate the quantity of nursing staffs knowledge concerning the dentistry, oral diseases and impact of these to general health could be addressed to nursing staff working with senior citizens. The attitude of the nursing staff towards the dental care of the elderly could be clarified.

Keywords: encounter, memory loss disease, nursing home, nursing staff, senior citizen, oral care

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 HOITOHENKILÖKUNTA MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN SUUN TERVEYDEN YLLÄPITÄJÄNÄ JA EDISTÄJÄNÄ.....	8
2.1 Ikääntymisen ja muistisairauksien tuomat muutokset.....	8
2.2 Ikääntymisen vaikutukset suun terveyteen.....	12
2.3 Palvelukotiasuminen ja hoitohenkilökunnan työnkuva.....	19
2.4 Muistisairaiden ikääntyneiden suunhoito	20
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	26
4 TUTKIMUSMETODOLOGIA.....	27
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	29
5.1 Tiedonantajien valinta	29
5.2 Aineiston hankinta ja analysointi.....	29
6 TUTKIMUSTULOKSET	33
6.1 Hoitohenkilökunnan toteuttama muistisairaana ikääntyneen päivittäinen suunhoito.....	34
6.1.1 Aseptiikan toteutuminen suunhoitotilanteessa	35
6.1.2 Hampaiden harjaus	35
6.1.3 Hammasvälien puhdistus	36
6.1.4 Hammasproteesien puhdistus	37
6.1.5 Limakalvojen puhdistus ja tarkistus	37
6.1.6 Kuivan suun hoito.....	38
6.2 Hoitohenkilökunnan keinot muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa	39
7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	42
8 POHDINTA	51
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	51
8.2 Kehittämissuhteet	55
8.3 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet.....	55
LÄHTEET	57
LIITTEET	63

1 JOHDANTO

Tulevaisuudessa ikääntyneiden määrä kasvaa. Yli 65-vuotiaiden osuus koko väestöstä oli 15 % vuonna 2005, mutta on ennustettu, että vuonna 2040 se olisi jo 27 %. Kaikkien ikääntyneiden määrä kasvaa 71 %. 75 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä kasvaa eniten, sillä heidän määrä yli kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä. (Knuutila & Vehkalahti 2008, 49.) Ikääntyneiden määrän kasvaessa, myös hoidettavien hampaiden määrä kasvaa. Siihen vaikuttaa lisäksi elintason kohoaminen, koulutuksen lisääntyminen sekä suuhygienian parantuminen, jolloin hampaiden säilyttämismahdollisuudet ovat paremmat. (Widström 2005, hakupäivä 2.5.2013.) Hampaallisten määrän lisääntyessä, tulee hoidettavaksi enemmän kiinnityskudossairauksia, paikattujen hampaiden uudelleen paikkauksia sekä proteettista hoitoa vajaahampaisille. (Knuutila & Vehkalahti 2008, hakupäivä 12.8.2014.)

Ikääntyneillä tulee olemaan suussaan yhä enemmän proteettisia ratkaisuja, kuten osaproteeseja, implantteja, siltoja ja kruunuja, jotka vaativat tarpeenmukaista hoitoa. Ikääntyneiden palvelukohteissa tämä asettaa haasteita myös hoitohenkilökunnan osaamiselle, jolloin koulutuksen tulisi vastata ajan haasteita. Tulevaisuuden ikääntyneet ovat tottuneet hoitamaan suutaan itse säännöllisesti ja heidän siirtyessään palvelukotiin, he odottavat samanlaisen säännöllisen suunhoidon jatkuvan, eikä suunhoidon osalta enää riitä pelkkä hammasproteesien puhdistus iltaisin. (Pirilä 2002, 140.) Vanhuspalvelulaissa on säädetty ikääntyneiden laadukkaista palveluista. Ikääntyneiden toimintayksikössä on oltava henkilöstö, jota on riittävästi ja, jonka koulutus ja tehtävät vastaavat ikääntyneiden vaatimaa palvelujen tarvetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, hakupäivä 23.9.2014.)

Ikääntyneiden suunhoito on tärkeää, koska suun terveys vaikuttaa yleisterveeyteen. Suun tulehdukset ovat vaara terveydelle ja esimerkiksi krooninen parodontiitti eli kiinnityskudossairaus on sydän- ja verisuonisairauksien ja keuhkoinfektioiden riskitekijä. Tämän vuoksi suun terveydenhoidon tulee olla osa kokonaishoitoa. (Pussinen, Nylund & Uitto 2012, hakupäivä 29.8.2014.)

Suomessa on tällä hetkellä lähes 130 000 muistisairasta (Muistiliitto 2014, hakupäivä 18.2.2014). Vuoteen 2050 mennessä muistisairaiden määrän arvioidaan nelinkertaistuvan. Alzheimerin tauti on yksi yleisimmistä ikääntyneiden toimintakykyyn vaikuttavista sairauksista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, hakupäivä 23.9.2014.) Opinnäytetyömme aiheena on hoitohenkilökunta muistisairaana ikääntyneen suun hoitajana. Rajasimme aiheen muistisairaisiin ikääntyneisiin, sillä heidän suunhoitonsa on muistisairauden edetessä hoitohenkilökunnan vastuulla ja olemme kiinnostuneita

siitä, miten se toteutuu. Hoitohenkilökunnan on lisäksi tärkeä tietää keinoja muistisairaana ikääntyneen hoitoon, koska muistisairaus vaikuttaa käyttäytymiseen mahdollisesti hankaloittaen suunhoitoa. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole tehty ennen, joten tutkimuksen tuottama tieto on tarpeellista.

Käsitämme tässä opinnäytetyössämme ikääntyneiksi yli 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat henkilöt (WHO 2013, hakupäivä 2.5.2013). Tutkimme, millaista hoitoa palvelukodissa asuvat muistisairaana ikääntyneet saavat suun terveyden osalta. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, miten hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana päivittäistä suunhoitoa ja millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa.

Teimme tutkimuksen muistisairaiden palvelukodissa. Tutkimukseen osallistui viisi hoitajaa ja neljä muistisairasta ikääntynyttä. Keräsimme tutkimusaineiston videokuvaamalla sekä havainnoimalla hoitohenkilökunnan toteuttamia suunhoitotilanteita tarkistuslistaa apuna käyttäen. Tavoitteena on, että tutkimuksesta hyötyvät hoitohenkilökunnan lisäksi myös palvelukodissa asuvat ikääntyvät, sillä suunhoitotoimenpiteitä tarvittaessa kehitetään tutkimustulosten pohjalta ja muistisairaiden suun terveys voi kohentua. Tutkimusaineistoon sekä siihen liittyvään teoretiseen perehtyminen lisää ammatillista osaamistamme ja asiantuntemustamme ikääntyneiden suun terveydenhoidosta. Muut terveydenhuollon ammattilaiset voivat hyötyä opinnäytetyöstämme ja suuhygienistit saavat keinoja muistisairaana kohtaamiseen suunhoitotilanteessa.

2 HOITOHENKILÖKUNTA MUISTISAIRAAN IKÄÄNTYNEEN SUUN TERVEYDEN YLLÄPITÄJÄNÄ JA EDISTÄJÄNÄ

2.1 Ikääntymisen ja muistisairauksien tuomat muutokset

Maailman terveysjärjestön eli WHO:n mukaan ikääntyneiksi luetaan 65-vuotiaat tai sitä vanhemmat ihmiset (WHO 2013, hakupäivä 2.5.2013). Ikääntymistä on vaikea tutkia, sillä se on laaja asia ja sitä voi tarkastella monien tieteenalojen näkökulmasta. Kaikkien kohdalla vanheneminen ei tarkoita toimintakyvyn ja henkisen suorituskyvyn laskua. (Hervonen 2001, 14.)

Muutokset, joita ikääntyminen tuo mukanaan voivat olla luonnollisia tai johtua erilaisista sairauksista. Luonnolliset muutokset tapahtuvat kaikille ja ne etenevät hitaasti sekä ovat palautumattomia. Niihin eivät vaikuta ulkoiset asiat. (Suominen 2008, 8.) Toisille sairaudet alkavat kerääntyä ja ne voivat johtaa toimintakyvyttömyyteen (Hervonen 2001, 14).

Läheisten ihmisten menetykset, yksinäisyys, sairaudet ja avun tarpeen lisääntyminen ovat tekijöitä, jotka heikentävät ikääntyneiden elämänlaatua. Monet yhtäaikaiset sairaudet ja niiden hoitoon käytettävät lääkkeet tuovat mukanaan uusia terveydellisiä haasteita. Ikääntymisen myötä havaitaan selvää toimintakyvyn alenemista fyysisistä suorituskykyä vaativissa tehtävissä. Tämä näkyy toiminnan hidastumisena. Tasapaino ja koordinaatiokyky heikkenevät, sillä ne vaativat useiden toimintojen yhteistyötä. (Heikkinen 2005, hakupäivä 2.5.2013.) Fysiologisia muutoksia ovat sydämen toiminnan, keuhkojen kapasiteetin sekä näkö- ja kuuloaistin heikkeneminen. Lisäksi suussa tapahtuu muutoksia, jotka vaikuttavat ruuan nautittavuuteen ja pureskeluun. Ruokavalio voi muuttua yksipuolisemmaksi, jolloin kaikkia tärkeitä ravintoaineita ei saada tarpeeksi. (Suominen 2008, 9.)

Ikääntyneen henkilön sekä yhteiskunnan kannalta keskeistä on, millaiset viimeiset vuosikymmenet ovat. Terveyspolitiikan tavoitteena on mahdollistaa itsenäinen elämä mahdollisimman pitkään hyvän terveyden ja toimintakyvyn avulla. Sen pyrkimyksenä ei ole niinkään pitkän iän saavuttaminen vaan mahdollisimman laadukas elämä loppuun asti. (Heikkinen 2005, hakupäivä 2.5.2013.) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalvveluista ja heidän toimintakykynsä tukemisesta on ensimmäistä kertaa tehty erillislaki, joka astui voimaan 1. heinäkuuta 2013. Laki on säädetty sen vuoksi, että ikääntyneet saisivat vaikuttaa enemmän heidän elämäänsä koskevien päätösten suunnittelussa ja palveluiden parantamisessa. Tarkoitus on parantaa ikääntyneiden hyvinvointia, toimintakykyä ja itsestä toimeentuloa takaamalla heille laadukkaat sosiaali- ja terveystalvvelut, joiden sisältöön he

voivat itse vaikuttaa. Suun terveydenhuollosta puhutaan lain pykälässä 10§, joka koskee asiantuntemusta.

Kunnan käytettävissä on oltava ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien sosiaali- ja terveyspalvelujen laadukasta järjestämistä varten riittävästi monipuolista asiantuntemusta. Erityisasiantuntemusta on oltava ainakin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen, gerontologisen hoito- ja sosiaalityön, geriatrian, lääkehoidon, ravitsemuksen, monialaisen kuntoutuksen sekä suun terveydenhuollon alalta.(Soiluva 2013, 6-7.)

Laissa siis määrätään, että suun terveydenhuollon osalta on myös oltava tarjolla erityisasiantuntemusta iäkkäiden suun terveyden ja sitä kautta koko yleisterveyden takaamiseksi. Tämän täytyy toteutua jokaisessa kunnassa. (Soiluva 2013, 6-7.)

Muistisairaudet ja niiden hoito

Työssämme käytämme muistisairaus ja muistisairas käsitteitä puhuttaessa dementiaa tai demensiaa sairastavasta henkilöstä, sillä nämä termit esiintyvät yleisimmin tämän päivän tutkimuksissa ja se oli myös palvelukodin toive.

Dementia tarkoittaa usein ikääntyneillä esiintyvää oiretta aivoja vaurioittavasta sairaudesta, johon liittyy puheen tai motoristen liikesarjojen hankaloituminen, vaikeus käsittää näkemäänsä ja mahdollisesti käytöshäiriöitä (Huttunen 2011, hakupäivä 15.5.2013, Erkinjuntti & Huovinen 2001, 54). Dementia syntyy monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta eli se on jälkitila, joka voi olla pysyvä, etenevä tai ohimenevä taustastaan riippuen. Pysyvään dementiaan johtaa yleensä Alzheimerin tauti, joka on aivoja rappeuttava muistisairaus. Dementiaa voi aiheuttaa myös Lewyn tauti, joka on keskushermoston harvinainen sairaus. Dementian oireisiin voi johtaa vitamiinien puutos, myrkytystilat, depressio, keskushermoston sairaudet, Parkinsonin tauti, aivokasvaimet, aineenvaihdunnan häiriöt ja keskushermoston tulehdukset. (Huttunen 2011, hakupäivä 15.5.2013.)

Dementiaan liittyy erilaisia käytösoireita, joista ensimmäinen on usein masennus eli depressio. Sitä voi olla vaikea havaita, sillä muistisairas ei helposti ilmaise sanallisesti tunteitaan. Muistisairaalla

voi kuitenkin havaita muita masennukselle tyypillisiä oireita, kuten itkuisuutta, surullisuutta, ärtyneisyyttä, liikkeiden hidastumista, laihtumista ja ruokahaluttomuutta. Tällöin dementia voidaan diagnosoida virheellisesti masennukseksi. Levottomuus ja aggressiivisuus ovat myös ilmeisimpiä demencian oireita. Levottomuus voi johtua siitä, että muistisairas kokee kipua, surua tai huonoa oloa, jota hän ei pysty sanoin ilmaisemaan. Levoton henkilö voi käyttäytyä väkivaltaisesti, heitellä tavaroita ja huutaa. Aggressiivinen käyttäytyminen voi kohdistua muistisairasta hoitavaa henkilöä kohtaan. (Vataja 2013, hakupäivä 15.5.2013.) Tämä aiheuttaa haasteita esimerkiksi suun puhdistukselle.

Dementiaa sairastavilla ilmenee psykoottisia oireita, joilla tarkoitetaan yksinkertaisia harhaluuloja tai aistiharhoja. Harhaluulot liittyvät nopeaan älyllisen toimintakyvyn huononemiseen. Harhaluulot, esimerkiksi puolison pettämisestä, voivat johtaa aggressiivisuuteen ja väkivaltaisuuteen. Aistiharhat voivat liittyä mihin tahansa aistiin, joista näköharhat ovat kuitenkin tavallisimpia. Ne voivat olla ensimmäinen oire dementiasta. Unihäiriöiden määrä lisääntyy demencian myötä. Unen laatu muuttuu ja sängyssä vietetyn ajan määrä kasvaa. Vuorokausirytmii voi kääntyä, jolloin yöllä valvotaan ja päivällä nukutaan. Painajaiset ja pelokkuus herätessä kuuluvat demencian raskaimpiin oireisiin demencian sairastavan ja hoitajan kannalta. Sairaus voi vaikuttaa seksuaaliseen käyttäytymiseen joko lisäämällä tai vähentämällä seksuaalista halukkuutta. Seksuaalinen kiinnostus voi kohdistua myös täysin tuntemattomaan henkilöön. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 181–183.)

Alzheimerin tauti on yleisin demenciasairausista ja joka neljäs yli 85-vuotiaista sairastaa sitä. Riski sairastumiseen lisääntyy iän myötä. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 60.) Ensimmäisenä oireena taudista tulevat muistihäiriöt, jotka vaikuttavat asioiden muistamiseen ja hankaloittavat uuden oppimista. Asiat menevät helposti sekaisin ja lähimuisti huononee. Tämä näkyy esimerkiksi tavaroiden hukkaamisena ja uudet nimet sekä sovitut asiat eivät pysy mielessä. (Muistiliitto ry 2009, hakupäivä 8.6.2013.) Taudin edetessä itsenäinen selviytyminen arjen toiminnoissa vaikeutuu ja voi ilmaantua erilaisia käytöshäiriöitä. Lopulta edessä on laitoshoido, kun muistisairas ei enää tiedosta sairauttaan. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 60.)

Vaskulaarisiksi eli verenkiertoperäisiksi demencioiksi sanotaan erilaisten verenkiertohäiriöiden aiheuttamien aivokudoksen vaurioiden seurauksena syntyneitä demencioita. Suomessa tällaisten demencioiden esiintyvyys kaikista demencioista on noin 15–20 prosenttia. Vaskulaarisen demencian oireiden luonne riippuu aivoihin tulleen vaurion sijainnista sekä laajuudesta. Tavallisin vaskulaarisen demencian muoto on subkortikaalinen eli aivokuorenalainen muoto. Se on niin sanottu pienten

suonten dementia, jolloin aivojen syvimpien osien pienet valtimot menevät tukkoon. Jos verenkiertohäiriö aiheuttaa vaurion aivokuorelle, puhutaan kortikaalisesta muodosta, niin sanotusta moniinfarktidentistiasta. Tällöin tukoksia on aivojen päävaltimoiden haaroissa. Tukokset voivat olla paikallisia hyytymiä eli trombeja tai liikkuvia veritulppia eli embuluksia. Aivojen tärkeällä alueella tapahtuva aivoinfarkti voi myös laukaista dementian. (Sama, 72–73.) Dementian oireita eli älyllisen toimintakyvyn laskemista esiintyy noin 30 prosentilla Parkinsonin tautia sairastavista. Pääasiallisin oire on kuitenkin vapina ja lihasjäykkyys. (Sama, 94.)

Lewyn kappale- dementia on kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus Alzheimerin ja verenkiertoperäisen dementian jälkeen. Sitä sairastaa Suomessa noin 10 000 ihmistä. Sairautta edeltää Parkinsonin tai Alzheimerin taudeille tyypilliset oireet. Oireena Lewyn kappale- dementiassa on älyllisen toimintakyvyn huononeminen, joka pahenee sairauden edetessä. Väsyneenä oireet pahenevat ja looginen ajattelukyky sekä muisti voivat heikentyä. Huumorintaju voi säilyä ennallaan ja lähimuisti sekä oppimiskyky voivat pysyä hyvänä pitkään. Vähitellen dementialle tyypilliset piirteet lisääntyvät. Tällöin lauseet lyhenevät ja sanoja ei löydy tai niiden löytäminen vaatii enemmän aikaa. Oireet vaihtelevat paljon vireystilan mukaan, jolloin aamuisin Lewyn kappale- dementiassa sairastava voi olla selkeä, kun taas iltapäivän tullessa voi jo esiintyä sekavuutta ja aistiharhoja. Sairaudelle tyypillisiä oireita ovat myös kaatumiset ja pyörtymiset, matala verenpaine, äkipikainen käytös sekä tajuttomuuskohtaukset. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 88–90.)

Frontotemporaalinen degeneraatio on yhteisnimitys aivojen otsalohkoja rappeuttaville dementoiville muistisairauksille. Motivaatiosta ja itsehillinnästä vastaavat otsalohkon alueet vaurioituvat tietystä syystä kuten kasvaimen tai aivovamman vuoksi, jolloin se vaikuttaa ihmisen persoonaan ja muuttaa hänen tyypillistä käyttäytymistään. Frontotemporaaliset degeneraatiot jaetaan kolmeen eri dementiamuotoon: frontotemporaaliseen dementiaan, etenevään sujumattomaan afasiaan ja semanttiseen dementiaan. Frontotemporaalisessa dementiassa, joka alkaa yleensä 45–65 vuoden iässä, yleisimpänä oireena on muutos persoonallisuudessa ja käyttäytymisessä. Käytös voi muuttua sopimattomaksi, mutta sen sijaan lähimuisti voi pysyä hyvänä. Lisäksi apaattisuus ja myöhemmin ilmenevät kielelliset häiriöt kuuluvat taudin kuvaan. Etenevässä sujumattomassa afasiassa puheen tuottaminen ja ymmärtäminen aiheuttaa hankaluuksia, mutta muisti voi säilyä hyvänä pitkään. Kielipillisiä virheitä syntyy ja lukeminen on haastavaa. Semanttisessa dementiassa muistisairas osaa lukea, kirjoittaa ja puhua sekä muisti pysyy kohtuullisen hyvänä. Sanojen merkitys kuitenkin katoaa, jolloin puhe muuttuu sisällöltään merkityksettömäksi. Henkilö ei tunnista enää esineitä, kasvoja ja asioita samoin kuin ennen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 90–93.)

Dementian eri muotoja voidaan hoitaa sekä lääkkeellisellä että lääkkeettömällä hoidolla. Jos muistihäiriön taustalla todetaan olevan jokin yleissairaus, hoidetaan sitä asianmukaisesti. Mikäli kyseessä on etenevä tai pysyvä sairaus, taudin oireita voidaan lievittää ja taudin etenemistä hidastaa. (Sama, 164.)

Alzheimerin taudin hoidossa pyritään siihen, että tautia sairastava voisi asua kotona mahdollisimman pitkään ja elämänlaatu säilyisi hyvänä. Jos henkilöllä on virtsanpidättämiskykyä, käytös- tai psyykkisiä oireita, on laitohoito todennäköistä. Lääkkeellisellä hoidolla voidaan pidentää kotihoitoa yhdellä vuodella taudin oireiden lieventyessä. Sitä käytetään lievässä ja keskivaikeassa taudin vaiheessa, sillä lääkkeet pääasiassa hidastavat ja lieventävät oireita. Tautiin kuuluvia oireita, kuten masennusta ja ahdistusta voidaan myös helpottaa lääkkeillä. Aistit pyritään pitämään mahdollisimman hyvinä, esimerkiksi silmälaseilla ja kuulolaitteella. Huono näkö ja kuulo lisäävät aistiharhoja, jotka voivat tuoda turvattomuuden tunteita. Vaskulaarisen dementian hoito määräytyy aivoverenkiertohäiriön tyyppin mukaan. Myös Lewyn kappale- taudin hoidossa oleellista on oireiden lievittäminen lääkkeillä ja lääkkeettömästi, sillä parantavaa hoitokeinoa ei ole. Sen sijaan frontotemporaaliseen dementiaan ei ole lieventävää lääkettä. Lääkkeiden avulla voidaan kuitenkin vähentää yliaktiivisuutta, joka aiheuttaa käytöshäiriöitä. Muistisairaana ympäristö on tehtävä mahdollisimman turvalliseksi oireiden lievittämiseksi. (Sama, 164–167, 170-172.)

2.2 Ikääntymisen vaikutukset suun terveyteen

Suun terveys vaikuttaa yleisterveyteen. Etenkin huonokuntoisilla ikääntyneillä puutteellinen suuhygienia on uhka muulle terveydelle ja sillä on osoitettu olevan yhteys eliniän lyhenemiseen. (Pussinen ym. 2012, hakupäivä 29.8.2014.) Huonokuntoisessa suussa voi esiintyä monenlaisia kipuja, esimerkiksi hampaita yhteen purtaessa ja syödessä. Hyvä suun terveys pienentää tulehdusten, esimerkiksi keuhkotulehduksen riskiä ja sillä on positiivisia vaikutuksia moniin sairauksiin ja niiden hoitoon, kuten diabetekseen. (Knuutila & Vehkalahti 2008, 48.)

Suun infektion seurauksena verenkiertoon vapautuu jatkuvasti mikrobeja ja tulehduksen välittäjäaineita. Huono suuhygienia johtaa gingiviittiin eli ientulehdukseen, josta hoitamattomana voi seurata paradontiitti eli hampaiden kiinnityskudoskato. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2010, hakupäivä 12.9.2013.) Huono suuhygienia lisää keuhkokuumeen riskiä. Keuhkokuume on yksi suurimmista kuoleman aiheuttajista ikääntyneiden keskuudessa. On todettu, että monet suussa esiintyvät bakteerit voivat

aiheuttaa infektioketjun, joka lopulta johtaa keuhkokuumeeseen. Eräässä japanilaisessa tutkimuksessa todettiin, että huonosta suuhygieniasta voi aiheutua kieleen katteisuutta, joka altistaa keuhkokuumeelle. Tutkimuksessa kävi ilmi, että niillä henkilöillä, joilla oli runsaammin katetta kielessä, oli myös enemmän bakteereja suussa ja ne henkilöt, joilla bakteerikanta syljessä oli suuri, sairastuvat todennäköisemmin keuhkokuumeeseen. Huono kielihygienia siis lisää merkittävästi riskiä sairastua keuhkokuumeeseen. (Suomen Hammaslääkärilehti 2007, 1265.)

Suun ja hampaiden kunto vaikuttavat siihen, millaista ravintoa pystyy syömään, ja kuinka monipuolinen ruokavalio on. Runsaasti pureskelua vaativien kasvien, vihannesten ja hedelmien syönte voi vähentyä, mikäli hampaita puuttuu tai ne ovat huonossa kunnossa. Tällöin ruokavalio voi muuttua yksipuoliseksi, mikä voi johtaa aliravitsemukseen, puutetiloihin ja suun kudosuutoksiin. Tällöin suu altistuu herkemmin erilaisille tulehdustiloille ja sieni-infektioille. Pureskelua vaativa ruoka lisää syljeneritystä, ja sylki taas auttaa ravinnon nielemisessä ja pureskelussa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, hakupäivä 5.5.2013.)

Syljen merkitys ja kuivan suun haasteet

Syljellä on tärkeä tehtävä puskurikapasiteettina, mikä tarkoittaa, että se laimentaa suun happoja ja poistaa suusta bakteereja. Suuhun tulee happohyökkäys aina kun syödään ja tällöin tapahtuu demineralisaatiota eli hampaan kiilteen liukenemistä. Mitä runsaampi syljeneritys on, sitä paremmin puskurikapasiteetti toimii ja hampaiden reikiintyminen vähenee. (Honkala 2009, hakupäivä 3.5.2013.) Syljellä on merkitystä suun kosteuttajana, mikä toimii suojana ikenille ja limakalvoille (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 12.9.2013). Kuivassa suussa makujen aistiminen vaikeutuu, sillä sylki liuottaa ravinnosta makuja (Honkala 2009, hakupäivä 3.5.2013).

Ikääntyneiden syljeneritykseen vaikuttavat monet sairaudet ja lääkitykset. Sjögrenin syndrooma, syövä, joita hoidetaan sädehoidolla sekä sylkirauhassairaudet kuuluvat sairauksiin, jotka vähentävät syljen eritystä. Verenpaine- ja mielialalääkkeet sekä allergialääkkeet ja hormonaaliset muutokset elimistössä sekä rasiustilat, kuten kuume myös heikentävät syljen eritystä. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 12.9.2013.)

Syljenerityksen vähenemisestä voi seurata hyposalivaatio eli kuiva suu. Hyposalivaatio aiheuttaa limakalvojen kirvelyä, polttelua sekä metallinmakua suussa. Nielemisvaikeuksia ja puheongelmia voi myös esiintyä. Kuiva suu vaikeuttaa hammasproteesien pysyvyyttä. (Meurman 2001, 277.) Kuivassa suussa limakalvot halkeilevat helpommin ja hampaiden harjaus hankaloituu. Tästä voi seurata hampaiden puhdistuksen vältteleminen. (Pirilä 2002, 18.) Kuivan suun hoitona tulisi selvittää

ensin syljeneritystä vähentävien lääkkeiden tarpeellisuus ja muuttaa lääkitystä, jos se on mahdollista. Pureskellessa syljeneritys lisääntyy, joten pureskelua vaativa ruoka helpottaa kuivan suun oireita. Syljeneritystä voidaan stimuloida ksylitolipurukumilla tai pastilleilla sekä fluoritableteilla. Kuivaa suuta voi kostuttaa vedellä tai huuhdella laimealla suolaliuksella ja limakalvoja ja kieltä voidaan ruokaöljyllä. Suusuihkeet ja geelit toimivat myös oireiden helpottajina. Lisäksi huulet ja suupielet vaativat rasvausta. Kuivasuisen ei tulisi käyttää voimakkaita aineita ja alkoholia sisältäviä suuvesiä. (Sama 18–20; Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 41.)

Kuivassa suussa suu- ja hammassairauksien riski kasvaa, koska sylki ei pääse huuhtomaan ja puolustamaan suuta. Näin haitalliset mikrobit pääsevät lisääntymään suussa. Suussa ei tapahdu tarpeeksi remineralisaatiota eli hampaan pinnan uudelleenkovettumista. Reikiintymisriski lisääntyy, sillä hampaan pinta pehmenee happojen vaikutuksesta. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2014, hakupäivä 1.10.2014.)

Vähäisen syljenerityksen vuoksi kieltä voi kirvellä ja suupielet saattavat tulehtua. Kieli tai ruoka voi tarttua kitalakeen, nieleminen on vaikeaa ja makujen aistiminen hankaloituu. Ruokavaliota ei ole suositeltavaa muuttaa täysin soseutettuun ravintoon, vaikka pureskelu olisi haastavaa. Mahdollisimman hyvän syljenerityksen ylläpitämiseksi tulisi suosia luonnostaan pehmeitä ruokia. Puutteellinen ruokavalio voi heikentää ikääntyneiden toimintakykyä suun terveyden huononemisen ohella. Toimintakyvyn heikentyessä myös suun terveydestä huolehtiminen vaikeutuu tai voi jäädä kokonaan huomiotta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, hakupäivä 5.5.2013.)

Kiinnityskudossairaudet

Gingiviitti eli ientulehdus on seurausta plakin kertymisestä ienrajoihin. Tällöin ien tulehtuu plakin bakteerien vaikutuksesta ja siitä näkyvänä merkinä on ikenen turvotus, punaisuus ja verenvuoto. Hoitona on plakin poisto eli suuhygienian parantaminen. (Könönen 2012, hakupäivä 8.9.2013.) Jos näiden oireiden lisäksi hampaissa esiintyy liikkuvuutta ja märkävuotoa ikenistä, pahanhajuista hengitystä ja hampaiden välien suurenemista, tulehdus on edennyt pidemmälle ja bakteerit ovat tuhonneet hampaiden kiinnityskudoksia. Tämä sairaus on parodontiitti eli hampaiden kiinnityskudossairaus. Tulehdus etenee tuhoten hampaan juurta sekä leukaluuta ja hoitamattomana se johtaa hampaan menetykseen. Parodontiitti etenee hitaasti ja sen oireet voivat olla huomaamattomia pitkän aikaa. Parodontiittiin sairastuminen on yksilöllistä, mutta sitä edesauttavat huono suuhygienia sekä tupakointi. Sairaudelle altistavat tietyt yleissairaudet, esimerkiksi diabetes. Perinnölliset tekijät ja lääkitykset voivat vaikuttaa sen kehittymiseen. Hoitona ensisijaisesti estetään alkaneen infektion ja siitä seuraavan kudostuhon eteneminen suuhygienian tehostuksella. Suunhoidon ammattilaisen

täytyy lisäksi suorittaa perusteellinen suun puhdistus ja joissakin tapauksissa tarvitaan avuksi mikrobilääkitystä tai leikkausta. (Könönen & Riikola 2010, hakupäivä 12.9.2013.)

Parodontiittia ilmenee ikääntyneistä kahdella kolmasosalla, joilla on omia hampaita. Ikääntymisen vuoksi usein vastustuskyky heikkenee, jolloin parodontiitin eteneminen nopeutuu. Ikääntyneillä suun puhdistaminen voi olla vaikeaa ikenien vetäytymisen ja hammasvälien suurentumisen vuoksi. Lisäksi hampaat ovat usein runsaasti paikatut, jolloin siellä on paljon mikrobien kiinnittymiskohtia. Usein käsien motoriikka ja heikko näkö edesauttavat parodontiitin etenemistä puhdistamisen vaikeutuessa. Taudin aikana verenkiertoon pääsee tulehtuneista ientaskuista bakteereja ja myrkyjä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 10–11.) Hoitamattomana parodontiitti ylläpitää elimistössä tulehdustilaa ja sen vuoksi sydän- ja verisuonisairauksien riski kasvaa (Könönen & Riikola 2010, hakupäivä 27.10.2014).

Karies

Karies tarkoittaa sairautta, jossa hampaan kovakudos vaurioituu tiettyjen bakteerien vaikutuksesta. Nämä bakteerit erittävät happoa ruuan hiilihydraateista, jotka liuottavat hampaan kiilteen mineraaleja. Tätä tapahtumaa kutsutaan demineralisaatioksi. Tällöin hampaan pinta pehmenee ja tämän jatkuessa hampaaseen voi syntyä reikä. Reikien syntymistä voi ehkäistä demineralisaation vastakohtalla eli remineralisaatiolla, jossa hampaan kovakudos kovettuu uudelleen. Happojen aiheuttamien vaurioiden korjaamiseksi tulee käyttää fluoria sisältävää hammastahnaa ja välttää hiilihydraattien runsasta ja tiheää käyttöä. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Apollonia ry:n asettama työryhmä 2014, hakupäivä 1.10.2014.)

Ikääntyneillä karies esiintyy lähinnä juurikarieksena. Juurenpinnat ovat paljastuneet ienvetäymien vuoksi, mikä taas on seurausta hampaiden harjauksesta monien vuosien ajalta tai parodontiitista. Juuren pinnalla ei ole kiillettä vaan juuri koostuu dentiinistä ja sitä kerrostavasta sementistä. Dentiini on alttiimpi bakteerien happohyökkäykselle, koska siinä on vähemmän mineraaleja kuin kiilteessä. (Strand 2011, 34.) Juurikaries etenee nopeasti ja voi johtaa hampaan katkeamiseen. Se etenee usein piilevänä, sillä ikääntyneillä hampaiden tuntoherkkyys on vähentynyt ja kipua ei välttämättä aistita. (Keskinen 2009, hakupäivä 3.5.2013.) Juurikariesriski nousee myös lääkkeiden käytön seurauksena, sillä ne vähentävät usein syljeneritystä. Juurten pintoja on hankalampi puhdistaa kuin hampaiden kruunuosia, sillä juuren pinnat eivät ole pulleita. (Strand 2011, 34.)

Fluorin ohella, ksylitolin käytöllä on osoitettu olevan suotuisia vaikutuksia kariuksen ehkäisyyn. Ksylitoli sopii hyvin ikääntyneille ja myös useimmille diabeetikoille. Ksylitoli muun muassa vähentää kariesta aiheuttavien mutans streptokokkien määrää ja tekee hammasplakista vähemmän kariesta

aiheuttavan. Ksylitolit on tehokkainta säännöllisesti ja pitkäaikaisesti käytettynä. (Mäkinen 2003, 47, 56, 64.) Ksylitolituotteita eli ksylitolipurukumia tai -pastilleja olisi hyvä ottaa ainakin kolmen aterian päätteeksi joka päivä (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä 2014, hakupäivä 1.10.2014).

Limakalvomuutokset

Limakalvot tulee tutkia niin hampaattomasta kuin hampaallisesta suusta. Usein muutokset ovat oireettomia, minkä vuoksi niitä on hankala havaita muuten kuin säännöllisillä suun limakalvojen tarkistamisella. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 12.9.2013.) Suussa voi olla haavaumia, jotka johtuvat tulehduksesta, limakalvosairauksista tai hankauksesta. Niitä tulee seurata ja poistaa ärsyttävä tekijä. Mikäli ne eivät parane parissa viikossa, on kudoksenäytteen ja mahdollisesti myös sieniviljelynäytteen otto tarpeen haavaumien syyn selvittämiseksi. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 15.)

Suussa voi olla myös sarveistumia, jotka voivat johtua tupakasta tai nuuskasta. Ne ovat yleensä vaaleita tai ruskehtavia muutoksia ja voivat kertoa limakalvon ärsytyksestä tai limakalvosairaudesta. Myös jotkin yleissairaudet aiheuttavat sarveistumia. Joskus sarveistumat ja punaiset läikät suussa voivat olla syövän esiasteita, minkä vuoksi niitä tulee seurata 6-12 kuukauden välein, varsinkin, jos vaaleassa läikässä havaitaan punainen alue tai läikkä on kokonaan punoittava. Monet lääkkeet ja yleissairaudet aiheuttavat muutoksia kielessä. Sileä kielenpinta voi olla merkki anemiasta, ravitsemushäiriöstä tai B-vitamiinien puutteesta. Karvakieli taas on aivan normaali muutos, joka ei ole vaarallinen. Silloin kielen pinta on nukkainen ja kieltä voi harjata varovaisesti hammas-harjalla tai kaapimella nukan vähentämiseksi. Niin sanottu karttakieli eli kieli, joka on laikukas, on myös vaaraton. Joskus se voi kuitenkin aristaa ja ärsyttävät ruuat ja juomat sekä voimakkaat mausteet pahentavat oireita. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 15–16.)

Vaarattomia muutoksia suun limakalvoilla ovat torukset eli luumuodostumat, jotka sijaitsevat alaleuassa symmetrisesti kielen vieressä kummallakin puolella. Fordycen granulat ovat mannaryynimäisiä normaaleja talirauhasia. Tummat verisuonipullistumat ovat myös hyvin tavallisia muutoksia. Mukoseelit ovat pienten sylkirauhasten pullistumia, jotka ovat vaarattomia, mutta voivat kuitenkin olla arkoja puhjetessaan. Amalgaamitatuoinniksi sanotaan värjäymiä, jotka ovat tulleet kun amalgaamipaikasta on päässyt limakalvoille värjääviä metalleja. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 20.) Suussa olevat punareunaiset, vaaleat ja kipeitä haavaumat ovat aftoja ja ne ovat myös vaarattomia. Ne voivat olla suussa parista päivästä jopa pariin viikkoon. Aftojen syntyperää ei tarkkaan tiedetä, mutta niitä voivat aiheuttaa ruoka-aineet, hammastahnan vaahtoava aine tai

kemiallinen ärsytys. Hormonitasapainon muutokset ja joidenkin hivenaineiden puutokset saattavat altistaa aftoille. Hoitona niihin on esimerkiksi hyvä suuhygienia, ärsykkeiden poistaminen ja klooriheksidiinigeeli. (Sama, 17.)

Lichen planus on limakalvo- ja/tai ihosairaus. Sitä esiintyy eniten yli 40-vuotiailla ja enemmän naisilla kuin miehillä. Se ei ole vaarallinen, mutta voi aiheuttaa kiusallisia oireita. Sairaus on usein vähäoireinen, jolloin se ilmenee vain valkoisina, symmetrisinä juosteina posken ja kielen limakalvoilla tai ikenissä. Joskus oireet voivat olla erittäin kivuliaita ja silloin esiintyy haavaumia, rakkuloita tai punaisia laikkuja ja ikenet voivat ohentua, jolloin hampaiden harjaaminen on kivuliasta. Toisinaan lichen planus aiheuttaa sieni-infektioita, jotka pahentavat oireita ja kipua. Oireita voivat pahentaa muun muassa mausteiset ruoat, kahvi, sitrushedelmät sekä voimakkaan makuiset hammaspastat. Lichen planuksen etiologia on tuntematon, mutta sen on ajateltu liittyvän jotenkin immuunijärjestelmän häiriöön. Tiettyjen sairauksien, kuten diabeteksen ja korkean verenpaineen hoitoon käytettävät lääkkeet voivat aiheuttaa lichenoideja leesioita eli samanlaisia oireita kuin lichen planuksessa. Lichen planusta ei tarvitse hoitaa, mikäli siihen ei liity kipuja. Kivuliaassa lichen planuksessa on syytä välttää mahdollisesti ärsyttäviä ruoka-aineita ja pitää yllä hyvää suuhygieniaa. Jos siihen liittyy myös sieni-infektioita, tulee ne hoidattaa asianmukaisella lääkityksellä. Kotihoitona kipuihin voidaan käyttää muun muassa kamomillateetä tai kortisonia. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 13.2.2014.)

Suussa olevat rakkulat voivat olla merkki vyöruususta eli herpes zosterista. Se alkaa yleensä hampaiden kovana kipuna, jonka jälkeen suun sisä- ja ulkopuolelle ilmestyy rakkuloita. Rakkulat paranevat muutaman viikon kuluessa, mutta alue voi olla kipeänä pidempään. Ikääntyneillä kivut ovat usein kovempia. Hoitona käytetään asikloviiri-viruslääkettä ja sen käyttö tulisi aloittaa mahdollisimman pian oireiden ilmaannuttua. (Sama, 17.)

Lääkkeet aiheuttavat erilaisia limakalvomuutoksia. Yleinen limakalvomuuotos on syöpymä, joka johtuu siitä, kun tulehduskipulääke on tarttunut suun limakalvoon. Suun kuivuudesta ja nielemisvaikeuksista johtuen muitakin lääkevalmisteita voi tarttua limakalvoille muodostaen syöpymiä. Jos limakalvo ei parane parin päivän aikana, on syytä käydä hammaslääkärissä. Lääkeaineet voivat aiheuttaa värjäytymiä limakalvoille ja hampaisiin. Klooriheksidiini voi tilapäisesti värjätä kieltä ja hampaita ruskeiksi ja kulta sisältävät lääkkeet, kuten reumalääkkeet saavat myös aikaan värjäytymiä. Limakalvojen tummumista eli pigmentaatiota sen sijaan aiheuttavat esimerkiksi psyyke- ja epilepsialääkkeet. Muun muassa mieliala-, epilepsia- sekä sydän- ja verenpainetautien hoitoon

käytettävät lääkkeet sen sijaan voivat aiheuttaa ikenen liikakasvua. Liikakasvu vaikeuttaa hampaiden puhdistamista ja usein sitä joudutaan hoitamaan ikenen leikkauksella. Suuhygieniasta huolehtimisella voi ehkäistä ikenen liikakasvua. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 18–19.)

Suusyövän riski kasvaa ikääntymisen myötä. Eniten suusyöpiä on yli 65-vuotiailla. Suusyöpää aiheuttavat tupakka, alkoholi, huonokuntoiset hampaat tai hammasproteesit, kuiva suu sekä huono suuhygienia. Erilaiset suun limakalvosairaudet ja hiivasieni lisäävät suusyövän riskiä. (Sama, 17.) Suusyöpä on nopeasti etenevä, vähäoireinen tauti. Kliinisiä merkkejä suusyövästä ovat kyhmyt kaulalla tai suussa, parantumattomat haavaumat, valkoiset tai punoittavat muutokset sekä hampaan liikkuvuus. Kipuoire tulee vasta myöhäisessä vaiheessa. Suusyöpä diagnosoidaan kudoksenäytteellä. Huulisyövästä merkinä on parantumaton haavauma tai rupi. (Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä 2012, hakupäivä 12.9.2013.)

Sieni-infektio

Ikääntyneillä sieni-infektion laukaisevana tekijänä voivat olla proteesit, antibiootit, aliravitsemus, vastustuskyvyn heikkeneminen tai kortisonihoito. Jokaisen suussa elää pieni määrä sienibakteereja, mutta edellä mainitut tekijät voivat lisätä sienten määrää ja aiheuttaa infektion. Ikääntyneillä usein esiintyvä suun kuivuus lisää myös riskiä sieni-infektioille. Sienten määrä kasvaa hiilihydraatteja runsaasti sisältävän ruokavalion vuoksi. Sieni-infektion oireina ovat polttelu ja kipu suussa sekä makuuainmuutokset. Visuaalisesti havaittavia merkkejä sieni-infektiosta ovat vaaleat peitteet kielellä, limakalvoilla vaaleat tai punoittavat ja verestävät laikut sekä suupielen haavaumat. Sieni-infektio on erityisen vakava silloin, jos potilaalla on sairaus, joka heikentää vastustuskykyä, kuten diabetes. Suusta levitessään muualle elimistöön, sieni-infektio voi aiheuttaa hengenvaarallisen tilan. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 12.)

Hoitona sieni-infektioon on proteesien huolellinen puhdistus, suun kostuttaminen ja syljen erityksen stimuloiminen. Tarvittaessa voidaan käyttää sienilääkitystä. Lääkitys on tarpeellinen sellaiselle potilaalle, jolle infektio aiheuttaa suun polttelua tai jos on riski siitä, että infektio leviää laajemmalle elimistöön. Mikäli suupielen haavaumia esiintyy hammasproteeseja käyttävillä, on mahdollista, että sieni-infektioita on myös proteesien alla. Suupielihaavaumia voi aiheuttaa myös tietyt sairaudet sekä madaltunut purenta, huonokuntoiset proteesit tai puutostilat. Suupielen haavaumien hoitoon käytetään sienilääkevoiteita, joita voidellaan suupieliin. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 12–13.)

2.3 Palvelukotiasuminen ja hoitohenkilökunnan työnkuva

Palvelukodissa asumista sanotaan tehostetuksi palveluasumiseksi. Se on sellaisia asiakkaita varten, jotka eivät pysty enää asumaan kotona, esimerkiksi muistisairaudesta johtuen. Hoitohenkilökunta on palvelukodeissa paikalla vuorokauden ympäri. Palvelukodissa asuminen on yhteisöllistä. (Oulun kaupunki 2014, hakupäivä 8.9.2014.)

Palvelutalon asukkailta odotetaan osittaista itsenäisyyttä. Palvelutalossa asuminen muistuttaa kotona asumista, eikä se yleensä sisällä hammashoidon palveluita. Suunhoito kuuluu päivittäiseen asukkaan perushoitoon. Asukkaita kannustetaan omatoimisuuteen, mutta osoitetaan, että apua on kuitenkin saatavissa. Asukkaan suunhoidon itsenäistä toteuttamista tulee seurata, jotta havaitaan mahdollinen avuntarpeen lisääntyminen. Jokaisen asukkaan suunhoitoa koskevat tiedot tulee olla nähtävissä osana sairaus- ja hoitokertomusta. Laitoksessa työskentelevällä hoitohenkilökunnalla voi olla puutteellinen suunhoidon osaaminen. Tämän vuoksi suunhoidon koulutus hoitohenkilökunnalle olisi tärkeää asukkaiden suunhoidon parantamiseksi. (Knuutila & Vehkalahti 2008, hakupäivä 12.8.2014.)

Hoitohenkilökunnan työ palvelukodissa on ikääntyneen tukemista päivittäisissä toiminnoissa jokaisen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Päivittäisiin toimintoihin kuuluu muun muassa ikääntyneen hygieniasta, siisteydestä, ruokailusta ja virikkeistä huolehtiminen sekä liikunnan järjestäminen ikääntyneen toimintakyvyn mukaan. He antavat ikääntyneelle tarvittavat lääkkeet ja seuraavat niiden vaikutusta ja sivuvaikutuksia. Heidän työnkuvansa on suurelta osin myös ikääntyneiden henkisen hyvinvoinnin ja jaksamisen tukemista. Keskustelun ja mukavan tekemisen kautta levoton tai ahdistunut ikääntynyt voi saada helpotusta. Hoitohenkilökunta etsii ikääntyneen käytettäväksi mahdollisesti tarvittavia apuvälineitä ja opastaa niiden käytössä. Hoitohenkilökunta tekee tiiviisti yhteistyötä omaisten ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Hoitohenkilökunta myös tukee omaisia kuolemantapausten yhteydessä. (Ammattinetti 2013, hakupäivä 14.8.2013.) Hoitohenkilökunnalta vaaditaan suvaitsevaisuutta ja kykyä muuttaa omaa toimintaansa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa (Isola & Saarnio 2010, 323).

Sairaanhoitajien ja lähihoitajien saama suunhoidon koulutus

Oulun ammattikorkeakoulun 2014-2015 sairaanhoitajien opetussuunnitelma sisältää kaksi opintojaksoa, jotka koskevat ikääntyneen hoitoa. Opintojaksojen kuvauksessa ei ole mainintaa suunhoitoon liittyvästä opetuksesta. (ks. Oulun ammattikorkeakoulu 2014, hakupäivä 23.9.2014.) Oulun seudun ammattopiston lähihoitajien vanhustyön koulutusohjelman tutkinnon kuvauksessa ei

myöskään kerrota opintojen sisältävän suunhoitoon liittyvää opetusta (ks. Oulun seudun ammattiopisto 2014, hakupäivä 23.9.2014).

Pirilän ”Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito”- väitöskirjasta käy ilmi, että hoitotyön opiskelijat ja – työntekijät eivät ole saaneet tarpeeksi koulutusta suun sairauksien syihin liittyen. Tutkimuksessa selvitettiin, millaiset valmiudet sairaanhoitajilla on ikääntyneiden suunhoitoon. Vastanneista sairaanhoitajista 60 % pitivät valmiuksiaan autettavan potilaan suunhoitoon hyvänä. Hoitotyöntekijöistä 15 % piti valmiuksiaan hoitaa ikääntyneen suun limakalvojen haavaumia huonona. Tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että sekä hoitotyöntekijät että – opiskelijat kokivat, etteivät ole saaneet tarpeeksi opetusta suun terveyteen liittyvistä asioista kuten suu- ja hammassairauksista sekä niiden ehkäisystä. Opiskelijoiden mielestä suunhoitoa pitäisi käsitellä jatkuvasti opintojen edessä, eikä vain lyhyesti opintojen alussa. (Pirilä 2002, 59, 81, 137- 138.)

2.4 Muistisairaiden ikääntyneiden suunhoito

Hoitajan tehtävä on antaa ikääntyneelle apua hänen päivittäisiin toimintoihinsa. Tähän kuuluu myös suunhoito. Suunhoidossa on oltava varovainen, koska se on intiimi alue, jonka puhdistamiseen ikääntyneellä voi olla korkea kynnys pyytää apua. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 28.) Jos muistisairas kokee olevansa väärinymmärretty tai hän kokee kipua, se saattaa ilmetä huonona käyttäytymisenä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 32–33.) Tärkeää on siis kivun arviointi, myös suunhoidon yhteydessä. Omaisten antama tieto sekä muistisairaahan historian tunteminen auttavat kivun arvioinnissa. Muistisairaahan tapa liioitella tai vastaavasti vähätellä kipua hankaloittavat hoitajan arviointia muistisairaahan kivusta. (Kankkunen, Suominen & Taponen 2007, 314–315.)

Vuorovaikutus muistisairaahan ikääntyneen hoidossa

Hoitajalla tulee olla tiedossa muistisairaahan sairauden vaikeusaste, jotta hän tietää, kuinka paljon muistisairas ymmärtää annetuista ohjeista, ja kuinka paljon hän pystyy suoriutumaan itsenäisesti suunhoidosta. Hoitajan on oltava rauhallinen ja selkeä, sillä muistisairas aistii tunnelman. Muistisairaahan mielipidettä on kysyttävä ja annettava hänenkin päättää häntä koskevista asioista. Muistisairaalla voi olla koordinaatiohäiriöitä ja silloin mallin näyttämisestä on apua, kuten, miten suu avataan. Koskettaminen on yksi keino saada kontakti muistisairaaseen ikääntyneeseen. Koskettaminen viestittää huolenpidosta ja voi saada ikääntyneen kokemaan olonsa turvalliseksi. (Hirvonen & Isola 1999, 111.)

Muistisairaahan suunhoidossa haasteena on oppia kommunikoidaan muistisairaahan kanssa ja huomata hänen tarpeensa, sillä muistisairas ei usein kykene ilmaisemaan tunteitaan (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 32). Pehmeä ja rauhallinen äänensävy viestittää ikääntyneelle myönteisiä tunteita kun taas vihainen äänensävy ja nopea puhe herättävät negatiivisia tunteita (Eloniemi-Sulkava, Laaksonen & Rantala 2002, 30-31).

Muistisairaahan kanssa kommunikoidessa on hyvä puhutella muistisairasta nimeltä ja katsoa häntä silmiin, jolloin häneen saa paremmin kontaktin. Hänelle tulee puhua lyhyillä, yksinkertaisilla lauseilla ja toistaa tarvittaessa lauseita. Jos muistisairas ei ymmärrä tiettyä sanaa, sille voi yrittää keksiä samaa tarkoittavan vastineen, esimerkiksi proteeseista voi puhua hampaina. Kommunikoinnissa voi käyttää apuna myös kuvia. Muistisairaalle tulee esittää kysymyksiä, joihin hän voi vastata ”kyllä” tai ”ei”. Sanojen sijasta muistisairaahan kanssa voi käyttää nonverbaalista viestintää, sillä muistisairas voi ymmärtää paremmin elekieltä kuin puhetta. (Adams 2008, 146–147.) Eleet ovat tehokas tapa arvostuksen ja välittämisen osoittamiseen. Esimerkiksi käden asettaminen olkapäälle viestittää huolenpitoa. Ärsyyntynyt ilme puolestaan etäännyttää ja hankaloittaa sujuvaa vuorovaikutusta. (Eloniemi-Sulkava ym. 2002, 29.) Muistisairaahan puhe voi tarkoittaa muuta kuin mitä hän sanoo, jolloin puhetta on hyvä kuunnella tarkkaan ja huomioida äänenpainot. (Adams 2008, 146–147.) Sanattoman viestinnän keinoja ovat esimerkiksi hymy, nyökkääminen, rento asento ja tilan antaminen. Näillä keinoilla hoitaja voi osoittaa empatiaa eli taitoa samaistua toisen ihmisen tilanteeseen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2002, 24.) Rauhallinen ympäristö, jossa on vähemmän ylimääräisiä ärsykejä, auttaa kommunikoinnissa muistisairaahan kanssa. (Adams 2008, 146–147.)

Posken tai suun ympäristön silittäminen voi saada vastahakoisen muistisairaahan avaamaan suunsa suun puhdistusta varten. Muistisairaahan kanssa ei voi perustella asioita järjellä vaan tulee mukautua hänen tuntemuksiinsa ja mahdollisiin harhoihin niin kuin ne olisivat totta. Jos muistisairas pelkää hoitoa, on yritettävä selvittää, mistä pelko johtuu ja pyrkiä poistamaan häiriötekijät seuraavalla kerralla. Suunhoitoa hankaloittavana tekijänä voi olla muistisairaahan huono näkö. Tällaisessa tapauksessa voidaan hyödyntää hänen tuntoaistiaan, sillä puhtaat hampaat tuntuvat kielellä koitettaessa liukkailta. Näin hän kykenee itse arvioimaan suun puhtautta, vaikka ei näkisikään katsoa suuhun. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 32–33.)

Aseptinen toiminta suunhoitotilanteessa

Pitkäaikaishoitolaitoksissa, kuten vanhainkodeissa, asuvat ikääntyneet ovat monisairaita ja heidän infektioherkkyyteensä on lisääntynyt erilaisten sairauksien, kuten dementian ja diabeteksen seurauksena. Tämän vuoksi suojautuminen infektioilta ja hyvä hygienia hoitolaitoksissa ovat tärkeitä.

Suomalaisissa pitkäaikaishoitolaitoksissa virtsatietulehdukset, hengitystie- ja ihoinfektiot ovat tavallisimpia infektioita. Infektioiden aiheuttajat leviävät hoitolaitoksissa henkilökunnan käsien ja hoitovälineiden välityksellä. Infektioiden välttämiseksi on toimittava aseptisesti. (Lehtola, Nurmi & Rummukainen 2010, 396- 398.) Aseptiikka tarkoittaa niitä menettelytapoja, joiden avulla yritetään toimia mikrobittomasti (Kustannus Oy Duodecim 2014, hakupäivä 28.8.2014). Hoitotoimenpiteissä pyritään tavanomaisilla varotoimilla estämään mikrobien siirtymistä henkilökunnasta potilaaseen, potilaasta henkilökuntaan tai henkilökunnan välityksellä muihin potilaisiin tai työntekijöihin (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 29.8.2014).

Mikrobit leviävät suorana tai epäsuorana kosketustartuntana, pisaratartuntana tai ilmatartuntana (Suomalainen lääkäri-seura Duodecim 2007, hakupäivä 29.8.2014). Hoitoon liittyvien infektioiden leviämistavoista, käsien välityksellä tapahtuva kosketustartunta, on tärkein. Suurin osa sairaalainfektioista on aiheutunut kosketustartunnasta. Tehokkain keino välttää mikrobien leviämistä kosketustartunnalla on tavanomaisiin varotoimiin kuuluva käsihygienia. Sitä toteutetaan käsien desinfioimisella sekä suojainten käytöllä, silloin kun ollaan tekemisissä eritteiden kanssa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014, hakupäivä 29.8.2014.)

Käsissä on vaihtuvaa ja pysyvää flooraa. Pysyvän flooran mikrobit ovat käsien ihon toiminnan kannalta tärkeitä, toisin kuin vaihtuvan flooran mikrobit, jotka tulevat iholle ympäristöstä. Käsihygienialla pyritään vähentämään vaihtuvan flooran mikrobeja. Sormiin tarttuu helposti tiettyjä viruksia sekä bakteereita ja ne leviävät ympäristöön kosketuksen välityksellä. Käsien saippuapesu, kemiallinen desinfiointi ja suojakäsineiden käyttö estää tehokkaasti näiden mikrobien leviämistä. Kädet suositellaan pestäväksi saippualla ja vedellä vain silloin kun ne ovat näkyvästi likaiset, muulloin tulisi käyttää desinfioivaa alkoholiuuhdetta. (Heiskanen & Vainio 2008, hakupäivä 28.8.2014.) Käsien desinfektio tulisi tehdä ennen ja jälkeen potilaan hoidon, likaisesta työstä puhtaaseen siirryttäessä sekä ennen suojakäsineiden pukemista ja heti niiden pois oton jälkeen (Lehtola ym. 2010, 395; Heiskanen & Vainio 2008, hakupäivä 28.8.2014).

Tarvittaessa hoitotoimenpiteissä voidaan käyttää suojatakkia tai muoviesiliinaa ja suun ja silmien suojusta suojaamaan eritteiden ja veren roiskeilta. Suu- nenäsuojuksen käyttö on myös suositeltavaa, silloin, jos hoidetaan lähietäisyydeltä kontrolloimatonta ja mahdollisesti yskivää henkilöä. Suu- nenäsuojuksella voidaan suojata potilasta hoitohenkilökunnan uloshengitysilmassa olevilta mahdollisilta taudinaiheuttajilta. (Lehtola ym. 2010, 158, 394.) Ikääntyneiden suunhoidossa suu- nenäsuojuksen käyttö olisi näin ollen tarpeellista.

Omahampaisen ikääntyneen suunhoito

Hampaansa itse puhdistavat ikääntyneet kokevat usein omahoidon riittäväksi, mutta tarkastuksissa voi käydä ilmi, että aiempi puhdistustapa ei ole enää riittävä käsien motorikan heikentyessä tai suun tilanteen muuttuessa. Tällöin hoitohenkilökunnan on autettava ja löydettävä uusia puhdistustapoja. Ikääntyneen hampaiston puhdistus voi olla haasteellista ikenien vetäännyttyä ja hampaiston muuttuessa epätasaiseksi. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34-36.)

Suun puhdistuksessa on olennaista kertoa ensin ikääntyneelle, mitä tehdään ja miksi. Ikääntyneen suussa on toimittava varovaisesti ja kipua ei saisi syntyä. Ikääntynyt ja hoitaja on suojattava asianmukaisesti. Enimmät ruuantähteet ja pehmeät peitteet voidaan pyyhkiä limakalvoilta sideharsolla. Ikääntyneen hampaat tulisi harjata ainakin kerran vuorokaudessa ja ienrajoihin pitäisi kiinnittää erityishuomiota. Sähköhammasharjan käyttö helpottaa hoitajan suorittamaa suun puhdistusta, koska se on tehokas puhdistaja nopean harjausliikkeensä ansiosta. Muistisairas ikääntynyt voi kuitenkin olla vastahakoinen sähköhammasharjan käytössä. Suun aukipitämistä helpottaa, esimerkiksi pehmeän hammasharjan varren asettaminen takahampaiden väliin. Tällöin kielenpuoleisten hammaspintojen puhdistaminen helpottuu. Ikääntynyttä ei voi pakottaa hampaiden puhdistukseen. On parempi yrittää myöhemmin uudelleen, jos puhdistus ei onnistu. Jos käytetään manuaaliammasharjaa, sen tulee olla pieni ja harjasten mahdollisimman pehmeät, jotta harjaus olisi mahdollisimman hellävaraista hampaille ja ikenille. Kovalla hammasharjalla ja liiallisella harjausvoimalla paljastuneiden hammaskaulojen pinnat kuluvat ja ikenet voivat vahingoittua. Hammasharjaksi voi valita paksuvartisen harjan, jos harjaa on vaikea pitää kädessä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34-40; Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 22.8.2014.) Ohutvartisesta harjasta voi muuntaa itse paksuvartisen kieputtamalla sen ympärille kuminauhoja tai laittamalla siihen palan vaahtomuovia (Milward 2002, 41-42).

Hammasvälit tulisi puhdistaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Hammasvälien puhdistuksessa on hallittava oikea tekniikka, jotta puhdistus on tehokasta. Hammaslanka tulee viedä ienrajan alle ja liu'uttaa lankaa molempien hampaiden kylkiä pitkin. Hammasvälien puhdistukseen tarvittavat välineet tulisi valita yksilöllisesti. Siihen vaikuttaa hampaiden välien koko ja käsien motorikka. Hammaslanka sopii pienempiin hammasväleihin kun taas hammastikku ja hammasväliharja puhdistavat paremmin suuremmat hammasvälit. (Heikka 2009, hakupäivä 20.7.2014.)

Ikääntyneillä on usein arka suu, jolloin paras hammastahna on sellainen, jossa ei ole vaahtoavaa ainesosaa, natriumlauryylisulfaattia. Hammastahnan tulee sisältää fluoria, joka vähentää hampaiden reikiintymisalttiutta. Suositeltavia välineitä ovat myös kielenpuhdistajat, kuivan suun geelit tai

suihkeet sekä klooriheksidiini geelinä tai suihkeena, jota käytetään tilapäisesti lääkärin ohjeen mukaan. Tämän jälkeen ikääntynyt voi huuhtoa suunsa, jos hän on siihen kykenevä. Kaikki hampaat tulisi harjata järjestelmällisesti, joka pinnoilta ienrajoja myöten. Kielen pinta voidaan myös puhdistaa harjalla tai kaapimella. Lopussa ikääntynyt voi sylkeä, mutta suuta ei saisi huuhtoa, jotta fluori jää suuhun vaikuttamaan. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34-40.)

Hammasproteesien hoito

Hoitohenkilökunnan on hallittava proteesien puhdistus, sillä hammasproteesit ovat yleisiä tämän päivän ikääntyneillä ja niiden puhdistaminen on tärkeää, jotta ei pääsisi syntymään tulehduksia. Joka kolmas 65–74 -vuotiaista on hampaattomia ja tätä vanhemmista yli puolet ja lähes kaikilla heistä on käytössään hammasproteesit. Proteesit täytyy puhdistaa joka päivä proteesiharjalla tai hammasharjalla. Pehmeän proteesipohjan puhdistukseen tulee käyttää pehmeää harjaa. Puhdistusaineena voidaan käyttää astianpesuainetta tai nestemäistä saippuaa. Lisäksi on olemassa nimenomaan proteesien puhdistukseen tarkoitettuja puhdistusaineita. Sen sijaan tavallista hammas-tahnaa ei suositella puhdistusaineeksi, sillä se voi hangata proteesien pintaa, jolloin värjäymät tarttuvat siihen helpommin. Proteesit tulisi huuhdella vedellä mielellään jokaisen aterian jälkeen, jotta proteesin alle menevät ruuantähteet saadaan pois. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 44-46.)

Proteesien pois otossa hoitajan tulee olla varovainen, jotta ikääntyneen herkäät limakalvot eivät vaurioidu. Hoitajan tulee kääntää proteeseja sivuttain, jotta proteesien alle menee ilmaa ja poistaminen helpottuu. Ikääntynyt voi itse ottaa proteesinsa pois suusta, jos hän on siihen kykenevä. Poisto on järkevää tehdä esimerkiksi vedellä täytetyn pesualtaan luona, jotta proteesit eivät tippuessaan rikoontuisi. Proteesit tulee säilöä kuivana säilytysrasiaan, mikäli ne otetaan yön ajaksi pois. Kokoproteesien ohella on myös käytössä paljon osaproteeeseja, jotka ovat kiinni omissa hampaissa erilaisilla kaarilla, kiinnikkeillä tai implanteilla. Niiden pois ottaminen voi olla haasteellisempaa kuin kokoproteesien. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 44-46.) Proteesien pesun yhteydessä ikääntyneen on hyvä antaa huuhtoa suunsa. Tämän jälkeen tarkistetaan, että limakalvot ovat terveet ja puhtaat. (sama, 46.)

Proteesien pinnalle alkaa kerääntyä ajan mittaan mikrobikasvustoa, mikäli niitä ei puhdisteta erityisen huolellisesti. Mikrobit lisääntyvät proteesin alla nopeasti, sillä sylki ei pääse huuhtelemaan mikrobeja pois. Mikrobit tulehduttavat proteesia vasten olevan limakalvon ja tätä tulehdusta kutsutaan proteesistomatiitiksi. Se voidaan havaita proteesin alla olevan limakalvon punoituksena. Kipuoireita ei välttämättä ole ollenkaan. Hoitona tulehdukseen proteesit on otettava pois yön ajaksi tai päivällä

pariksi tunniksi, jotta sylki pääsee huuhtelemaan proteesin alla olevia limakalvoja. Proteesit pestään ja säilytetään kuivassa, jotta bakteerit ja sienet häviävät proteesista. Proteesit on hyvä puhdistaa ajoittain myös desinfektioaineella mikrobien poistamiseksi. Puhdistus on tehtävä siten, että ei ole mahdollisuutta siihen, että ikääntynyt pääsisi juomaan liuosta. Proteesien istuvuus ja kunto tulisi tarkastaa säännöllisesti, sillä ne voivat aiheuttaa painohaavoja. Leukaluun harjanne kutistuu iän myötä, joka vaikuttaa proteesien istuvuuteen. Huonosti istuva proteesi voi ajan myötä altistaa suusyövälle tai limakalvon liikakasvulle. (Sama, 13-14, 48.) Proteesien huono istuvuus voi tehdä suun araksi ja syömisen epämiellyttäväksi. Tällöin ikääntynyt haluaa välttää pureskeltavaa ruokaa. Pureskelua vaativa ruoka olisi hyväksi syljenerityksen stimuloimisen kannalta usein kuivasta suusta kärsivien ikääntyneiden kohdalla. (Suominen 2008, 41.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, miten hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana ikääntyneen päivittäistä suunhoitoa ja millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa. Esitämme tarkkoja kuvauksia eri hoitotilanteista, henkilöistä tai tapahtumista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 130.) Keräämämme havainnointiaineiston avulla voimme kertoa tarkkoja kuvauksia palvelukodissa tapahtuvista suunhoitotilanteista ja hoitajien toiminnasta.

Tutkimuksessamme kuvailemme hoitohenkilökunnan osaamista suun terveydenhoidon osalta ja tulosten pohjalta annamme lopuksi kehittämideoita tutkimuksen valmistuttua. Näin ollen hoitohenkilökunnan taidot toteuttaa ikääntyneiden suunhoitoa kehittyvät. Tutkimusta voivat käyttää hyödyksi halutessaan myös muut palvelukodit. Tavoitteena on, että tutkimuksesta hyötyvät hoitohenkilökunnan lisäksi myös palvelukodissa asuvat ikääntyvät, sillä suunhoitotoimenpiteitä tarvittaessa kehitetään tutkimustulosten pohjalta. Tällöin hoitohenkilökunta pystyy tarjoamaan parempaa suunhoitoa muistisairaille ikääntyneille, jonka ansiosta heidän suun terveytensä voi kohentua. Tutkimusaineistoon sekä siihen liittyvään teoretiseen perehtyminen lisää ammatillista osaamistamme ja asiantuntemustamme ikääntyneiden suun terveydenhoidosta. Muut terveydenhuollon ammattilaiset voivat myös hyötyä opinnäytetyöstämme. Suuhygienistit voivat saada hyötyä tutkimuksestamme muistisairaana kohtaamisessa.

Tutkimustehtävämme ovat:

1. Miten hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana päivittäistä suunhoitoa?
2. Millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa?

4 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Valitsimme tutkimusmetodiksi kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen, joka tarkoittaa todellisen elämän kuvaamista. Siinä tutkittavaa kohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Aineiston määrällä ei ole suurta merkitystä, toisin kuin laadulla. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään, vaan enemmänkin kyseenalaistamaan olemassa olevia ajatuksia. Tutkimus ei vastaa kysymykseen, miksi jotain tehdään tietyllä tavalla vaan siihen, mitä tehdään ja miltä asiat näyttävät. (Vilka 2005, 119-120, 126.)

Tutkijan omat arvot vaikuttavat väistämättä siihen, miten käsitämme tutkittavaa ilmiötä. Objektiiivisuus ei ole myöskään täysin mahdollista, sillä se mitä jo tiedetään, ja tutkija eli tietäjä, ovat yhteydessä toisiinsa. (Hirsjärvi ym. 2004, 152.) Tavoitteena tutkimuksessa ei ole löytää totuutta vaan omien tulkintojen avulla saada selville tutkimuskohteesta jotain, joka on aiemmin ollut arvoitus (Vilka 2005, 98). Haluamme kohdata tutkittavamme todellisessa tilanteessa, sillä ajatteleme, että näin saamme mahdollisimman totuudenmukaista tietoa. Laadulliselle tutkimukselle ominaista on se, että tutkimusjoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti eikä satunnaisesti (Hirsjärvi ym. 2004, 155). Näin ollen se sopii meidän tutkimukseemme hyvin, koska haluamme tutkia ikääntyneiden suunhoitoa tietyn palvelukodin hoitohenkilökunnan toimesta.

Aineistonkeruumenetelmänämme on havainnointi, jonka avulla saadaan selville, miten ihmiset toimivat arkielämässä. Sillä saadaan selville juuri sillä hetkellä, luonnollisessa ympäristössä tapahtuvaa suoraa tietoa jostain ilmiöstä. Se sopii ennalta -arvaamattomiin tilanteisiin, jotka voivat muuttua nopeasti. Huonoja puolia havainnoimisessa on se, että havainnoijan läsnäolo voi vaikuttaa tutkittavan käyttäytymiseen ja havainnoitaessa voi olla haasteellista kirjata kaikkea havaitsemaansa ylös, jolloin osa havainnoista voi jäädä muistin varaan. Havainnointi vie paljon aikaa, mutta tarkka havainnoinnin suunnittelu voi auttaa. Havainnointi aineistonkeruumenetelmänä tuo mukanaan eettisiä näkökulmia, jotka tulee ottaa huomioon. (Hirsjärvi 2004, 201-203.)

Havainnointi voi olla osallistuvaa tai systemaattista havainnointia. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on osana tutkittavan yhteisön elämää. Tutkija tekee yhteistyötä tutkittavan kanssa, jolloin hän tiiviin vuorovaikutuksen ansiosta pystyy tekemään havaintoja tutkittavasta kohteesta. Osallistuva havainnointi edellyttää sitä, että tutkija pääsee sisään yhteisöön. (Vilka 2005, 120,122.) Systemaattisessa havainnoinnissa tutkija on täysin ulkopuolinen henkilö tutkittavassa yhteisössä ja

ilmiössä. Tutkija laatii luokitteluskeemoja ja -listoja, joiden avulla hän pystyy havainnoimaan ja merkitsemään havaitsemansa asiat järjestelmällisesti ja tarkasti. Mahdollista on myös tuottaa yksityiskohtaisempaa laadullista arviota tietystä ilmiöstä käyttämällä esimerkiksi arviointiasteikkoa tai pisteistys-systeemejä. (Hirsjärvi 2004, 203-205.) Käytämme tutkimuksessamme systemaattista havainnointia, sillä olemme ulkopuolisia tutkittavassa yhteisössä.

Yksi havainnointitapa on videokuvaus. Videokuvauksen etuja on, että sen avulla saadaan myös nonverbaalista tietoa, esimerkiksi tutkittavan ilmeistä ja liikkeistä. Kuvaus toimii hyvänä lisänä suoralle havainnoinnille. Videokuvauksen avulla tilanteisiin voidaan palata yhä uudelleen ja näin saadaan luotettavampaa tietoa. Suorassa havainnoinnissa monet asiat voivat jäädä huomiotta, jonka vuoksi sen avulla tuotettu tutkimusaineisto ei olisi niin luotettavaa. Tutkimustulosten oikeellisuuden voi tarkistaa vielä myöhemminkin kuvanauhalla ja tutkimukseen osallistuvat henkilöt voivat myös itse katsoa tallenteet, jos tulee epäilyjä tulosten tulkinnasta. Havainnoinnin luotettavuutta lisää se, jos joku muu kuin tutkimuksen tekevät henkilöt, kuvaisivat materiaalin. Tällöin tutkimuksen tekeillä henkilöillä olisi täysi huomio suoraan havainnointiin. Videokuvaus vaatii enemmän suunnittelua kuin ääninauhitus, sillä tulee tietää tarkkaan mitä kuvataan, jotta havainnointimateriaalin määrä ei olisi liian runsas. Tästä huolimatta videokuvauksella saadaan paljon monipuolisempi ja luotettavampi kuva tutkimustilanteista ja -kohteista kuin pelkällä suoralla havainnoinnilla. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 28.9.2014.)

Videokuvaukseen liittyy myös haasteita. Kuvaustilanteessa voi kuvan ulkopuolelle jäädä taltioidatta tutkimuksen kannalta merkittäviä asioita. Huono kuvakulma ja tarkennus voivat tehdä kuvamateriaalista hyödytöntä. Etukäteissuunnittelu on tärkeää, koska on mietittävä muun muassa, kuvaako liikkeessä vai onko kamera paikallaan. Täytyy myös huomioida äänien tallentuminen eli huolehtia mikrofoniin toimivuudesta, mikäli äänet ovat olennainen osa tutkimusta. Kuvanauhalle tulee saada kokonaisia tilanteita, sillä osittain kuvatut tilanteet eivät anna tutkimusaiheesta totuudenmukaista kuvaa. Kameran läsnäolo havainnointitilanteessa voi vaikuttaa tutkittaviin henkilöihin, jolloin he kiinnittävät enemmän huomiota toimintaansa ja toimivat toisin kuin normaalisti. Salaa kuvaaminen toisi luotettavampaa tietoa, mutta siihen liittyy eettisiä ongelmia. Kameraan totuttaminen ennen varsinaista havainnointia toisi mahdollisesti totuudenmukaisempaa kuvaa varsinaisessa kuvaustilanteessa. (Sama.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tiedonantajien valinta

Kysyimme eräästä muistisairaiden palvelukodista heidän halukkuuttaan lähteä mukaan tutkimukseemme. Valintaperusteena palvelukodille oli se, että asukkaina olisi muistisairaita ikääntyneitä ja hoitohenkilökuntaa olisi tarvittava määrä tutkimustamme ajatellen.

Saimme palvelukodin hoitohenkilökunnalta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuivat hoitajat, jotka olivat tutkimushetkellä työvuorossa ja suorittivat suunhoitotoimenpiteitä niille ikääntyneille, joiden omaisilta oli suostumus tutkimukseen.

5.2 Aineiston hankinta ja analysointi

Aineiston hankinta

Kysyimme tammikuussa 2014 eräästä muistisairaiden palvelukodista heidän kiinnostustaan osallistua tutkimukseen ja he lähtivät mukaan. Kirjoitimme tutkimussuunnitelman ja toimitimme sen palvelukotiin saatekirjeen (liite 2) kera maaliskuussa. Hoitohenkilökunnan hyväksytyä suunnitelman, kirjoitimme tiedotteet palvelukodin asukkaiden omaisille, koska he ovat muistisairaiden omaisina vastuussa heitä koskevista päätöksistä (ks. Kuula 2011, 87). Pyysimme tiedotteessa lupaa kuvata ikääntyneen suunhoitotilanteita. Toimitimme tiedotteet palvelukotiin, missä tiedotteet jaettiin siellä vieraileville ikääntyneiden omaisille. Saimme luvan tutkimukseen kuudelta ikääntyneen omaiselta. Suoritimme ennen varsinaista tutkimusta testikuvauksen, jolloin harjoittelimme kameran käyttöä ja samalla tarkoituksena oli totuttaa ikääntyneet meihin ja kameran läsnäoloon (ks. Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 28.9.2014). Yksi ikääntynyt oli tutkimushetkellä sairaalahoidossa, joten hän ei osallistunut tutkimukseen.

Tutkimusaineistonkeruu tapahtui huhtikuussa 2014. Teimme tutkimusta kahtena peräkkäisenä päivänä, jolloin olimme paikalla palvelukodissa aamulla ja illalla. Suunhoitotilanteet tapahtuivat ikääntyneiden omissa huoneissa. Korostimme hoitajille, että heidän ei tulisi kiinnittää huomiota meihin vaan tehdä suunhoitotoimenpiteet, kuten minä tahansa muuna päivänä. Hoitajat ilmoittivat meille, milloin ovat menossa ikääntyneiden luo toteuttamaan suunhoitoa, jolloin menimme hoitajien mukana ikääntyneiden huoneisiin. Ennen kuvausta kysyimme hoitajilta, millainen ikääntyneen suun

tilanne on, ja mikä on hoitajan koulutustausta sekä työkokemus. Kuvauksen aikana emme puhuneet mitään. Pyrimme seuraamaan joka aamu ja ilta kaikkien tutkimuksessa olleiden ikääntyneiden suunhoitotilanteet. Ensimmäisenä aamuna saimme kuvattua kaikkien ikääntyneiden suunhoitotilanteet yhtä lukuun ottamatta. Toisena aamuna emme saaneet kuvattua kenenkään ikääntyneen suunhoitotilannetta. Haastattelimme hoitohenkilökuntaa hoitotilanteista, joita emme päässeet kuvaamaan, jolloin saimme tietoa osasta tilanteista. Täydentävää tietoa saimme hammashoitajan tekemistä ikääntyneiden yksilöllisistä suunhoidonsuunnitelmista, johon hän oli kirjannut suun tarkastuksessa esille tulleita asioita. Molempina iltoina saimme kaikkien ikääntyneiden suunhoitotilanteet kuvattua. Eräs ikääntynyt halusi itse mukaan tutkimukseen ja hoitohenkilökunnan mukaan hän oli kykenevä itse päättämään asiasta, joten otimme hänet mukaan tutkimukseen.

Videokuvaus hoitotilanteista tuotti kahdenlaista aineistoa, visuaalisen aineiston sekä äänihavainnot eli hoitajan ja ikääntyneen puheen. Videokuvauksen lisäksi käytimme tarkistuslistoja havainnoinnin apuna. Tarkistuslista sisälsi teemoittain suunhoidon toteuttamiseen liittyviä asioita (liite 3). Aineistoa tukivat myös tarkentavat kysymykset hoitajilta, joita kysyimme ennen kuvaamisen aloittamista.

Aineiston analysointi

Tavallisin analyysimenetelmä laadullisessa tutkimuksessa on sisällönanalyysi ja sillä halutaan saada tutkittavasta ilmiöstä selkeä informatiivinen kokonaisuus. Analyysin tuloksena voidaan tehdä johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 91, 103.)

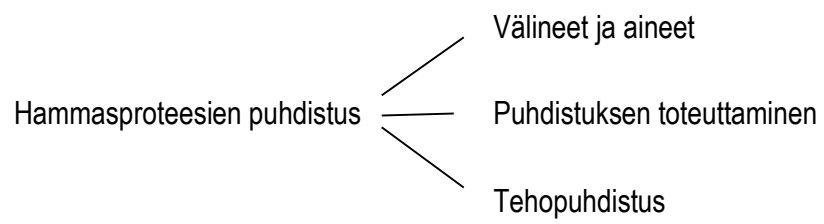
Laadullisessa tutkimuksessa analyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. Induktiivinen sisällönanalyysi tarkoittaa, että päättelyssä edetään yksittäisestä yleiseen ja vastaavasti deduktiivisessa analyysissä yleisestä yksittäiseen. Valitsimme deduktiivisen eli teorialähtöisen sisällönanalyysin, sillä aineiston analysointi pohjautuu teoriaan ja teemat ohjaavat analyysia tarkastellessamme yksittäisiä tapahtumia ja ilmiöitä. Tarkoituksena analyysissä on saada tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. (ks. Sarajärvi ym. 2009, 95,113.)

Tutkimuksemme teoriaosasta nousi kahdeksan teemaa, joiden avulla tutkimusaineisto luokiteltiin (ks. Sarajärvi & Tuomi 2009, 98). Tutkimukssamme teemat liittyivät suunhoidon toteutumiseen ja ne kuvasivat erilaisia suunhoidon toimenpiteitä. Yksi teema käsittää hoitohenkilökunnan keinot muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa (liite 3). Näistä teemoista muodostimme analyysirungon, jonka tekeminen on ensimmäinen vaihe teorialähtöisessä sisällönanalyysissä. (Sarajärvi ym. 2009, 113–114.)

Kirjoitimme kuvaamamme videomateriaalin ja sen äänihavainnot sanalliseen muotoon. Äänihavaintojen sanatarkkaa aukikirjoitusta kutsutaan litteroinniksi (Hirsjärvi 2009, 222). Lisäsimme kirjoituksiin mukaan tarkistuslistan havainnot. Tämän teimme ensin itsenäisesti ja sen jälkeen yhdistelimme havaintomme yhdessä. Kirjoitimme myös pohdintoja jokaisesta suunhoitotilanteesta. Katsoimme videomateriaalin läpi useita kertoja. Videomateriaalia oli yhteensä 54 minuuttia ja 7 sekuntia. Kirjoitettua tekstiä tutkimusmateriaalista tuli 8,5 sivua fontilla Arial Narrow, koolla 12, rivivälillä 1,5, marginaalit olivat ylhäällä ja alhaalla 2,5cm ja sivuilla 3cm. Käytimme automaattista tavutusta. Kuvausmateriaalin analyysivaiheessa huomasimme, että ikääntyneistä kaksi olivat omatoimisia suunhoidossa, jolloin heidän suunhoitotilanteiden tutkimisella emme saaneet vastauksia tutkimustehtäviimme. Jättäessämme heidät pois tutkimuksesta, tutkimukseen jäi neljä ikääntynyttä ja viisi hoitajaa sekä videomateriaalia 37 minuuttia ja 3 sekuntia.

Tämän jälkeen värikoodasimme analyysirungon teemojen mukaan kaikki lauseet tutkimusmateriaalitekstistämme ja siirsimme ne niitä vastaavien teemojen alle (ks. Sarajärvi ym. 2009, 113–114). Numeroimme jokaisen suunhoitotilanteen eri tapaukseksi eli kirjoitimme ylös kuka ikääntynyt ja hoitaja oli mukana missäkin tapauksessa. Tapauksia tuli yhteensä 16. Tämä vaihe helpotti analyysin teossa, sillä pystyimme pilkkomaan suunhoitotilanteita ja tarkastelemaan niistä yksittäisiä tapahtumia, mutta tarvittaessa pääsimme kuitenkin palaamaan kokonaisuuksiin.

Kirjoitimme tutkimustulokset, jotka sisälsivät kuvauksia suunhoitotilanteista. Opinnäytetyömme ohjaajien mielestä tutkimustulokset olivat liian laajasti esitetty, niissä ei tullut esille suoria vastauksia tutkimustehtäviimme. Aloitimme tutkimustulosten kirjoittamisen alusta, ottamalla aiemmin kirjoittamamme värikoodatut tekstit uudelleen tarkasteluun. Tällä kertaa tulostimme värikoodatut tekstit, leikkasimme lauseita erilleen ja yhdistelimme ne analyysirungon teemojen alle. Tämän jälkeen pelkistimme lisää teemojen sisällä olevaa aineistoa, etsimällä niiden alta vielä enemmän yhdistäviä tekijöitä. Näin teemojen alle muodostui alateemoja, joilla saimme aineiston tiiviimpään ja selkeämpään muotoon, kuten kuviossa 1. esitämme. (ks. Sarajärvi ym. 2009, 113–114.) Pyrimme yhdistelyllä pienentämään raakahavaintojen joukkoa, jotta tutkimusaineistoa olisi helpompi hallita (ks. Alasuutari 1999, 40). Tässä vaiheessa myös strukturoimme aineistoa eli jätimme pois ne asiat, jotka eivät sisällöllisesti olleet oleellisia ja sopivia teemojen alle. (ks. Sarajärvi ym. 2009, 113–114.) Tutkimustulosten kirjoitusvaiheessa palasimme useita kertoja katsomaan videomateriaaleja. Lopuksi kirjoitimme tulosten tarkastelun ja johtopäätökset, joissa vertailimme tuloksiamme muihin tutkimuksiin ja teorian tietoon.



KUVIO 1. Esimerkki alateemojen muodostumisesta

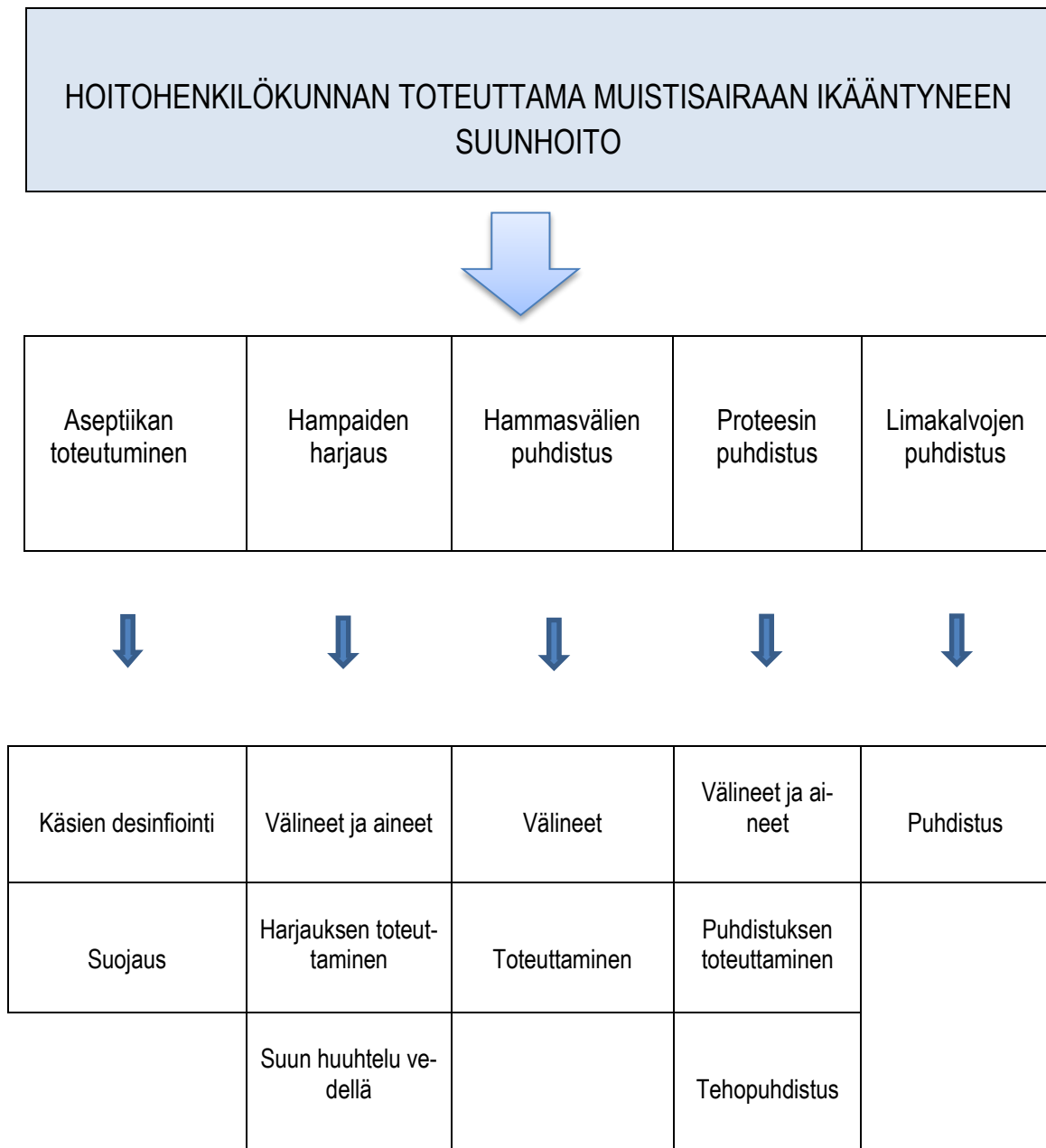
6 TUTKIMUSTULOKSET

Teimme tutkimuksen muistisairaiden palvelukodissa. Palvelukodin asukkaista tutkimukseen osallistui kuusi ikääntynyttä. Hoitajista viisi oli mukana tutkimuksessa. Lopulliseen tutkimukseen otimme kuitenkin neljä ikääntynyttä, sillä kaksi muuta tutkimuksessa ollutta ikääntynyttä olivat oma-toimisia suunhoidon toteuttamisessa, eikä hoitajan rooli näin ollen tullut esille. Emme olisi heidän kohdallaan saaneet vastauksia tutkimuskysymyksiin, joissa pääpaino on hoitajan toteuttamassa suunhoidossa. Suunhoitotapauksia oli yhteensä 16, joista kuvasimme 12 tapausta. Jokaisessa tapauksessa oli mukana yksi hoitaja ja yksi ikääntynyt. Kuvaamattomista tapauksista saimme tietoa haastattelemalla hoitajia.

Asukkailla oli joko alkava tai pidemmälle edennyt muistisairaus. Monet heistä olivat osittain oma-toimisia ja toiset olivat täysin autettavia suunhoidon suhteen. Tutkimukseen osallistuvat hoitajat olivat joko opiskelijoita tai pidemmän työkokemuksen omaavia lähihoitajia tai sairaanhoitajia. Jokaisen ikääntyneen kohdalla tarkasteltavana oli kaksi aamua ja kaksi iltaa. Toisen kuvauspäivän aamuna tilanteet kuitenkin jäivät havainnoimatta ja videokuvaamatta väärinkäsityksen vuoksi. Tutkimuksessamme mukana olevista ikääntyneistä yhdellä oli kokoproteesi ylä- ja alaleuassa, yhdellä vain yläproteesi, yhdellä omat hampaat alaleuassa ja proteesi yläleuassa ja yhdellä omat hampaat ja erään hoitajan mukaan lisäksi hammassilta.

Tarkastelimme suunhoidon toteutusta pääteemojen avulla, jotka näkyvät liitteessä 3. Suunhoitoaineet ja –välineet teemaa ei ole erikseen tarkasteltu, sillä se sisältyy muiden teemojen alle. Tutkimme myös hoitohenkilökunnan keinoja muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa. Pääteemoista muodostimme alateemoja etsimällä yhdistäviä tekijöitä jokaisen pääteeman sisältä. Poistimme aineistosta ne asiat, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksiin. Tulosten yhteydessä on suoria lainauksia videokuvausten aikana käydyistä ikääntyneiden ja hoitajien välisistä keskusteluista. Suorat lainaukset on kursivoitu.

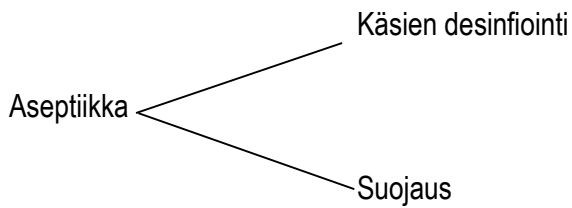
6.1 Hoitohenkilökunnan toteuttama muistisairaankäyttäneiden päivittäinen suunhoito



KUVIO 2. Hoitohenkilökunnan toteuttama muistisairaiden ikääntyneiden suunhoito

Kuviossa 2 on esitetty hoitohenkilökunnan toteuttama muistisairaankäyttäneiden suunhoito pää- ja alateemoineen. Lisäksi tarkasteltavanamme oli limakalvojen tarkistus ja kuivan suunhoito, mutta niitä ei tapahtunut tutkimuksemme aikana.

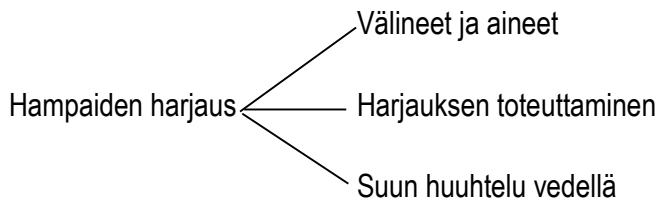
6.1.1 Aseptiikan toteutuminen suunhoitotilanteissa



KUVIO 3. Aseptiikka alateemoineen

Hoitajat käyttivät suojahansikkaita kaikissa suunhoitotilanteissa yhtä lukuun ottamatta. Silloin hoitaja kuitenkin laitto käsiinsä desinfiointiainetta ennen kuin alkoi harjata ikääntyneen hampaita. Muut hoitajat, jotka käyttivät suojahansikkaita, eivät laittaneet käsien desinfiointiainetta ennen suojahansikkaiden pukemista tai niiden pois ottamisen jälkeen. Muita suojavälineitä, kuten suu-näsuojusta hoitohenkilökunta ei käyttänyt.

6.1.2 Hampaiden harjaus



KUVIO 4. Hampaiden harjaus alateemoineen

Omahampaisia ikääntyneitä oli kaksi. Tutkimuksemme aikana omahampaisten ikääntyneiden hampaiden harjaus tapahtui joka ilta. Aamuharjoituksen toteutumista pääsimme todistamaan vain yhtenä aamuna toisen ikääntyneen kohdalla. Ikääntyneiden hampaiden harjaus toteutui suurimmalta osin hoitohenkilökunnan toimesta. Osassa tilanteista ikääntyneet harjasivat itse hampaansa hoitohenkilökunnan seurattessa vierestä.

Toisella ikääntyneellä oli käytössään manuaaliammasharja ja toisella lisäksi sähköammasharja. Sähköammasharjaa käytettiin kahdessa tilanteessa kolmesta. Molemmilla ikääntyneillä oli tavallista, natriumlauryylisulfaattia sisältävää fluorihammastahnaa. Hoitajat, jotka käyttivät harjauksessa sähköammasharjaa, harjasivat hieman eri tekniikoilla. Hoitaja 5 piti sähköammasharjasta kiinni kevyesti ja antoi harjan olla hetken aikaa paikallaan jokaisen hampaan kohdalla. Hän harjasi kaikki

hammaspinnat. Hoitaja 4 liikutti sähköhammasharjaa väliillä nopealla tahdilla edestakaisin ja epä-säännöllisessä järjestyksessä edeten. Hän harjasi lähinnä etuhampaiden ulko- ja purupintoja. Sisäpinnat sekä hampaiden ienrajat jäivät vähemmälle puhdistukselle. Myös toisen hoitajan 1 manuaaliammasharjalla toteuttama harjaus tapahtui näin.

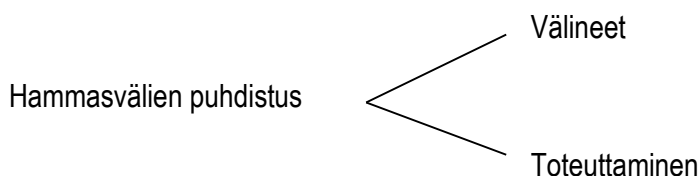
Hoitajat 1 ja 4 antoivat ikääntyneen ensin itse harjata hampaansa ennen kuin puuttuivat harjaukseen. Hoitaja 5 sen sijaan alkoi heti itse harjata ikääntyneen hampaita. Ikääntyneen harjatessa itse hampaitaan sähköhammasharja oli käännettynä pystyasentoon ja harjaus eteni epäjärjestelmällisesti. Hän harjasi pääasiassa alaetuhampaiden ulkopintoja. Manuaaliammasharjalla harjatessa hän sai tehtyä edestakaisen harjausliikkeen vain suun toiselle puolelle hampaiden ulkopintoihin.

Toinen ikääntynyt harjasi hampaansa itse hoitajan seuratussa vieressä. Hänen harjaustekniikkansa oli yksittäisiä vetoja ja hän harjasi pääasiassa ulko- ja purupintoja. Hoitaja 3 seurasi harjausta puuttumatta tilanteeseen. Toisessa tilanteessa hoitaja 5 taas neuvoi koko harjauksen ajan ikääntynyttä, muun muassa tilanteessa, jossa ikääntynyt oli aloittamassa pesemään omien hampaidensa sijasta proteesiaan tavallisella hammastahnalla. Hän myös neuvoi harjan asennossa ja ohjasi ikääntynyttä kääntämään harjaa hampaiden sisäpintoja kohti.

Ikääntynyt, jolla oli omia hampaita vain alaleuassa, harjasi hampaitaan minuutista puoleentoista minuuttiin. Hän siis harjasi hampaansa itse, hoitajan seuratussa vieressä. Toiselta ikääntyneeltä, jolla oli omia hampaita sekä ylä- että alaleuassa, hampaita harjattiin hoitajan toimesta puolesta toista minuutista kahteen minuuttiin.

Useissa suunhoitotilanteissa hoitajat kehottivat ikääntyneitä huuhtelemaan suutaan vedellä hampaiden harjauksen yhteydessä. Huuhtelua tapahtui hampaiden harjauksen jälkeen ja yleensä useita kertoja. Vähän yli puolessa tapauksista hoitajat kehottivat huuhteluun ja muutoin ikääntyneet tekivät sen omatoimisesti.

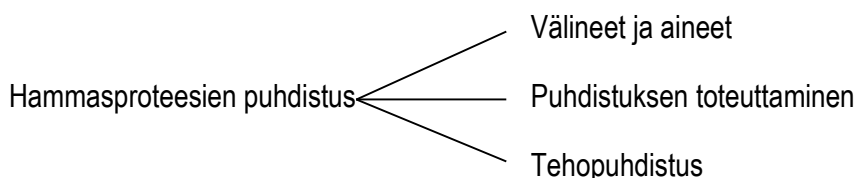
6.1.3 Hammasvälien puhdistus



KUVIO 5. Hammasvälien puhdistus alateemoineen

Tutkimuksemme aikana toiselta omahampaiselta ikääntyneeltä puhdistettiin hammasvälit yhtenä aamuna. Hoitaja puhdisti ikääntyneen kaikki hammasvälit hammasväliharjalla, johon hän laitto natriumlauryylisulfaattia sisältävää fluorihammastahnaa.

6.1.4 Hammasproteesien puhdistus



KUVIO 6. Hammasproteesien puhdistus alateemoineen

Ikääntyneiden hammasproteesit puhdistettiin proteesiharjalla tai tavallisella hammasharjalla. Puhdistuksessa käytettiin joko kosteuttavaa tai tavallista natriumlauryylisulfaattia sisältävää fluorihammastahnaa. Yhden ikääntyneen proteesit pestiin vedellä.

Hammasproteesien puhdistus toteutui suurimmalta osin hoitohenkilökunnan toimesta. He aloittivat proteesien pesun huuhtelemalla proteesia ja suurin osa heistä puhdisti ensin proteesin limakalvoa vasten tulevan akryyliosan sekä uurteet. Hoitohenkilökunta harjasi proteesien hammasosat huolellisesti ulko-, sisä- ja purupinnoilta. Osa heistä huomioi erityisesti proteesien hammasvälien puhdistuksen. Ikääntynyt, joka oli omatoiminen proteesinsa pesussa, harjasi proteesistaan hammasosat.

Ikääntyneillä, joilla oli vain yläproteesi, puhdistus kesti puolesta minuutista minuuttiin. Ikääntyneellä, jolla oli kokoproteesit, puhdistukseen käytettiin aikaa 40 sekunnista puoleentoista minuuttiin.

Kaikkien ikääntyneiden hammasproteesit puhdistettiin yhtenä iltana proteesien puhdistukseen tarkoitettulla antimikrobisia ainesosia sisältävillä puhdistustableteilla, jotka liuotetaan veteen. Osalla ikääntyneistä hammasproteesit olivat kyseisessä puhdistusaineessa yön yli, toisilla taas muutaman minuutin. Jos proteesit olivat olleet yön yli puhdistusaineessa, aamulla ne huuhdeltiin vedellä.

6.1.5 Limakalvojen puhdistus ja tarkistus

Limakalvojen puhdistus toteutui suun vedellä huuhtomisella. Tämä tapahtui hampaiden harjauksen ja proteesien puhdistuksen yhteydessä yleensä useita kertoja. Suurimmassa osassa tapauksista hoitajat kehottivat ikääntyneitä tähän. Ainoastaan yhdessä hoitotilanteessa ikääntynyt ei suostunut ottamaan vettä. Joskus taas ikääntyneet huuhtoivat suutaan omatoimisesti, ilman hoitajan kehoitusta. Hoitaja 2 mainitsi eräällä ikääntyneellä olevan limakalvoillaan valkoinen kohta, jota seurataan

siltä varalta, painavatko proteesit. Kyseisen muutoksen seuranta tai limakalvojen tarkistamista ei tapahtunut tutkimuksen aikana.

6.1.6 Kuivan suun hoito

Kuvaamissamme suunhoitotilanteissa ei ollut kuivan suun hoitoon liittyviä toimenpiteitä. Kysyessämme hoitajilta ikääntyneiden suun tilannetta, hoitajat eivät maininneet ikääntyneillä olevan kuivan suun ongelmaa. Yksi hoitaja kuitenkin mainitsi, että eräällä ikääntyneellä ei ole kostutusgeeliä käytössä.

6.2 Hoitohenkilökunnan keinot muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa

HOITOHENKILÖKUNNAN KEINOT MUISTISAIRAANA IKÄÄNTYNEEN KOHTAAMISESSA SUUNHOITOTILANTEESSA



SANALLINEN VIESTINTÄ

SANATON VIESTINTÄ



Ystävällinen, rauhallinen puhetapa	Koskettaminen
Kuuluva ääni	Eleet ja ilmeet
Yksinkertaiset, lyhyet lauseet	Katsekontakti
Toiston käyttäminen	Mallin näyttäminen
Mielipiteen kysyminen	
Nimellä puhuttelu	
Tuttu sanasto	

KUVIO 7. Hoitohenkilökunnan keinot muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa

Suunhoitotilanteissa hoitohenkilökunta puhutteli ikääntyneitä ystävällisellä ja rauhallisella äänensävyllä, mutta kuitenkin kuuluvasti. Tilanteessa, jossa ikääntynyt oli jo sängyssä, hoitaja pyysi ikääntynyttä antamaan proteesinsa pestäväksi. Hän kumartui ikääntynyttä kohti, katsoi häntä silmiin ja sanoi kuuluvalla äänellä:

”Paappa hampaat kuppiin. Mä käyn pesee sun hampaat.” (Hoitaja 5)

Hoitohenkilökunta ohjasi ikääntyneitä hampaiden ja proteesien puhdistuksessa antamalla heille yksinkertaisia ohjeita lyhyillä lauseilla. Eräässä tilanteessa, hoitaja harjasi sähköhammasharjalla ikääntyneen hampaita lavuaarin luona. Ikääntynyt otti tukea lavuaarista ja hoitaja oli hänen vieressään. Harjauksen päätteeksi, hoitaja antoi ikääntyneelle vettä ja sanoi lempeällä, mutta samalla jämäkällä äänellä:

”Kumarru vähä ja sylkäse, puskutappa vähä”. (Hoitaja 5)

Eräässä hampaidenharjaustilanteessa ikääntynyt ja hoitaja harjasivat aluksi yhdessä ikääntyneen hampaita. Ikääntynyt piti itse harjasta kiinni ja hoitaja ohjasi sähköhammasharjan liikkeitä pitämällä kevyesti kiinni osittain ikääntyneen kädestä ja osittain sähköhammasharjan varresta. Hoitaja piti toista kättään ikääntyneen olkapäällä koko harjauksen ajan ja välillä hän ohjasi ikääntynyttä kumartumaan lavuaaria kohti ja sylkäisemään työntämällä häntä hellästi selästä. Hän neuvoi sanallisesti harjauksessa sanomalla rauhallisesti:

”Joka puolelta, paa pikkusen tälleen poikittain”. (Hoitaja 4)

Hoitohenkilökunta käytti toistoa puhuessaan ikääntyneille. Yhdessä proteesien puhdistustilanteessa, ikääntynyt oli pyörätuolissa ja hoitaja seiso i hänen edessään kumartuneena ikääntynyttä kohti. Hoitaja kysyi, saako hän ottaa hampaat ikääntyneeltä. Ikääntynyt ei avannut suutaan, jolloin hoitaja ujutti sormensa ikääntyneen suuhun ja yritti saada proteesit pois suusta. Samalla hän sanoi ikääntyneelle nyökäten ja hymyillen:

”Pesaistaan vain, pesaistaan vain. Anna mulle hampaat.” (Hoitaja 2)

Tilanteessa, jossa ikääntynyt oli aloittamassa hampaiden ja proteesien pesua, hoitaja seurasi vierestä ja antoi ikääntyneelle ohjeita. Ikääntynyt oli alkamassa pesemään proteeseja hampaiden puhdistukseen tarkoitetulla tahnalla, jolloin hoitaja ohjasi ikääntynyttä sanomalla hänelle kuuluvasti ja jämäkästi:

"Nyt siinä on sitä tavallista hammastahnaa, niin pese sillä ne alahampaat, sillä tavallisella hammas-tahnalla. (Hoitaja 5)

Hoitajat ottivat ikääntyneet huomioon suunhoitotilanteissa kysymällä heidän mielipidettään. Kysymykset olivat usein sellaisia, joihin ikääntynyt pystyi vastaamaan "kyllä" tai "ei". Aiemmin kuvailussa tilanteessa, jossa ikääntynyt oli jo sängyssä ja hoitaja pesi hänen proteesinsa, hoitaja kumartui ikääntynyttä kohti, katsoi häntä silmiin ja kysyi kuuluvalla, mutta ystävällisellä äänellä:

"Täällä on ne sinun hampaat, haluatko yöksi suuhun?" (Hoitaja 5)

Eräessä harjaustilanteessa, hoitaja harjasi ikääntyneen hampaita manuaaliharjalla. Ikääntynyt kurtisti kulmiaan kesken harjauksen, jolloin hoitaja huomioi tämän, katsoi ikääntynyttä silmiin ja kysyi:

"Käykö kipiää?" (Hoitaja 1)

Yhdessä harjaustilanteessa hoitaja harjasi ikääntyneen hampaita sähköhammasharjalla. Ikääntynyt seisoivat lavuaarin edessä ja katsoi peiliin. Hoitaja seisoivat ikääntyneen vieressä. Välillä hoitaja veinnytti ikääntyneen poskea toisella kädellä, jotta näkisi paremmin takahampaisiin. Ikääntynyt kysyi välillä, joko harjaus lopetetaan. Hoitaja sanoi jatkavansa vielä hetken harjausta ja kysyi:

"Onko tämä sähköhammasharja vähän semmonen kummallisen tuntunen?" (Hoitaja 5)

Harjauksen päätteeksi hoitaja kysyi vielä ikääntyneeltä mielipidettä harjauksen lopputuloksesta:

"Tuliko puhtaat?" (Hoitaja 5)

Hoitajat käyttivät ikääntyneille puhuttaessa tuttua sanastoa, kuten puhuivat hampaista tarkoittaessaan hammasproteeseja. Hoitajat koskettivat ikääntyneitä edesauttaakseen suunhoitotilanteita. Hoitaja esimerkiksi ohjasi kädellään ikääntynyttä kumartumaan ja sylkääsemään lavuaariin. Eräs ikääntynyt, joka istui pyörätuolissa, oli vastahakoinen antamaan proteesinsa pestäväksi ja nosti kätensä suunsa eteen. Hoitaja siirsi hellästi ikääntyneen käden pois suun edestä ja silitti ikääntyneen kättä. Tämän jälkeen hän laski kätensä ikääntyneen jalalle ja samalla suostutteli ikääntynyttä antamaan proteesinsa. Ikääntynyt ei kuitenkaan suostunut antamaan proteesejaan. Hoitaja kurtisti kulmiaan kysyessään eikö ikääntynyt halunnut antaa proteeseja pestäväksi. Ikääntynyt ei avannut suutaan.

Hoitajat katsoivat ikääntyneitä silmiin puhuessaan heille ja puhuttelivat heitä usein nimeltä. Muutamassa suunhoitotilanteessa hoitaja opasti ikääntynyttä mallia näyttämällä, esimerkiksi kehotti ikääntynyttä avaamaan suutaan ja avasi itse suunsa malliksi.

7 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tarkoituksena on kuvailla, miten muistisairaana päivittäinen suunhoito toteutuu hoitohenkilökunnan toimesta sekä millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa.

Ensimmäisellä tutkimustehtävällä halusimme selvittää, miten hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana päivittäistä suunhoitoa. Yksi tutkittavista teemoista oli **aseptiikka**. Jokaisella ikääntyneellä oli pesutiloissa seinällä desinfiointisäiliö, josta hoitajat voivat ottaa desinfiointia huuhdetta desinfioidakseen käteensä. Tutkimuksemme aikana yksi hoitaja käytti kerran desinfiointia alkoholi-huuhdetta eli käsidesiä. Kuitenkin lähes kaikki hoitajat käyttivät ikääntyneen suunhoitotilanteissa kertakäyttöisiä tehdaspuhtaita suojakäsineitä. Ainoastaan yhdessä kuvatussa suunhoitotilanteessa hoitaja ei käyttänyt suojakäsineitä harjatessaan ikääntyneen hampaita. Tällöin hoitajan kädet ovat kontaktissa ikääntyneen eritteiden eli syljen kanssa ja mikrobit voivat siirtyä hoitajasta ikääntyneeseen tai päinvastoin. Suojakäsineet mahdollistavat mikrobisuojatun kontaktin henkilön eritteiden kanssa, jolloin hoitaja olisi voinut hyödyntää käsiään ikääntyneen hampaiden pesussa, esimerkiksi venyttämällä ikääntyneen poskea sormillaan, jotta näkyvyys paranee ja hammasharjan liikuttelu onnistuu paremmin. (ks. Heiskanen & Vainio 2008, hakupäivä 29.8.2014.) Hoitohenkilökunta ei käyttänyt suu-nenäsuojusta suunhoitotilanteiden yhteydessä. Suu-nenäsuojuksen käyttö on perusteltua tilanteissa, joissa ollaan lähietäisyydellä ikääntyneen kanssa. Suu-nenäsuojus suojaa sekä ikääntyneitä että hoitajaa heidän uloshengitysilmassa olevilta mikrobeilta. (Lehtola ym. 2010, 158, 394.)

Hampaiden harjauksen osalta päivittäinen suunhoito toteutui hyvin. Emme päässeet seuraamaan toisen kuvauspäivän aamuna suunhoitotilanteita, joten emme voi sanoa varmuudella, että hampaiden harjaus tapahtui jokaisen ikääntyneen kohdalla aamuin illoin. Voimme todeta varmasti, että harjaus toteutui ainakin kerran päivässä eli iltaisin jokaisen ikääntyneen kohdalla. Olisi hyvä, että hampaiden harjaus tapahtuisi aamuin illoin, mutta vähintään kerran päivässä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34.) Pirilän tutkimuksessa 63 % hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että ikääntyneiden hampaat puhdistettiin kerran päivässä ja hoitotyönopiskelijoista 50 % oli tätä mieltä (Pirilä 2002, 91).

Hampaiden harjauksen osalta hoitajien toiminnassa hyvää oli se, että hoitajat eivät automaattisesti alkaneet pestä ikääntyneiden hampaita vaan kannustivat omatoimisuuteen. He kuitenkin seurasiivat vieressä ja antoivat tarvittaessa ohjeita. Toisinaan hoitajat pesivät lopuksi ikääntyneiden hampaat uudelleen. Pirilän tutkimuksen mukaan noin puolet hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että ikääntyneitä kehoitettiin omatoimisuuteen hampaiden harjauksessa joka päivä. Opiskelijoista taas 7 % oli tätä mieltä. Opiskelijoista lähes puolet vastasi, että ikääntyneitä ei kehoitettu koskaan omatoimisuuteen hampaiden harjauksessa. (sama, 92.) Myös Ollikaisen (2006) Pro gradu- tutkielmasta kävi ilmi, että ikääntyneet halusivat itse huolehtia suunsa hoidosta mahdollisimman pitkään. Osa tutkimukseen osallistuneista ikääntyneistä koki kuitenkin hoitohenkilökunnalta saamansa tuen riittämättömänä ja heidän mielestään omatoimisuutta korostettiin liikaa. Kyseisten ikääntyneiden mielestä hampaiden hoidosta oli tullut vaivalloista toimintakyvyn alenemisen takia, jolloin hoitohenkilökunnan apu olisi ollut tarpeen, jotta puhdistustulos olisi hyvä. (Ollikainen 2006, 36–37.)

Hoitajan on tärkeä seurata vieressä ja tarkkailla ikääntyneen suorittamaa harjausta, koska ikääntyneet saattavat luulla pystyvänsä harjaamaan hampaat itse tehokkaasti, mutta usein puhdistustuloksessa on parantamisen varaa. Tämä johtuu ikääntymisen mukanaan tuomista muutoksista, kuten käsien motoriikan ja suun kunnon heikkenemisestä. Etenkin yhden tutkimuksessa mukana olleen ikääntyneen käsien motoriikassa oli havaittavissa selvää heikkenemistä, jolloin harjaus ei ollut tehokasta ja tietyt hammaspinnat jäivät harjaamatta. Tällöin hoitajan olisi pitänyt puuttua tilanteeseen antamalla ikääntyneelle ohjeita tai harjaamalla itse hänen hampaansa. Toiset hoitajat ohjasivat ikääntyneitä enemmän. Hoitohenkilökunnan on osattava neuvoa ikääntyneille uusia puhdistustapoja sekä ohjattava harjausta, jotta vaikeimminkin puhdistettavat kohdat tulevat puhtaiksi. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 34, 36.)

Hoitohenkilökunnan toteuttamassa ikääntyneiden hampaiden harjauksessa parannettavaa löytyy harjaustekniikasta ja harjauksen järjestelmällisyydestä. Järjestelmällinen harjaus edesauttaisi sitä, että kaikki hammaspinnat tulee harjattua. Harjaus toteutettiin pääasiassa hyvällä tekniikalla, mutta osa hoitohenkilökunnasta olisi voinut kiinnittää huomiota harjan asetteluun hampaalle, jotta ienrajatkin tulee puhdistettua. Purupinnat ja hampaiden ulkopinnat harjattiin huolellisemmin kuin hampaiden sisäpinnat. Yksi hoitaja ei harjannut erään ikääntyneen takahampaita. Takahampaiden harjausta helpottaisi ikääntyneen posken venyttäminen sormella, jolloin saataisiin näkyvyyttä takahampaisiin. Näin teki vain yksi hoitaja. Sähköhammasharjan käytössä oli eroja hoitajien välillä. Yhden hoitajan harjaustekniikka oli hyvä, mutta toisella hoitajalla oli puutteita tekniikassa. Hän liikutti harjaa nopealla tahdilla ja harjan ollessa pystyasennossa, jolloin harjakset eivät kosketa ienrajaa.

Itse hampaansa harjaavien ikääntyneiden harjaustekniikat toivat esille puutteita motoriikassa. Kummankaan omahampaisen ikääntyneen motoriikka ei riittänyt tehokkaaseen hampaiden harjaukseen omatoimisesti. He eivät pystyneet tuottamaan tehokkaaseen hampaiden harjaukseen tarvittavaa edestakaista liikettä eli liike jäi yksittäisiksi harjausvedoiksi. Toisen ikääntyneen hampaat harjattiin hoitajan toimesta vielä uudelleen, mutta toisen ei. Toinen ikääntyneistä kertoi pesseensä aamulla itse hampaat, mutta hoitajilla ei ollut tästä varmaa tietoa.

Suuta purskuteltiin hampaiden harjauksen jälkeen kaikissa tapauksissa useita kertoja. Suun purskuttelu vedellä hampaiden harjauksen päätteeksi ei ole suositeltavaa, sillä hampaiden reikiintymiseltä suojaava fluori huuhtoutuu tuolloin suusta pois. Ilman suun huuhtelua syljen ja hampaiden fluoripitoisuus jää hampaiden harjauksen jälkeen korkeaksi, suojaten näin hampaita. (Heikka 2009, hakupäivä 20.7.2014.) Joskus suun purskuttelu tapahtui ikääntyneen toimesta ja välillä hoitajien kehotuksesta. Hoitajan mukaan eräällä ikääntyneellä on kariesongelmaa, joten fluorin jääminen suuhun olisi erityisesti hänen kohdallaan erittäin hyödyllistä.

Hammasvälien puhdistus toteutui vain toisen omahampaisen ikääntyneen kohdalla yhtenä aamuna, jolloin hoitaja puhdisti ikääntyneen hammasvälit hammasväliharjalla. Hammasvälien puhdistus olisi tärkeää, koska hammasharja ei yletä puhdistamaan hampaiden välejä (Könönen & Riikola 2010, hakupäivä 27.10.2014.)

Proteesien puhdistus oli säännöllistä ja tapahtui suurimmassa osassa tapauksista hoitajan toimesta. Proteesit harjattiin vähintään kerran päivässä. Proteesien puhdistukseen käytettävät välineet ja aineet olivat useimmiten tarkoitukseen sopivia eli hyväkuntoisia proteesiharjoja tai hammasharjoja ja kosteuttavaa hammastahnaa. Yhden ikääntyneen kohdalla puhdistukseen käytettiin vain vettä ja yksi ikääntynyt käytti proteesinsa puhdistukseen tavallista hammastahnaa, joka ei sovellu hankaavuutensa vuoksi proteesien puhdistukseen (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 44–46). Proteesien puhdistukseen sopivia aineita ovat sen sijaan astianpesuaine, proteesin puhdistusaine tai nestemäinen saippua (Ainamo, Eerikäinen, Lahtinen & Paavola 2003, 272). Proteeseja suositellaan pestävän täytetyn vesialtaan päällä, jotta proteesi ei pudotessaan rikkoontuisi. Hoitajat eivät pesseet proteeseja vedellä täytetyn lavuaarin yläpuolella. Proteesien pesun jälkeen, proteesit tulee huuhtoa hyvin juoksevan veden alla. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 46.) Kaikki hoitajat huuhtelivat hyvin proteesit puhdistuksen päätteeksi.

Pirilän tutkimuksessa hoitotyöntekijät ja – opiskelijat kertoivat, että ikääntyneen hammasproteesit pestiin joko tavallisella hammasharjalla, proteesiharjalla, kertakäyttöhammasharjalla ja vedellä. Heistä 40 %:n mukaan hammasproteesien puhdistukseen käytettiin myös jotain puhdistusainetta

kuten suuvettä, käsienvesuainetta, nestemäistä puhdistusainetta, Corega-tabletteja tai hammas-tahnaa. Molemmista ryhmistä 60 %:n mukaan yleisin hammasproteesien puhdistusaine oli ham-mastahna, mutta tutkimuksessa ei kerrottu, millaista se oli. Meidän tutkimuksessamme yleisimmin käytetty hammastahna proteesien puhdistuksessa oli vaahtoamaton, mieto hammastahna. Pirilän tutkimuksessa kävi ilmi, että joidenkin ikääntyneiden hammasproteeseja säilytettiin öisin vesiasti-assa. (Pirilä 2002, 93.) Tutkimuksessamme ikääntyneiden proteeseja ei säilytetty vesilasissa vaan ne olivat joko lavuaarin päällä tai ikääntyneillä suussa yön yli. Proteesit tuleekin säilyttää yön yli kuivassa, sillä kosteat olosuhteet ovat otollisia mikrobien ja etenkin sienien lisääntymiselle (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 48). Usein ikääntyneet haluavat pitää proteesit suussa myös öisin, eikä sille ole vasta-aiheita, mikäli suu on kunnossa ja tulehdukseton. Tällöinkin proteeseja olisi hyvä pitää pois suusta pari vähintään pari tuntia päivän aikana. Silloin sylki pääsee huuhtomaan proteesin alla olevia limakalvoja. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 47.)

Jokaisen ikääntyneen proteesit puhdistettiin proteesien puhdistukseen tarkoitetulla antimikrobisia ainesosia sisältävillä puhdistustableteilla yhden kerran tutkimuksemme aikana. Hoitajilla oli erilaisia kertomuksia siitä, kuinka usein proteesit puhdistetaan antimikrobisia aineita sisältävillä puhdistus-tableteilla, jotka tehopuhdistavat proteeseja. Yhden hoitajan mukaan proteesit käytetään kysei-ässä puhdistusaineessa kolme kertaa viikossa ja toisen mukaan kerran viikossa. Proteeseja suo-sitellaan tehopuhdistettavan kerran viikossa. Tehopuhdistuksen voi suorittaa joko apteekista saa-tavilla valmisteilla, esimerkiksi Corega Tabseilla tai desinfiointiliuoksen voi valmistaa myös itse eti-kasta ja vedestä. (Kuopion kaupunki, hakupäivä 28.7.2014.) Pirilän tutkimuksessa hoitotyönteki-jöistä 38 % oli sitä mieltä, että proteesit laitettiin Corega- liuokseen kerran viikossa. Opiskelijoista 14 % olivat tätä mieltä. (Pirilä 2002, 93–94.)

Hoitajat harjasivat proteesit huolellisesti ja he aloittivat puhdistuksen proteesin limakalvoa vasten tulevasta akryliosasta ja uurteista. Ne ovat proteesin osia, joihin tulee kiinnittää erityistä huomiota puhdistuksessa (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 46). Yhdellä hoitajalla pro-teesin akryliosaa jäi ulkopuolelta harjaamatta. Kaksi kolmesta proteeseja pesseestä hoitajista huo-mioi myös hammasvälien puhdistuksen proteeseista. Ikääntynyt, joka pesi itse proteesinsa, pesi proteesin hampaat, mutta ei juurikaan akryliosia ja uurteita. Hän pyrki harjaamaan proteesin joka puolelta, mutta harjausliike ei ollut tehokas vaan hän harjasi yksittäisillä vedoilla.

Proteesien pesun yhteydessä ikääntyneen tulisi antaa huuhtoa suunsa vedellä (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 46). Osassa tapauksista hoitajat kehottivat ikääntyneitä huuhtomaan vedellä suutaan proteesien puhdistuksen yhteydessä. Hammashoitajan tekemässä suunhoidonsuunnitelmassa oli suositeltu, että eräs ikääntynyt ei pitäisi proteesia öisin suussa, sillä suulaki hieman punoittaa. Yksi hoitaja kuitenkin kertoi, että proteesi on ikääntyneellä yleensä öisin suussa. Yhden ikääntyneen kohdalla oli hoitajan mukaan ollut ongelmia proteesien pesussa, sillä ikääntynyt on ollut vastahakoinen antamaan proteeseja pestäväksi. Tämän vuoksi proteesit ovat voineet usein jäädä ikääntyneelle yöksi suuhun. Ollikaisen (2006) Pro gradu- tutkielmassa, jossa kuvataan potilaiden näkökulmasta laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suunhoitoa, kävi ilmi, että useat ikääntyneet pitivät proteeseja öisin suussaan totutun tavan vuoksi (Ollikainen 2006, 34).

Proteesien istuvuutta tai kuntoa ei tarkistettu tutkimuksemme aikana. Proteesien istuvuus ja kunto tulisi tarkastaa säännöllisesti, sillä ne voivat aiheuttaa painohaavoja. Leukaluun harjanne kutistuu iän myötä, mikä vaikuttaa proteesien istuvuuteen. Huonosti istuva proteesi voi ajan myötä altistaa suusyövälle tai limakalvon liikakasvulle. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä, 14.) Erään hoitajan mukaan yhdellä ikääntyneellä on hammassilta. Tutkimuksemme aikana sitä ei puhdistettu oikeaoppisesti. Sillan puhdistukseen paras väline on superfloss- lanka (Heikka 2009, hakupäivä 20.7.2014).

Tutkimuksessamme **limakalvojen puhdistaminen** tapahtui suun vedellä huuhtelulla. Etenkin proteesien suusta oton jälkeen ikääntyneen olisi hyvä antaa purskutella suunsa vedellä (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 46). Näin tapahtui tutkimuksemme aikana useimmiten. Ainoastaan yksi ikääntynyt ei halunnut huuhdella suutaan kertaakaan tutkimuksemme aikana. Myös Pirilän tutkimuksessa limakalvojen puhdistaminen tapahtui proteesien puhdistamisen yhteydessä. Lähes 70 % hoitotyöntekijöistä kertoi, että se tapahtui satunnaisesti ja 17 % oli sitä mieltä, että ne puhdistettiin päivittäin. Hoitotyöntekijöistä 12 % kertoi, että limakalvoja ei puhdistettu koskaan proteesien puhdistamisen yhteydessä ja kun taas hoitotyönopiskelijoista tätä mieltä oli yli puolet. (Pirilä 2002, 94.) Sen sijaan Korteniemen ja Tornbergin Pro gradu -tutkimuksesta selvisi, että ikääntyneiden mukaan heidän limakalvojaan ei puhdistettu yleensä koskaan (Korteniemi & Tornberg 1997, 47). Kielen puhdistamista ei tapahtunut tutkimuksemme aikana. Kielen puhdistamista pidettiin vähemmän tärkeänä myös Pirilän tutkimuksen mukaan. Hoitotyöntekijöistä 16 % ja hoitotyönopiskelijoista 33 % eivät pitäneet sitä merkittävänä asiana. Kummastakin ryhmästä noin neljäsosa ei osannut sanoa mitään kielen puhdistamisen tärkeydestä. (Pirilä 2002, 76.)

Limakalvojen puhdistuksen ohella myös **limakalvojen tarkistaminen** on tärkeää. Limakalvojen tarkistamista ei tapahtunut tutkimuksemme aikana. Eräs hoitaja mainitsi yhdellä ikääntyneellä olevan suussaan valkoinen kohta, jota tulisi seurata, jotta nähdään, painavatko proteesit. Hammashoitajan tekemässä suunhoidon suunnitelmassa oli myös kirjattu, että yhden ikääntyneen suulaki punoittaa, mikä voisi viitata proteesistomatiittiin. Kyseisten muutosten seuranta ei tapahtunut tutkimuksemme aikana, eikä limakalvoja tarkistettu muiltakaan ikääntyneiltä. Sen sijaan Pirilän tutkimuksessa mukana olleiden hoitotyöntekijöiden sekä – opiskelijoiden mukaan ikääntyneiden limakalvojen tarkistamista tapahtui, mutta hoitotyöntekijöiden mielestä sitä tapahtui paljon enemmän kuin hoitotyönopiskelijoiden mielestä. Lähes puolet työntekijöistä oli sitä mieltä, että suun ja limakalvojen kunnon tarkistamista tapahtui kaikkien ikääntyneiden kohdalla, kun taas opiskelijoista tätä mieltä oli vain 13 %. (Pirilä 2002, 97.)

Limakalvomuutokset ovat oireettomia ja niitä on vaikea havaita muutoin kuin kliinisesti. Hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa ikääntyneen suusta mahdollisia limakalvomuutoksia niin hampaattomasta kuin hampaallisesta suusta. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 12.9.2013.) Terveys 2000- tutkimuksessa ilmeni, että 40 %:lla 65- 74 -vuotiaista oli limakalvomuutoksia (Kansanterveyslaitos 2004, hakupäivä 23.9.2014).

Laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä suutulehdukset ovat yleisiä. Joka kolmannella yläleuan kokoproteesia käyttävällä ikääntyneellä on havaittu olevan proteesistomatiitti eli tulehdus proteesin alla. (Ainamo, Eerikäinen, Lahtinen & Paavola 2003, 270.) Limakalvojen kunto olisi tällöin ollut hyvä tarkistaa etenkin diabetesta sairastavalta ikääntyneeltä, sillä sieni-infektio on erityisen vakava silloin, jos potilaalla on sairaus, joka heikentää vastustuskykyä. Tällöin sienitulehdus voi aiheuttaa hengenvaarallisen syvän sienitulehduksen. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 12.) Hammasproteesit, huonokuntoiset hampaat, kuiva suu ja riittämätön suuhygienia lisäävät myös suusyöpäriskiä ikääntyneillä. (Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä 2003, 17.)

Kuivan suun hoitoa ei tapahtunut tutkimuksemme aikana. Hammashoitajan tekemässä suunhoidon suunnitelmassa ei mainittu kenenkään ikääntyneen tarvitsevan suun ja limakalvon kostutusaineita. Hoitajista yksi mainitsi erään ikääntyneen suunhoitotilanteessa, että ikääntyneellä ei ole kostutusgeeliä käytössä. Muutoin ikääntyneiden mahdollisesta suun kuivuudesta ei puhuttu. Kuivalle suulle sopivaa vaahtoamatonta, mietoa hammastahnaa oli kuitenkin käytössä useilla ikääntyneillä. Se ei sisällä natriumlauryylisulfaattia, joka voi ärsyttää ikääntyneen kuivia limakalvoja. (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 21.8.2014.)

Tutkimuksessamme emme selvittäneet ikääntyneiden mahdollisia lääkityksiä, mutta kysyimme hoitajilta ikääntyneiden suun tilanteesta, jolloin saimme tietoomme, että eräs ikääntynyt sairastaa diabetesta. Diabetes on eräs niistä sairauksista, joka aiheuttaa suun kuivumista (sama.) Tämän vuoksi kyseisen ikääntyneen suunhoidossa olisi hyvä huomioida mahdollinen kuivan suun ongelma. Ikääntyneiden suunhoitotilanteissa hoitajat pyysivät usein ikääntyneitä huuhtelemaan vedellä suutaan, esimerkiksi proteesien pois oton jälkeen. Tämä on yksi suun kostutuskeino, mutta se ei kostuta suuta pitkäaikaisesti (Hannuksela 2013, hakupäivä 21.8.2014). Muita kotikonstina toimivia aineita on ruokaöljy, jota voi sivellä ikääntyneen limakalvoille (Suomen Hammaslääkäriliitto 2005, hakupäivä 21.8.2014). Pirilän tutkimuksessa mukana olleiden hoitotyöntekijöiden sekä – opiskelijoiden mielestä syljeneritysongelmista kärsivien ikääntyneiden hoidosta huolehditaan huonoiten (Pirilä 2002, 87). Pirilän tutkimukseen haastatelluista ikääntyneistä kolme neljäsosaa tunsi jonkinasteista suun kuivuuden tunnetta. Yhdellä neljäsosalla suun kuivuuden tunne oli jatkuvaa ja hyvin kiusallista. (Pirilä 2002,134.)

Toisella tutkimustehtävällä halusimme selvittää, millaisia **keinoja** hoitohenkilökunnalla on kohdata muistisairas ikääntynyt suunhoitotilanteessa. Jauhiainen (2013) on tehnyt opinnäytetyönä toimintamalleja suuhygienisteille muistisairaiden kohtaamiseen. Viidestä eri muistisairaudesta on tehty niiden erityispiirteiden mukaan oma toimintamalli, jossa on kuvattuna keinot, jotka sopivat eri muistisairauksia sairastavien kohtaamiseen. Keinot liittyvät ikääntyneen puhutteluun, ohjaamiseen, koskettamiseen ja yleisesti muistisairaahan huomioimiseen. Tutkimuksessamme hoitohenkilökunta käytti muistisairaiden kohtaamisessa toimintamalleissa esitettyjä keinoja, jotka voidaan jakaa sanalliseen ja sanattomaan viestintään. He käyttivät ikääntyneen nimeä heille puhuttaessa ja tuttua sanastoa sekä toistoa. He esimerkiksi kutsuivat hammasproteeseja hampaiksi. Vastahakoisen ikääntyneen kohdalla hoitaja kosketti ikääntynyttä samalla kun puhui hänelle. Toimintamallissa on kerrottu myös katsekontaktin tärkeydestä. Pyörätuolissa olevaa ikääntynyttä hoitaessaan hoitajat kumartuivat ikääntynyttä kohti, jotta saivat häneen katsekontaktin. (ks. Jauhiainen 2013, hakupäivä 27.9.2014.)

Hoitajat käyttivät myös yksinkertaista puhetapaa eli antoivat selkeitä, yksinkertaisia pyyntöjä ja puhuivat lyhyillä lauseilla. Hoitohenkilökunta puhui ikääntyneille rauhallisesti ja toimi empaattisesti suunhoitotilanteissa. Osa hoitohenkilökunnasta loi hoitotoimenpiteeseen positiivista ilmapiiriä hymilemällä. Hoitajat osoittivat elein, mitä haluavat ikääntyneiden tekevän, kuten esimerkiksi näyttivät mallia, miten suu avataan. Toimintamallissa esitettyjä muita keinoja, joita tutkimuksessamme

olleet hoitajat olisivat voineet käyttää suunhoitotilanteissa, ovat huumorin käyttö ja hoitaminen laulamalla. (ks. Jauhiainen 2013, hakupäivä 27.9.2014.) Huumori on yksi keino hoitajan ja ikääntyneen väliseen kommunikaatioon, jota hoitohenkilökunta olisi voinut käyttää enemmän. Huumorintajuinen hoitaja vapauttaa ikääntyneen jännityksestä ja hoito voi sujua helpommin. Ohjausta ja neuvontaa voi antaa ikääntyneelle huumorin avulla esimerkiksi hauskoja sanoja käyttämällä. (Hirvonen & Isola 1999, 105–106.) Huumorin käyttöä muistisairaiden hoitotyössä on tutkinut myös Häyhä Pro-gradu tutkielmassaan ”Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden hoitotyössä” (2013). Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kuutta muistisairaiden parissa työskentelevää hoitajaa. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että muistisairaiden kanssa huumori on merkittävä osa vuorovaikutusta ja se helpottaa hoitotoimenpiteistä suoriutumista. Heidän mukaansa huumori sopii muistisairaiden hoitoon todella hyvin, kunhan sillä ei loukata muistisairasta. He kokivat sen vaikuttavan muistisairaiden elämänlaatuun positiivisesti. (Häyhä 2013, hakupäivä 16.10.2014.)

Yhdessä tilanteessa ikääntynyt ei antanut proteesejaan pestäväksi. Hoitaja kertoi kuvauksen alussa, että ikääntyneen suunhoidossa on ollut ongelmaa, sillä hän ei usein anna proteesejaan pestäväksi. Muistisairas ikääntynyt saattoi aistia tunnelman negatiiviseksi, jolla oli mahdollisesti vaikutusta hoidon onnistumiseen (ks. Hirvonen & Isola 1999, 111). Hoitaja myös kurtisti kulmiaan suostutellessaan ikääntynyttä antamaan proteesejaan. Ilmeillä, kuten muillakin sanattomilla viesteillä on suuri merkitys muistisairaana kanssa kommunikoitaessa (ks. Eloniemi-Sulkava ym. 2002, 29).

Johtopäätöksinä tutkimuksestamme voi todeta, että ikääntyneiden suunhoitoa toteutetaan päivittäin ja hoitohenkilökunnalla on oikeanlaisia keinoja muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa. He käyttivät ikääntyneen kanssa kommunikoitaessa useita suositusten mukaisia keinoja. Kuten aikaisemmin tehdyissä vastaavanlaisissa tutkimuksissa on todettu, parannettavaa löytyy limakalvojen tarkistamisesta. Limakalvojen tarkistaminen kuuluu olennaisena osana ikääntyneen suunhoitoon, eikä sitä tutkimuksemme aikana tapahtunut. Limakalvojen tarkistamisen ohella myös ikääntyneiden mahdollinen kuivan suun ongelma tulisi huomioida ja löytää oikeita keinoja sen hoitamiseksi. Suunhoitoa voisi toteuttaa vielä paremmin, jos kaikilla ikääntyneillä olisi käytössään tarpeidensa mukaiset suunhoitovälineet ja –aineet. Hammastahnan valinnassa kannattaa ottaa huomioon ikääntyneiden herkätkä limakalvot ja hammasproteesit tulee puhdistaa niiden puhdistukseen soveltuvilla aineilla. Omahampaiset ikääntyneet tarvitsevat välineitä hammasvälien puhdistukseen.

Muistisairaiden ikääntyneiden suunhoidossa on otettava huomioon muistisairauden eteneminen ja sen vaikutukset toimintakykyyn. On hyvä, että hoitajat kannustivat ikääntyneitä omatoimisuuteen, mutta heidän on tehtävä jatkuvaa arviointia ikääntyneiden kyvystä suorittaa suunhoitoa. Muistisairaiden ikääntyneiden itsensä suorittamaa suunhoitoa on seurattava, jotta se varmasti toteutuu. Muistisairas voi muistaa pesseensä hampaansa, vaikka ei sitä olisikaan tehnyt.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, miten hoitohenkilökunta toteuttaa muistisairaana päivittäistä suunhoitoa ja millaisia keinoja hoitohenkilökunnalla on muistisairaana ikääntyneen kohtaamisessa suunhoitotilanteessa. Arvioimme tutkimuksemme onnistumista luotettavuuden ja eettisyyden sekä omien oppimiskokemustemme perusteella. Esitämme lopussa myös jatkotutkimushaasteita.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Luotettavuus on kaikissa tutkimuksissa arvioinnin kohteena, koska tulosten luotettavuus ja pätevyys eivät ole itsestään selviä asioita. Luotettavuuden arvioinnissa voidaan käyttää erilaisia tapoja. Yleisemmät käsitteet, joilla luotettavuutta arvioidaan, ovat reliabelius ja validius. Näitä käsitteitä käytetään yleisesti kvantitatiivisen tutkimuksen arvioinnissa, mutta myös laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida kyseisillä käsitteillä (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, haakupäivä 28.9.2014). Vilkan mukaan tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida koko tutkimuksen eri vaiheiden ajan ja sen edellytyksenä on tutkijan vilpittömyys. Laadullinen tutkimus on luotettava silloin, kun tutkimusmenetelmä on oikeanlainen toteuttamaan todenmukaista tietoa tutkimuksesta. Tällöin tutkimuskohde ja siitä tuotetut havainnot ja tiedot ovat yhteensopivia. (Vilka 2005, 158-159.)

Reliabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta, joka kertoo siitä, että tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Se voidaan todistaa siten, että useampi tutkija päätyy samaan tulokseen. Validius taas kertoo valitun tutkimusmenetelmän oikeellisuudesta eli sen kyvystä mitata juuri sitä, mitä sen kuuluu mitata. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Tutkimuksen reliabeliutta lisäävänä tekijänä oli se, että tutkimuksen tekijöitä on kaksi. Katsoimme videomateriaalit ensin erikseen ja sitten yhdistimme havaintomme yhdessä. Olimme poimineet videomateriaalista paljon samanlaisia havaintoja, mutta löysimme myös toisen havaintoja täydentäviä asioita.

Valitsimme oikean tutkimusmenetelmän, koska mielestämme muilla tutkimusmenetelmillä emme olisi saaneet yhtä luotettavia tietoja hoitohenkilökunnan toteuttamasta suunhoidosta. Havainnoimalla ja videokuvaamalla saimme tutkittua niitä asioita, mitä oli tarkoituskin tutkia. Tämä kertoo tutkimuksen validiteetista. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136.) Kyselytutkimuksissa tai haastatteluissa tiedonantajat voivat vääristellä tietojaan. Videokuvauksen avulla tilanteisiin voidaan palata yhdelle ja näin saadaan luotettavampaa tietoa. Tutkimustulosten oikeellisuuden voi tarkistaa vielä

myöhemminkin kuvanauhalla ja tutkimukseen osallistuvat henkilöt voivat myös itse katsoa tallenteet jos tulee epäilyjä tulosten tulkinnasta. Videokuvauksen luotettavuutta voi heikentää se, että kuvattavat henkilöt reagoivat kameran läsnäoloon ja voivat muuttaa käyttäytymistään. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006, hakupäivä 28.9.2014.) Varmistimme nauhoituksen onnistumisen sillä, että ennen videokuvausta tutustuimme videokameraan ja opettelimme käyttämään sitä, tarkistimme kuvausasetukset sekä äänen kuuluvuuden. Pidimme huolen myös siitä, että kamera on täysin ladattu ennen kuvaamisen aloittamista.

Tutkimuksessamme mukana olleista ikääntyneistä osa huomioi videokameran läsnäolon. Hoitajan mukaan videointi vaikutti erään ikääntyneen käytökseen positiivisesti. Emme usko, että videokuvaus muutti merkittävästi hoitohenkilökunnan toimintaa. Teimme testikuvauksen ennen varsinaista kuvausta, jotta hoitohenkilökunta ja ikääntyneet tottuisivat meihin ja kameran läsnäoloon. Saimme luotua tämän avulla luottamuksellisen suhteen hoitohenkilökuntaan ja ikääntyneisiin, jolloin he pystyivät paremmin toimimaan luonnollisesti varsinaisessa kuvaustilanteessa. Videokuvaus aineistonkeruumenetelmänä herätti aluksi epäilyksiä koulussamme tutkimussuunnitelmaa esittäessämme. Olemme erittäin tyytyväisiä, että emme luopuneet videokuvauksesta kriitikkistä huolimatta, sillä emme olisi saaneet läheskään yhtä laajaa ja luotettavaa tutkimusta aikaiseksi pelkästään tarkistuslistoja käyttämällä. Videokuvauksen avulla tutkimusmateriaalia kertyi runsaasti (ks. Aineiston hankinta ja analysointi, 31) ja materiaali osoittautui korvaamattomaksi avuksi tutkimuksen edetessä, sillä pystyimme palaamaan suunhoitotilanteisiin ja niiden tunnelmaan yhä uudelleen. Kuvauksessa ei ollut ongelmia. Ääni kuului hyvin ja pääsimme hyvälle kuvauspaikoille. Osan tilanteista jouduimme kuvaamaan peilin kautta, mutta se ei heikentänyt materiaalin laatua.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta lisää tarkka kuvaus siitä, kuinka tutkimus toteutettiin. Toimme esille tutkimukseen käytetyn ajan ja mahdolliset häiriötekijät. Aineiston analyysissä kerroimme yksityiskohtaisesti, miten aineisto on analysoitu ja miten pääsimme tuloksiimme. Tämä lisää osaltaan tutkimuksen uskottavuutta. (Sarajärvi & Tuomi 2012, 141.) Kuvailun tulee olla niin tarkkaa, että sen pohjalta tutkimuksen voi suorittaa uudelleen (Hirsjärvi ym. 2004, 252- 253). Uskottavuudesta kertoo myös se, että suurin osa tutkimusmateriaalista menee tekemiemme kategorioiden eli teemojen alle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tutkimuksen luottamuksellisuuden tärkein asia on se, että tutkijat käyttävät aineistoa kuten tutkittavien kanssa on sovittu. Tutkittavien kanssa on hyvä sopia jo tutkimuksen alussa tutkimusaineiston käytöstä, mikäli sitä halutaan hyödyntää tutkimuksen jälkeen. (Kuula 2011, 88–90,116.) Keskustelimme palvelukodin johtajan kanssa tutkimuksen alkuvaiheessa tutkimuksemme mahdollisesta jatkokäytöstä.

Tutkimuksen luotettavuutta voi myös kuvata käsitteellä siirrettävyys. Siirrettävyyden mahdollistamiseksi, täytyy työssä olla selkeä kuvaus osallistujien valinnasta ja taustoista sekä aineiston keruusta ja analyysistä. Näin toinen tutkija voi seurata tutkimusprosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Tutkimuksemme luotettavuutta hieman heikentää se, että emme saaneet kuvattua kaikkia suunhoitotilanteita, joita oli tarkoitus kuvata. Saimme kuitenkin kysytyä tilanteista hoitajilta, jolloin saimme tietoa osasta tapauksista. Hoitajilta saamamme tiedot vastasivat aiempia havaintojamme, joten heiltä saamamme tiedot olivat mielestämme luotettavia ja hyödynsimme niitä tutkimukses-
samme. Saimme kahden päivän aikana kuvattua tarpeeksi materiaalia riittävän aineiston saamiseksi, sillä näimme viiden hoitajan toimintaa.

Tarkoituksenamme oli alun perin tutkia, miten muistisairaiden ikääntyneiden suunhoito tapahtuu yksilöllisesti. Työn edetessä huomasimme, että emme olisi saaneet yksilöllisyyttä luotettavasti arvioitua, sillä meillä ei ollut tietoa ikääntyneiden sairauksista ja lääkityksistä. Saimme luettavaksemme hammashoitajan tekemät suunhoidonsuunnitelmat, mutta ne eivät olleet tarpeeksi kattavia, jotta olisimme voineet pelkästään niiden avulla tarkastella yksilöllistä suunhoitoa luotettavasti.

Eettisyys tulee ottaa huomioon jo tutkimusaihetta valitessa (Hirsjärvi 2004, 26). Täytyy pohtia, onko tutkimuksesta yhteiskunnallista hyötyä, eikä aihetta tulisi valita vain sen perusteella, että tutkimus on helppo toteuttaa. Tutkimukses-
samme halusimme kiinnittää huomiota erityisesti sen eettisyyteen, sillä tutkimuksen kohteena olevissa hoitohenkilökunnan toteuttamissa suunhoitotilanteissa oli mukana muistisairaita ikääntyneitä. Pehdyimme Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ennakoarvioinnin perusteisiin ja totesimme, että emme tarvitse neuvottelukunnan eettistä ennakoarviointia, sillä tutkimuksemme ei kohdistu suoraan muistisairaisiin ikääntyneisiin, vaan heitä hoitamaan hoitohenkilökuntaan (ks. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä 2012, hakupäivä 14.3.2014).

Eettisyyttä tutkimuksessa lisää tutkittavien anonyymius. Tulosten esittelyssä emme puhu tutkittavista henkilöistä tunnistettavasti. Olemme numeroineet kaikki tiedonantajat, jotta emme sekoita tilanteita ja henkilöitä tutkimusta tehdessämme. Eettisen näkökulman kannalta tärkeää on saada suostumus tutkimuksen tutkittavilta henkilöiltä ja heidän tulee saada tietää tutkimuksen eteneminen sekä mahdolliset riskit. (Kuula 2011, 87.) Saimme tutkimukseen osallistuvalla organisaatiolla eli palvelukodin johtajalta ja muistisairaiden ikääntyneiden omaisilta kirjallisen suostumuksen. Teimme eettisen ratkaisun ottaessamme erään ikääntyneen mukaan tutkimukseen hänen omasta

pyynnöstään, vaikka hänen omaisiltaan ei ollut kirjallista suostumusta. Hoitohenkilökunnan mukaan hän oli kykenevä päättämään itseään koskevista päätöksistä. Tutkittavilla oli mahdollisuus päättää, osallistuvatko he tutkimukseen ja tämä vapaaehtoisuus oli voimassa koko tutkimuksen ajan. Se tarkoittaa, että jokainen tutkimukseen osallistuva voi missä tahansa tutkimuksen vaiheessa perua osallistumisensa ilman selityksiä vetäytymisen syistä. (Kuula 2011, 87.) Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu osallistumisen vapaaehtoisuuden lisäksi tutkittavien informointi. Tutkittaville kerrotaan tutkimuksen aihe, tutkijoiden yhteystiedot, aineistonkeruumenetelmä ja tutkimuksen kesto. Lisäksi kerätyn aineiston käyttötarkoitus, säilytys sekä mahdollinen jatkokäyttö tulee tiedottaa. (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2014, hakupäivä 15.10.2014.) Ennen tutkimusta toimitimme palvelukotiin tutkimussuunnitelman, josta ilmenee tutkimuksen tavoitteet ja tutkimusmenetelmät. (ks. Sarajärvi & Tuomi 2009, 131.)

Tutkimuksessamme pyrimme olemaan rehellisiä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Käytännössä tämä tarkoitti plagioinnin välttämistä eli emme kopioineet toisten tekstejä, mutta koska hyödynsimme työssämme toisten tutkimuksia ja muita tietolähteitä, teimme sen oikeanlaisin lähdemerkinnöin. Emme tehneet yleistyksiä tutkimuksen tuloksista tai muuttaneet niitä. Raportointi sisältää selkeästi ja tarkasti käyttämämme menetelmät ja mahdolliset puutteet raportoinnissa on tuotu esiin. (ks. Hirsjärvi 2004, 26–28.) Videomateriaalin säilytyksessä olemme toimineet eettisesti, sillä videomateriaali on ollut vain tutkijoiden käytettävissä. Hävitämme videomateriaalin tutkimuksen jälkeen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, hakupäivä 28.9.2014.)

Pohdimme tutkimuksen aikana myös sitä, vaikuttiko hoitohenkilökunnan koulutus ja työkokemus siihen, miten he toteuttivat ikääntyneiden suunhoitoa. Tutkimuksessa oli mukana opiskelijoita, vastaalmistuneita sekä pidemmän työkokemuksen omaavia hoitajia. Ammateiltaan he olivat lähihoitajia ja sairaanhoitajia. Tutkimuksesta kävi ilmi, että työkokemuksen määrä tai koulutustausta eivät tuoneet merkittäviä eroja hoidon toteutukseen.

8.2 Kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksemme palvelukodille on suunhoitotoimenpiteiden kirjaaminen ja yksilöllisen hoidon seuraaminen. Jokaisen ikääntyneen suunhoidonsuunnitelma olisi hyvä olla ikääntyneen huoneessa nähtävillä. Jokainen työvorossa oleva hoitaja voisi kirjata ylös toteuttamansa suunhoidon toimenpiteet, jotta seuraavaan työvuoroon tulevat hoitajat näkisivät, mitä kullekin ikääntyneelle on tehty. Tämä olisi hyödyllistä, sillä aina muistisairaana ikääntyneen suunhoito ei toteudu suunniteltuna ajankohtana. Suunnitelmaan voisi kirjata myös tarvittaessa huomioita, esimerkiksi seurattavista limakalvomuutoksista. Näin hoitohenkilökunta pysyisi ajan tasalla jokaisen ikääntyneen suunhoidon tarpeista.

Hoitotyön peruskoulutukseen kuuluu vähän suunhoitoon liittyvää opetusta. Hoitotyön opiskelijat toivat Pirilän (2002) tutkimuksessakin esille, että suunhoitoon liittyvää opetusta tulisi saada koko opin-tojen ajan, eikä vain koulutuksen alussa. Myös työpaikalla järjestettävästä säännöllisestä suunhoidon koulutuksesta olisi varmasti hyötyä. Tällöin hoitohenkilökunta saisi vielä paremmat valmiudet toteuttaa ikääntyneiden suunhoitoa. Hoitohenkilökunta voi kehittää myös itsenäisesti tietouttaan ikääntyneiden suunhoidosta. Luotettava, kaikille saatavilla oleva tietolähde on internetistä löytyvä Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettaman työryhmän laatimat Käypä hoito- suositukset.

8.3 Omat oppimiskokemukset ja jatkotutkimushaasteet

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava ja opettavainen. Emme ole tehneet vastaavanlaista tutkimusta ennen, joten kaikki tutkimuksen vaiheet olivat meille uutta. Opimme tutkimuksen edetessä paljon muistisairauksista ja ikääntyneiden suunhoidosta. Olemme saaneet myös keinoja muistisairaiden ikääntyneiden kohtaamiseen suunhoitotilanteessa. Näistä on paljon hyötyä tulevassa työsämme suuhygienisteinä. Pitkän opinnäytetyöprosessin aikana opimme sietämään keskeneräisyyttä, sillä työtä ei voinut saada hetkessä valmiiksi. Tämä kehitti myös kärsivällisyyttä.

Opinnäytetyön tekeminen oli työläämpää kuin olimme ajatelleet, eikä alkuperäinen aikataulusuunnitelma pitänyt. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä opimme paljon tutkimussuunnitelman eri vaiheista. Suunnitelmassa täytyi huomioida yllättävän paljon asioita, kuten eettiset kysymykset. Kirjoitimme monia työn osioita uudelleen, jolloin opimme kritisoimaan omaa työtämme. Kehityimme

kirjoittajina ja tuotimme laadukkaampaa tekstiä työn edetessä. Tutustuimme lukuisiin opinnäytetöihin etsiessämme sopivaa tapaa laajojen tutkimustulostemme esittelyyn ja tarkasteluun. Opimme paljon parityöskentelystä, toisen ajatusten huomioon ottamisesta ja aikataulujen yhteensovittamisesta. Saimme ehdotuksen rajata aiheen muistisairaisiin ikääntyneisiin. Aiheenrajaus ei tehnyt tutkittavasta aiheesta suppeampaa vaan toi siihen uusia ulottuvuuksia, joita täytyi ottaa tutkimuksessa huomioon. Koimme sen vuoksi tutkimusaiheemme hyvin laajaksi. Jossain vaiheessa tutkimusta ajattelimme, että tutkimusaineistosta ei löydy tarpeeksi vastauksia toiseen tutkimustehtävään. Perehdyttyämme tutkimusmateriaaliin yhä uudelleen ja etsittyämme aiheesta lisää tietoa, huomasimme, että aineisto sisältää runsaasti vastauksia kyseiseen tutkimustehtävään. Opimme tarkastelemaan aineistoa uudesta näkökulmasta ja pääsimme syvemmälle materiaaliin.

Opinnäytetyöstämme nousi esille useita jatkotutkimushaasteita. Vastaavanlaisen tutkimuksen voisi tehdä isommalle joukolle palvelukodin hoitohenkilökuntaa, jolloin tutkimuksesta saisi laajemmat tutkimustulokset. Tutkimuksessa voisi tarkemmin myös selvittää ikääntyneiden sairauksia ja lääkityksiä, sillä niillä on usein vaikutuksia suun terveyteen. Samanlaisen tutkimuksen voisi tehdä myös vuodeosaston hoitohenkilökunnalle, jolloin saataisiin selville, miten suunhoito toteutuu vuodeosastoilla. Ikääntyneiden parissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle voisi tehdä myös kyselytutkimuksen tai haastattelun, jolla selvittäisiin hoitohenkilökunnan tietoja ikääntyneiden suunhoidosta ja erilaisista suun sairauksista sekä niiden vaikutuksista yleisterveyteen. Hoitohenkilökunnalta voisi selvittää heidän asenteitaan ikääntyneiden suunhoitoon.

LÄHTEET

Adams, T. 2008. Communication between people with dementia family members and nurses. T, Adams (toim.) Dementia care nursing- promoting well- being in people with dementia and their families. Basingstoke: Palgrave Macmillan 146-147.

Ainamo, A., Eerikäinen, T., Lahtinen, A. & Paavola, P. 2003. Ikäihmisten suun hoito: Hammasproteesia käyttävien suun ja proteesien hoito. Suomen Hammaslääkärilehti. 6/2003, 270, 272.

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino, 40.

Ammattinetti. 2013. Lähihoitaja, vanhustyö. Hakupäivä 14.8.2013 http://www.ammattinetti.fi/ammattit/detail/239_ammatti

Eloniemi-Sulkava, U., Laaksonen, R. & Rantala, L. 2002. Ymmärrä- tule ymmärretyksi: Vuorovai- kutus dementoituneen kanssa. Kuopio: Kuopion Liikekirjapaino Oy, 24, 29-31.

Erkinjuntti, T & Huovinen, M. 2001. Kun muisti pettää- muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Werner öderström osakeyhtiö, 54,60, 72-73, 88-94, 164-167, 170-172, 181-183.

Finne-Soveri, H., Hakala, P., Hakala-Lahtinen, P., Männistö, S., Pitkälä, K., Sarlio-Lähteenkorva, S., Soini, H. & Suominen, M. 2010. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. Hakupäivä 5.5.2013 <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>

Hannuksela, M. 2013. Kuiva suu. Hakupäivä 21.8.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=dlk00896

Heikka, H. 2009. Hampaiden puhdistaminen. Duodecim Terveyskirjasto. Hakupäivä 20.7.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=trs00021

Heikka, H. 2009. Hampaiden välipintojen puhdistus. Duodecim Terveyskirjasto. Hakupäivä 20.7.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=trs00028

Heikkinen, E. 2005. läkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Hakupäivä 2.5.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

Heiskanen, K. & Vainio, S-L. 2008. Henkilökunnan aseptiikka. Hakupäivä 29.8.2014 <http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti>

- Hervonen, A. 2001. Vanhenemistutkimuksen viesti. 1.painos. Teoksessa Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. & Tilvis, R (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 14.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 26-28, 130, 152, 155, 201-205, 252-253.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy, 222, 231.
- Hirvonen, R. & Isola, A. 1999. Pehmeää ja kovaa vanhusten hoitotyössä. P. Laitinen-Junkkari (toim.) Moninainen vanhusten hoitotyö. Porvoo: WSOY, 105-106, 111.
- Honkala, S. 2009. Sylkirauhaset ja sylki. Hakupäivä 3.5.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00009
- Huttunen, M. 2011. Dementia. Hakupäivä 15.5.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358
- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden hoitotyössä. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Hakupäivä 16.10.2014 <http://herkules oulu.fi/thesis/nbnfioulu-201311201888.pdf>
- Isola, A. & Saarnio, R. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia. 4/10, 323.
- Jauhiainen S. 2013. Muistisairaant ja suun terveys- suuhygienisteille laadittu toimintamalli muistisairaiden kohtaamiseen. Turun ammattikorkeakoulu. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Opin näytetyö. Hakupäivä 27.9.2014 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/64728/Jauhiainen_S.pdf?sequence=1
- Kankkunen, P., Suominen, T. & Taponen, R. 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. Gerontologia. 4/2007, 314-315.
- Kansanterveyslaitos. 2004. Suomalaisien aikuisten suunterveys- Terveys 2000- tutkimus. Hakupäivä 23.9.2014 <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>
- Keskinen, H. 2009. Ikäihmisten suun terveyden uhkatekijöitä. Hakupäivä 3.5.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00068&p_haku=juurikaries#s2

Knuutila, M. & Vehkalahti, M. 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Hammaslääkärilehti. 18.3.2008, 4/08, 48-49.

Knuutila, M. & Vehkalahti, M. 2008. Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen Suomessa. Terveysportti. Hakupäivä 12.8.2014 http://www.terveysportti.fi.ezp.oamk.fi:2048/dtk/tod/koti?p_artikkeli=&p_haku=ikäihmisen suun hoito- opas

Korteniemi, A. & Tornberg, H. 1997. Laitoksissa asuvien vanhusten suun hoito. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto, 47.

Kuopion kaupunki, sosiaali- ja terveyskeskus, suun terveydenhuolto. Irrotettavan hammasproteesin hoito- ohje. Hakupäivä 28.7.2014. http://www.kuopio.fi/documents/12159/57770/Irrotettavan_proteesin_hoito_ohje.pdf

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka – aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino, 87-90,116.

Könönen, E. & Riikola, T. 2010. Parodontiitti eli hampaan kiinnityskudossairaus. Hakupäivä 27.10.2014 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00096

Könönen, E. & Riikola, T. 2010. Parodontiitti eli hampaan kiinnityskudossairaus. Hakupäivä 8.9.2013 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/naytaartikkeli/tunnis/khp00096>

Könönen, E. 2012. Ientulehdus (Gingiviitti). Hakupäivä 8.9.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00714

Lehtola, L., Nurmi, N. & Rummukainen, M. 2010. Infektioiden torjunta pitkäaikaishoitolaitoksissa. S. Hellstén (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. 6. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 158, 394- 398.

Meurman, J. 2001. Vanhuus ja suu. 1.painos. Teoksessa Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. & Tilvis, R (toim.) Geriatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 277.

Milward, M. 2002. Ageing and periodontal disease. P, Allen (toim.) Teeth for life for older adults. London: Quintessence,41-42.

Muistiliitto Ry. 2009. Alzheimerin tauti. Hakupäivä 8.6.2013 http://www.muistiliitto.fi/fin/muisti_ja_muistisairaudet/muistisairaudet/alzheimerin_tauti/

Mäkinen, K. 2003. Ksylitoli ja sen käyttö terveyden edistämässä. 2. uudistettu painos. Forssa: Forssan kirjapaino Oy, 47, 56, 64.

Ollikainen, M. 2006. Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suun terveys ja kuvaus suun hoidosta. Kuopion yliopisto. Pro gradu- tutkielma, 34, 36-37.

Oulun ammattikorkeakoulu. 2014. Tutkinto- ohjelmat 2014- 2015. Hakupäivä 23.9.2014 http://www.oamk.fi/koulutus_ja_hakeminen/opiskelu_oamkissa/opinto-opas/koulutusohjelmat/?sivu=ops&lk=s2014&code=5133#1

Oulun kaupunki. 2014. Tehostettu palveluasuminen. Hakupäivä 8.9.2014 <http://www.ouka.fi/oulu/ikaantyminen/tehostettu-palveluasuminen-palvelukodissa>

Oulun seudun ammattiopisto. 2014. Opetussuunnitelman tutkintokohtainen osa- Sosiaali- ja Terveysalan perustutkinto. Hakupäivä 23.9.2014 <http://www.osao.fi/media/opetus-ja-arviointisuunnitelmat/opetussuunnitelmat-2008-alkaen/sosiaali-ja-terveysala.pdf>

Pirilä, R. 2002. Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito. Turku: Kirjapaino Pika Oy, 18, 59, 76, 81, 87, 97, 91-94, 134-135, 137-138, 140.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2014. Tavanomaiset varotoimet. Hakupäivä 29.8.2014 <http://www.pshp.fi/default.aspx?contentid=8772#Suojaintenk%C3%A4ytt%C3%B6>

Pussinen, P., Nylund, K. & Uitto, V-J. 2012. Suun mikrobien yhteys yleisterveyteen. Hakupäivä 29.8.2014 http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10343

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Hakupäivä 28.9.2014 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 91, 95, 98, 103, 113-114, 131, 136.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Vantaa: Hansaprint Oy, 141.

Soiluva, M. 2013. Oven avaus ikäystävälliselle yhteiskunnalle. Suun terveydeksi. 1/2013, 6-7.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveys 2015- kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:4. Hakupäivä 23.9.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Hakupäivä 23.9.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-26915.pdf

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. 2014. Käypä Hoito- suositus: Karies (hallinta). Hakupäivä 1.10.2014 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=7FFCB1EFC486FA30854FF98A82BF00FD?id=hoi50078#NaN>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. 2010. Käypä Hoito- suositus: Parodontiitti. Hakupäivä 12.9.2013 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50086>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseuran Apollonian asettama työryhmä. 2012. Käypä Hoito- suositus: Suusyöpä. Hakupäivä 12.9.2013 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi07025#s8>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2007. Tartuntatiet. Hakupäivä 29.8.2014 http://www.duodecim.fi/kotisivut/sivut.koti?p_sivusto=640&p_navi=59734&p_sivu=52333

Suomen Hammaslääkärilehti 2007. Huono suuhygienia altistaa keuhkokuumeelle. Suomen Hammaslääkärilehti. 15.12.2007, 22/2007, 1265.

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005. Miksi suun limakalvoja tutkitaan? Hakupäivä 12.9.2013 <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/miksi-suun-limakalvoja-tutkitaan/>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005. Lichen planus eli punajakälä. Hakupäivä 13.2.2014 <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/lichen-planus-eli-punajaekaelae/>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005. Harja ja muut välineet hampaiden puhdistuksessa. Hakupäivä 22.8.2014 <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/harja-ja-muut-vaelineet/>

Suomen Hammaslääkäriliitto. 2005. Suun kuivuus. Hakupäivä 21.8.2014 <http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/suun-hoito/suun-kuivuus/>

Suomen Hammaslääkäriliiton Vanhustyöryhmä: Ikäihmisten suun hoito. Ainamo, A., Eerikäinen, T., Eerola, A., Huhtala, S., Lahtinen, A., Nordblad, A., Paavola, P., Rantala, S., Remes-Lyly, T & Siukosaari, P. 2003. Hammaslääkäriliiton Kustannus Oy, 10-11, 12-20, 28, 32-41, 44-48.

Suominen, M. 2008. Ikääntyneen ravitsemus ja erityisruokavaliot- Opas ikääntyneitä hoitavalle henkilökunnalle. 7. uudistettu painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 8-9, 41.

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja. 2014. Tutkittavien informointi. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Hakupäivä 15.10.2014 <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html#aineistonkeuruun-toteuttaminen>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Hakupäivä 28.9.2014 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Eettinen ennakoarviointi ihmistieteissä. Hakupäivä 14.3.2014 <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteissa>

Vataja, R. 2013. Dementiaan liittyvät käytösoireet. Hakupäivä 15.5.2013 <http://www.muisti.com/download.php?file=/tietopankki/39/kaytosoireet140403.pdf>

Strand, G. 2011. Hampaat koko elämän ajaksi. Suomen hammaslääkärilehti. 3/11, 34.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 98. 119-120, 122, 126, 158-159.

WHO. 2013. Definition of an older or elderly person. Hakupäivä 2.5.2013 <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Widström, E. 2005. Hammassairaudet. Hakupäivä 2.5.2013 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00038

LIITTEET

Liite 1: Tiedote omaisille

Liite 2: Saatekirje

Liite 3: Tarkistuslista



TIEDOTE

Hyvä lähiomainen,

Olemme Oulun Ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden suuhygienistiopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitohenkilökunta ikääntyneen muistisairaana suun hoitajana”. Suun terveys on yhteydessä kokonaisterveyteen ja vaikuttaa olennaisesti hyvinvointiin.

Tutkimme palvelukodissa työskentelevän hoitohenkilökunnan toimintaa ja tarkoituksenamme on kuvailla, miten hoitohenkilökunta toteuttaa ikääntyneen muistisairaana päivittäistä yksilöllistä suunhoitoa. Tutkimus tehdään havainnoimalla sekä videokuvaamalla. Videomateriaali tulee vain tutkijoiden käyttöön ja se hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Säilytämme koko tutkimuksen ajan kaikkien tutkimuksessa mukana olevien anonyymiuden. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi vetäytyä, missä tahansa tutkimuksen vaiheessa.

Palvelukodin henkilökunta voi hyödyntää tutkimustuloksia omassa työssään.

Pyydämme Teiltä lupaa videokuvata sekä havainnoida palvelukodissa asuvan omaisenne suunhoitotilanteita. Voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla, mikäli Teillä on jotain kysyttävää.

Ystävällisin terveisin,

Johanna Määttä

Heidi Valtonen

Annan tutkimusluvan []

En anna tutkimuslupaa []

Lähiomaisen allekirjoitus



SAATEKIRJE

Hyvät palvelukodin työntekijät,

Olemme Oulun Ammattikorkeakoulun kolmannen vuoden suuhygienistiopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Hoitohenkilökunta ikääntyneen muistisairaana suun hoitajana”. Hampaiden säilymismahdollisuudet ovat tänä päivänä hyvät, joten hampaallisten ikääntyneiden määrä tulee sitä myöten kasvamaan. Tämä tuo haasteita palvelukodeissa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, jonka vastuulla on ikääntyneiden suun terveydestä huolehtiminen. Suun terveys on yhteydessä kokonaisterveyteen ja vaikuttaa olennaisesti hyvinvointiin. Aiheen rajasimme muistisairaita hoitavaan hoitohenkilökuntaan, sillä muistisairaus voi tuoda lisähaasteita suun ja hampaiden hoitoon. Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla, miten hoitohenkilökunta toteuttaa ikääntyneen muistisairaana päivittäistä yksilöllistä suunhoitoa ja mitä keinoja hoitohenkilökunnalla on haastavasti käyttäytyvän muistisairaana suunhoidossa. Tutkimus tehdään havainnoimalla sekä videokuvaamalla.

Tutkimukseen osallistuminen on Teille vapaaehtoista ja voitte keskeyttää tutkimuksen halutessanne missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Tutkimuksen videomateriaali tulee vain tutkijoiden käyttöön, säilytämme tutkittavien anonyymiuden ja tutkimusmateriaali hävitetään tutkimuksen jälkeen. Opinnäytetyön valmistuttua esittelemme tutkimustulokset Teille, jolloin voitte halutessanne hyödyntää niitä. Voitte ottaa meihin yhteyttä puhelimitse tai sähköpostilla, mikäli Teillä on jotain kysyttävää.

Yhteistyöterveisin,

Heidi Valtonen

Johanna Määttä

Suostumme tutkimukseen []

Emme suostu tutkimukseen []

Allekirjoitus

Asukkaan nimi:

Tiedot:

Aamu

Ilta

Hoitaja

Hoitaja

LIMAKALVOJEN TARKISTUS JA PUHDISTUS

HAMPAIDEN HARJAUS

HAMMASVÄLIEN PUHDISTUS

PROTEESIEN PUHDISTUS

KUIVAN SUUN HOITO

SUUNHOITOVÄLINEET JA -AINEET

ASEPTIIKKA

KEINOT