



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Outi Kerkkonen, Sanna Kero

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYK- SIÄ DEMENTOITUNEEN IHMISEN HY- VÄN HOIDON EDELLYTYKSISTÄ JA TOTEUTUMISESTA

Sosiaali- ja terveysala
2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Outi Kerkkonen, Sanna Kero
Opinnäytetyön nimi	Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneiden ihmisten hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	78 + 2 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa dementoituneen ihmisen hyvästä hoidosta hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tavoitteena oli myös selvittää millaiset mahdollisuudet nykyajan hoitopaikoissa on antaa dementoituneelle ihmiselle hyvää hoitoa.

Tutkimus oli luonteeltaan kvantitatiivinen, mutta kyselylomake sisälsi strukturoitujen väittämien lisäksi myös avoimen kysymyksen. Tutkimusaineistossa kohde-ryhmänä on Vaasan ja Kokkolan seudun dementoituneita ihmisiä hoitavia hoitotyöntekijöitä dementoituneita ihmisiä hoitavissa yksiköissä (N=90). Tutkimusaineisto kerättiin tammi-helmikuun 2010 aikana kuudesta eri dementoituneita ihmisiä hoitavista yksiköstä. Vastausprosentti oli 60. Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin ja laadullisella sisällönanalyysillä.

Suurin osa vastanneista oli keski-ikäisiä. Hoitoyksiköt olivat kodinomaisia ja viihtyisiä, mutta harva niistä oli suunniteltu sopivaksi dementoituneille ihmisille. Hoitohenkilökunta oli motivoitunut dementoituneiden ihmisten hoitoon ja heillä on halua kouluttaa itseään. Selvimmin puutteita hyvän hoidon toteutumisessa oli henkilökunnan määrässä ja viriketoiminnassa.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että hoitotyöntekijöiden suhtautuminen dementoituneiden ihmisten hyvän hoidon edellytyksiin on pääosin hyvää. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotetaan dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon liittyvää kyselyä asukkaiden omaisille ja toimintayksiköiden johtajille.

Asiasanat	dementoitunut ihminen, hyvä hoito
-----------	-----------------------------------

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Outi Kerkkonen, Sanna Kero
Title	Healthcare Workers' Views on the Prerequisites and Implementation of High Quality Dementia Care
Year	2010
Language	Finnish
Pages	78 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to describe the healthcare workers' views on the prerequisites and implementation of high quality dementia care. The goal was to produce information about the good dementia care from the point of view of healthcare professionals. A further purpose was to find out what the possibilities are to offer high quality dementia care.

The study was quantitative but the questionnaire included also an open ended question in addition to the structured statements. The target group included nurses working with demented people in dementia care units in Vaasa and Kokkola regions (N=90). The research material was collected from six different dementia care units during January-February 2010. The response rate was 60. The material was analyzed with statistical methods and with qualitative content analysis.

Most of the people who participated in the study were middle aged. Most of the care units were cosy and comfortable but only few of them had been planned so that they were suitable for demented people. Healthcare workers were motivated to nurse demented people and they also had the will to educate themselves. The most evident deficiencies were in the number of staff and in the amount of activities organized for demented people.

The results show that the staff thought that there were prerequisites to offer high quality dementia care. A topic for further research could be to carry out an inquiry among the relatives of the demented people and among the unit supervisors and find out about their opinions on high quality dementia care.

Keywords	Demented person, Good care
----------	----------------------------

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ.....	2
ABSTRACT	3
LIITELUETTELO	6
1 JOHDANTO	7
2 DEMENTIA	8
2.1 Dementian aiheuttajat	8
2.2 Dementian vaikeusasteet	8
2.3 Dementian oireet	9
2.4 Dementian yleisyys.....	10
3 DEMENTOITUNEEN IHMISEN HYVÄ HOITO	11
3.1 Dementoituneen ihmisen oikeudet	11
3.2 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon tunnusmerkit	13
3.3 Hoitoympäristö dementoituneen ihmisen hyvässä hoidossa	14
3.4 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytykset	15
3.5 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon tavoitteet.....	17
3.5.1 Dementoituneen ihmisen kuntoutus	18
3.6 Dementoituneen ihmisen hoidon laatu	19
3.7 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon liittyvät toiminnot	20
3.7.1 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon sisältyvät tehtäviin suuntautuvat toiminnot	20
3.7.2 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon sisältyvät ihmiseen suuntautuneet toiminnot	23
3.8 Dementoituneen ihmisen ravitsemus osana hyvää hoitoa	24
3.9 Dementoituneen ihmisen kohtaaminen ja hyvä vuorovaikutussuhde.....	25
3.10 Dementoituneen ihmisen tilan ja hoidon laadun seurantamittareita	27

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT ...	29
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	30
5.1 Tutkimuksen kohdejoukko	30
5.2 Aineiston keruu	30
5.3 Aineiston analysointi	31
5.4 Tutkimuseettiset kysymykset	33
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	34
6.1 Tutkittavien taustatiedot	34
6.2 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytykset hoitohenkilökunnan näkökulmasta	38
6.3 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta	51
6.4 Hoitohenkilökunnan näkemykset dementoituneen ihmisen parhaasta mahdollisesta hoidosta	59
7 POHDINTA.....	66
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	66
7.1.1 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä	66
7.1.2 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon toteutumisesta	69
7.2 Johtopäätökset	71
7.3 Jatkotutkimusehdotukset	72
7.4 Tutkimuksen luotettavuus	72
LÄHDELUETTELO.....	74

LIITELUETTELO

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa dementoituneen ihmisen hyvän hoidon osa-alueista ja hoitotyöntekijöiden yleisistä mahdollisuuksista toteuttaa hyvää hoitoa. Tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat dementoitunut ihminen ja hyvä hoito.

Aiheeseen päädyttiin, koska se kiinnostaa molempia tutkijoita. Tutkijat ovat työskennelleet dementoituneiden ihmisten parissa. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä. Opinnäytetyön aiheesta on tärkeää tutkia, koska vanhusten määrä kasvaa lähivuosina hyvin paljon ja lisätietoa aiheesta tarvitaan, jotta yhteiskuntamme voi tarjota mahdollisimman hyvää hoitoa. Dementiaoireisten ihmisten määrä kasvaa nopeasti väestön ikääntymisen myötä, ja suurimmalla osalla pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevista ihmisistä on dementoiva sairaus (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 5).

Opinnäytetyöhön on haettu tutkittua tietoa käyttämällä Medic-, PubMed-, EBS-CO- ja Tria-tietokantoja, sekä luotettavia Internetlähteitä. Lisäksi tietoa on haettu käsihaulla selaamalla alan lehtiä, kirjoja, artikkeleita ja konferenssien abstraktikirjoja. Tietoa on haettu myös selaamalla yliopistojen sähköisiä sivuja ja etsimällä yliopistojen julkaisuja. Kotimaista aineistoa löytyi kiitettävästi, mutta kansainvälisen aineiston löytyminen oli niukkaa. Kyselylomake kehitettiin teoriatietoon pohjautuen.

2 DEMENTIA

2.1 Dementian aiheuttajat

Dementia on oireyhtymä, ei siis erillinen sairaus. Sen aiheuttajana voi olla useita eri etiologioita ja toisistaan poikkeavia aivomuutoksia. Tavallisimmat dementiaa aiheuttavat sairaustyypit ovat Alzheimerin tauti (65-70%), vaskulaariset eli verisuoniperäiset dementiat (noin 15%), Lewyn kappaledementia (noin 15%) ja frontotemporaaliset eli otsalohkodementiat (alle 5%). Dementiaan liittyvät muistihäiriö ja muiden korkeampien aivotoimintojen heikentyminen. Ne rajoittavat dementoituneen ihmisen itsenäistä ammatillista ja sosiaalista selviytymistä. Dementia oireyhtymänä voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 24, 93.)

2.2 Dementian vaikeusasteet

Dementia voidaan jakaa kolmeen vaikeusasteeseen: lievä, keskivaikea ja vaikea. Viramo korostaa, että dementian luokittelu kuvaa toimintakykyä eikä pelkän muistin hapanuuden osoittamista. Toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä selviytyä itsenäisesti päivittäisiin toimintoihin, vapaa-aikaan ja työhön liittyvissä, tavanomaisina pidettävissä tilanteissa ja tehtävissä. Sen osa-alueita ovat fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Raita 2002, 13.)

Dementian eteneminen on yksilöllistä. Jo sairauden alkuvaiheessa voi ilmetä avun tarvetta tai kyky suoriutua joistakin toiminnoista voi säilyä hyvinkin pitkään. Sairauden edetessä tarvitaankin useimmiten apua kaikissa jokapäiväisissä askareissa ja mitä pidemmälle sairaus etenee, sitä enemmän dementoitunut ihminen tarvitsee apua. Ympäri vuorokautinen avun tarve on tavallista jo keskivaikean dementian vaiheessa ja välttämätöntä silloin, kun dementian aste on vaikea. Loppuvaiheessa sairautta dementoitunut ihminen on täysin riippuvainen muista ihmisistä. (Mäki, Topo, Rauhala & Jylhä 2000, 13-15; Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 17.)

2.3 Dementian oireet

Dementian oireita ovat muistin huononeminen, orientaatio-ongelmat, vaikeudet toiminnan ohjannassa ja tuloksiin tähtäävissä toiminnoissa, afasia (kielellinen häiriö), apraksia (tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriö, kätevyuden häiriö) ja agnosia (kyvyttömyys tunnistaa tuttuja kasvoja ja esineitä, hahmottamisen häiriö). Dementoituneella ihmisellä on usein vaikeuksia puheen ymmärtämisessä ja sanojen löytämisessä. Hän saattaa käyttää korvaavia sanoja ja kiertoilmaisuja, kun oikeaa sanaa ei löydy. Dementoitunut ihminen voi olla tietämätön ajasta ja paikasta sekä voi herkästi eksyä. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 26-27.)

Dementoituneiden ihmisten käytösoireilla tarkoitetaan sairastuneen havaittavissa olevia käyttäytymisen oireita ja mielensisällöstä kertovia psykologisia oireita. Käytösoireita ovat esimerkiksi fyysinen aggressiivisuus, levottomuus, toisto-oireet ja huutelu. Psykologisia oireita ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, masennus ja virhetulkinnat. (Erkinjuntti ym. 2006, 98.) Psykologisia oireita voidaan hoitaa psykoosilääkityksellä, jonka käyttöä Raivio on tutkinut väitöskirjassaan. Lähes puolella hänen tutkimista dementoituneista ihmisistä oli käytössä psykoosilääke. Väitöskirjasta käy ilmi, että dementoituneet, jotka eivät käyttäneet mitään psykoosilääkkeitä käyttivät enemmän sairaalahoitoa kuin ne, jotka käyttivät kyseisiä lääkkeitä. Hän huomasi myös, että yli kolmasosalla dementoituneista oli käytössä vähintään yksi sopimaton lääke, joka ei kuitenkaan vaikuttanut kuolleisuuteen tai terveyspalveluiden käyttöön. (Raivio 2008, 256.) Käytösoireiden hoitamisella pyritään dementoituneen ihmisen toimintakyvyn tukemiseen ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Dementian oireista käytösoireet kuormittavat omaisia ja hoitajia eniten, ja ne ovat tavallisin syy potilaan joutumiseen laitoshoitoon. Potilaan peruspersoonallisuus, suhteet omaisiin ja hoitajiin, muu terveydentila, lääkitys sivuvaikutuksineen, fyysinen hoitoympäristö ja dementiasairauteen liittyvät neurobiologiset tekijät vaikuttavat käytösoireiden kehittymiseen. (Voutilainen ym. 2002, 166.)

2.4 Dementian yleisyys

Erkinjuntin työryhmän teoksessa (2006, 23) kuvataan Suomen väestön ikääntyvän ja täten iäkkäiden osuuden koko väestöstä kasvavan. Ikääntyneiden laitos- ja asumispalveluja käytti vuoden 2007 lopussa 12,2 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006). Väestön ikärakenteen muutos johtaa tilanteeseen, jossa dementoituneiden lukumäärä ja heidän osuutensa väestössä kasvaa. Dementiapotilaista suurin osa (55%) on yli 80-vuotiaita. Vuosittain 13 200 yli 64-vuotiasta henkilöä sairastuu dementoivaan sairauteen. (Erkinjuntti ym. 2006, 23.)

Vuonna 2005 maassamme arvioitiin väestötutkimusten perusteella olevan 85 000 keskivaikeasti tai vaikeasti dementoitunutta henkilöä ja noin 35 000 lievästi dementoitunutta (Erkinjuntti 2006, 25). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluasumisessa, laitospalveluissa ja säännöllisen kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä oli vuoden 2005 lopussa yhteensä noin 32 500 asiakasta, jolla on dementoiva sairaus. Stakesin RAI-hankkeen aineisto vuodelta 2005 osoitti, että noin 90 prosentilla terveyskeskusten vuodeosastojen, vanhainkotien tai tehostetun palveluasumisen asiakkaista oli kognitiivisen toimintakyvyn alenemaa ja dementoiva sairaus oli ilmoitettu hieman yli puolelle näiden palvelujen asiakkaista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007.)

On arvioitu, että vuonna 2030 maassamme on 128 000 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavaa ihmistä, kun heitä vuonna 2000 arvioitiin olevan noin 80 000 henkilöä. Terveydenhuollon tuotantokustannuksista kaksi kolmasosaa muodostuu kustannuksista, jotka ovat yli 65-vuotiaiden käyttämien palveluiden aiheuttamia. Dementoivat sairaudet ovat korkeaan ikään liittyvä ja yleisin pitkäaikaista avuntarvetta aiheuttava sairausryhmä. Dementoituneiden ihmisten hoidon järjestäminen tulee olemaan yksi vanhustyön suurimpia hoidollisia ja taloudellisia haasteita. (Erkinjuntti ym. 2006, 23, 40.)

3 DEMENTOITUNEEN IHMISEN HYVÄ HOITO

3.1 Dementoituneen ihmisen oikeudet

Yhdysvaltalaiset Virginia Bell ja David Troxel esittivät vuonna 1994 dementoituneiden oikeuksia koskevan suosituksen, jonka on julkaissut myös kansainvälinen Alzheimer-järjestö. Nämä 12 oikeutta on tarkoitettu jokaisen dementoituvan ihmisen ja hänen läheistensä sekä ammattihenkilöstön elämässä ja toiminnassa huomioon otettaviksi, jotta dementoituvien ihmisten asema yhteiskunnan tasavertaisina jäseninä toteutuisi ja hoito olisi laadultaan hyvää. (Alzheimer-keskusliitto 2008, 4.)

Alzheimer-keskusliitto (2008, 4-6) esittää dementoituneen ihmisen oikeudet seuraavasti: ”Jokaisella dementoituneella on oikeus:

1. saada tietää, mikä sairaus aiheuttaa hänelle dementiaoireen,
2. saada asianmukaista lääketieteellistä hoitoa sairauteensa,
3. säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista,
4. tulla kohdelluksi aikuisena,
5. tuntea, että hänet otetaan vakavasti,
6. olla ilman rauhoittavaa lääkitystä aina, kun se vain on mahdollista,
7. asua tutussa, turvallisessa ympäristössä, jossa hänen erityistarpeensa otetaan huomioon,
8. olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsä ja tottumuksensa,
9. käydä säännöllisesti kodin tai hoitoyhteisön ulkopuolella,
10. saada ohjausta mielekkääseen, aikuisen minäkuvaa tukevaan toimintaan joka päivä,
11. kosketukseen: halauksiin, hellyyteen ja toisen ihmisen läheisyyteen,
12. hoitoon, jota toteuttaa ammattitaitoinen, dementoituneen ihmisen hoitoon perehtynyt henkilökunta.”

Kaikkia potilaita, myös dementian oireista kärsiviä, tulee kohdella avoimesti ja oikein, sillä kun sairastuneen kunto heikkenee, huononee samalla hänen kykynsä puolustaa oikeuksiaan. Hoitotyön kannalta keskeisiä eettisiä periaatteita ovat erityisesti hyvän tekemisen periaate, vahingon välttämisen periaate, oikeudenmukaisuuden periaate ja itsemääräämisen periaate. Hoidon eettiset periaatteet ja dementoivaa sairautta sairastavan ihmisen oikeudet muodostavat hyvän hoitotyön teoreettisen perustan. Jotta oikeudet ja periaatteet tulisivat osaksi hoitotyön käytäntöä, on niistä ja eettisesti ongelmallisista tilanteista käytävä avointa keskustelua. (Mäki ym. 2000, 27.) Mäkipeuran työryhmän tutkimuksessa ilmenee, että sairaanhoitajat tekevät hoitotyötä eettiset periaatteet huomioiden. He huomioivat hoitotyötä tehdessään erityisesti asiakkaan ja hoitavat häntä yksilöllisesti sekä arvioivat asiakkaan vointia monipuolisesti. (Mäkipeura, Meretoja, Virta-Helenius & Hupli 2007, 161.)

Merikannon tutkimuksessa yksilöllisyys ja toiminnallisuus olivat hoidon periaatteita kaikissa tutkimukseen osallistuneissa dementiayksiköissä, mutta nämä periaatteet eivät kuitenkaan aina toteutuneet käytännössä. (Merikanto 1998, 44.) Teerin työryhmän tutkimuksessa suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että he kunnioittivat vanhusten muistoja ja elämäkokemusta. Osa oli kuitenkin sitä mieltä, että kaikkia asiakkaita ei kohdeltu yksilöinä, eikä tasa-arvoisesti. Vanhusten ja heidän omaistensa toiveita ei otettu tarpeeksi huomioon. (Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi 2007, 493-494.)

Välimäen työryhmä tutki vanhuksen itsemääräämisoikeutta. Tuloksista ilmeni, että suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että he olivat antaneet vanhuksille tietoa hoidosta. Vanhukset kertoivat hoitajia useammin, että he olivat voineet itse päättää ruokailusta, lääkityksestä ja hygienian hoidosta. Kuitenkin noin kolmasosa vanhuksista ei voinut päättää hygieniansa hoidosta tai hoidon kestosta. Noin puolet hoitajista oli sitä mieltä, ettei vanhuksilta kysyty suostumusta esimerkiksi lääkityksen muutokseen ja verinäytteiden ottamiseen. Tutkimustuloksista ilmeni, että vanhuksen terveydentila vaikutti siihen, oliko häneltä kysyty suostumusta tuleviin toimenpiteisiin. Riippuvuus hoitajista päivittäisissä toimenpiteissä, runsas toimenpiteiden määrä ja henkisen tilan ongelmat olivat tekijöitä, joilla oli vaiku-

tusta vanhusten heikentyneeseen mahdollisuuteen toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. (Välimäki, Nyrhinen, Leino-Kilpi, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Arndt & Kurila 2001, 141-144.)

3.2 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon tunnusmerkit

Hyvä hoito -käsite on hyvin laaja ja sitä määritellään monella eri tavalla riippuen siitä, mistä julkaisusta on kyse. Dementoituneen hyvän hoidon tavoitteena on tuottaa hoidettavalle hyvinvointia. Fyysinen ympäristö, hoitajat ja hoitosuunnitelmat toimivat dynaamisessa vuorovaikutuksessa hyvässä hoitokäytännössä. Hyvän demensiahoidon tunnusmerkkejä ovat esimerkiksi:

- asianmukaiset lääketieteelliset tutkimukset
- yksilöllisen hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman tekeminen
- toimintakykyä ja hyvinvointia tukeva hoitoympäristö
- yhteistyö hoitajien kesken
- hoidon säännöllinen arviointi
- sairastuneen toimintakyvyn ja kuntoutustarpeen havainnointi

(Mäki ym. 2000, 21-24.)

Ikäihmisten hoitotyö on ihmisen hoitamista hänen voimavaransa huomioon ottaen siten, että hän ikääntymisestään, sairauksistaan ja toimintakyvyn vajavuuksistaan huolimatta voisi elää mahdollisimman toimintakykyisenä ja hyvinvoivana laitoksessa, palveluasunnossa tai kotona (Voutilainen ym. 2002, 70).

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa laatimaan hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman tai muun vastaavan suunnitelman. Hoito- ja palvelusuunnitelma on kirjallinen kokonaiskuvaus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan käyttämistä palveluista. Suunnitelmaan sisältyy esitietojen hankinta, palvelujen ja hoidon tarpeen määrittely, tavoitteet ja auttamiskeinojen valinta sekä arviointi kaikissa edellä mainituissa vaiheissa. Dementoituvan ihmisen elämäntarinatietojen kerääminen kuuluu tärkeänä osana kuntouttavaan työhön ja se on keino tuoda asiakkaan näkökulmaa hoito- ja palvelusuunnitelmaan. (Granö, Heimonen & Koskisu 2006, 9.)

3.3 Hoitoympäristö dementoituneen ihmisen hyvässä hoidossa

Liukkonen, Salminen ja Mäkinen sekä Henderson ja Grant ovat tutkimuksissaan todenneet, että dementoituneita vanhuksia tulisi hoitaa pienissä, kodinomaisissa hoitoyksiköissä. Raidan (2002, 80) tutkimustulosten mukaan kodinomainen turvallinen hoitoympäristö tukee vanhuksen voimavaroja, omatoimisuutta ja itsetuntoa. Dementoituneelle vanhukseksi on tärkeää turvallinen, viihtyisä ja selkeä fyysinen ympäristö, joka auttaa häntä selviytymään kognitiivisten kykyjen heikentymisestä huolimatta ja ottaa huomioon dementiaasta johtuvat erityispiirteet. Rauhallinen ilmapiiri, ympäristössä olevat hahmottamista ja orientoitumista helpottavat vihjeet sekä vapaa liikkumisen mahdollisuus tukevat dementoituneen yksilöllistä hoitoa. Sulkavan työryhmä sekä Henderson ja Voutilainen ovat todenneet, että turvallisuuden ja kodinomaisuuden tunnetta lisäävät muun muassa riittävän väljät ja viihtyisät tilat, avokeittiö ja oma huone tuttuine omine tavaroineen. Wjkin ja Sivikin mukaan väreillä on todettu olevan merkitystä dementoituneiden orientaatiota helpottavana tekijänä, mutta värejä käytettäessä on muistettava, että ne voivat aiheuttaa sekavuutta, jos esimerkiksi värisävyt ovat liian lähellä toisiaan. (Merikanto 1998, 16-17.)

Merikanto (1998, 62) on tutkinut henkilökunnan ja omaisten käsityksiä dementiayksiköiden hoidon laadusta muuttuvassa yhteiskunnassa. Tutkimuksesta kävi ilmi, että ympäristön turvallisuuteen oli kiinnitetty paljon huomiota ja myös yksilöllinen turvallisuus oli otettu huomioon dementiayksiköissä. Dementiayksiköitä pidettiin sisustuksen osalta viihtyisinä ja niiden myönteinen ja lämmin ilmapiiri lisäsivät viihtyisyyttä. Monet dementiayksiköt olivat rakenteellisilta ratkaisuiltaan epäkäytännöllisiä eikä asukkaiden sairautta ollut otettu huomioon suunnitteluvaiheessa. Hoitoympäristöllä on merkittävä vaikutus vanhuksen tunteisiin ja käyttäytymiseen (Raita 2002, 73). Ympäristön yleinen ilmapiiri on erityisen tärkeä dementoituneiden ihmisten kohdalla, koska he aistivat herkästi elinympäristönsä tunnelman (Voutilainen ym. 2002, 28). Merikannon (1998, 41) tutkimustulosten mukaan henkilökunta pyrkii ehkäisemään haasteellista käyttäytymistä, esimerkiksi pitämällä ympäristöä mahdollisimman vähän häiriötä aiheuttavana.

Mustajoki ym. (2001) ovat tutkimuksessaan kuvanneet vanhusten, omaisten ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä vanhusten hyvästä hoidosta vanhainkodissa. Sen mukaan hoitohenkilökunta piti hyvänä vanhainkodin hoitoympäristönä kodikasta ja viihtyisää paikkaa, jossa hoitohenkilökunta oli läsnä ja vanhusten tarpeet tulivat otetuiksi huomioon. Hyvä hoitoympäristö muodostui fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hoitoympäristöstä. Fyysisenä hoitoympäristönä pidettiin vanhainkodin yhteisiä tiloja, niiden sisustusta, turvallisuutta, kodinomaisuutta, yksityisyyttä ja vanhuksen omaa huonetta. (Mustajoki, Routasalo, Salanterä & Autio 2001, 76-78.) Kivelän (2003, 136) mukaan iäkkäät tuovat esille turvattomuuskokemuksia, jotka liittyvät hoitoyksikön rakenteellisiin ja toiminnallisiin puutteisiin. Psykyiseen ja sosiaaliseen hoitoympäristöön kuuluivat omaiset, vanhainkodin ilmapiiri, henkinen turvallisuus sekä vanhainkodin toiminta ja tapahtumat (Mustajoki ym. 2001, 76-78). Teerin (2007, 494) tutkimusryhmän tutkimuksessa osa hoitajista oli sitä mieltä, että vanhuksilla ja heidän omaisillaan ei ollut mahdollista viettää yhdessä rauhallisia hetkiä osastolla.

3.4 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytykset

Mustajoen tutkimusryhmän (2001, 82) tutkimuksessa hyvän hoidon edellytyksiin kuuluivat resurssit, hoitoympäristö, hoitajan persoona, hoitajan ammattitaito, hoitajan kokemus, hoitajan kutsumus hoitotyöhön sekä organisaation sisäinen yhteistyö. Näkemykset hyvän hoidon edellytyksistä olivat samansuuntaisia omaisten, vanhusten ja hoitohenkilökunnan näkemysten kanssa. Keskeisinä resursseina kaikki pitivät riittävää hoitohenkilökunnan määrää ja ajan antamista vanhuksille. Hoitajat ovat tuoneet esille ajan puutteen, joka on ollut esteenä mielekkään ja ihmisarvoisen elämän turvaamiselle ja yksilölliselle hoidolle (Raita 2002, 80). Myös Sepänheimon (1999, 66) tutkimuksessa hoitajat ilmaisivat työskentelyä haittaavan ajan niukkuuden, mikä toi heidän mielestään yhteisöön kiireisen ilmapiirin. Aikaa ei heidän mielestään ollut riittävästi erityisesti dementoituneiden asiakkaiden auttamiseen. Yli puolet henkilökunnasta ilmoitti olevansa väsyneitä työpäivän päättyessä viikoittain (Heikkilä 2008, 58).

Mustajoen tutkimusryhmän (2001, 82-84) tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikki hoitajat pitivät hoitajan persoona, ammattitaitoa ja kokemusta keskeisinä edelly-

tyksinä hyvälle hoidolle. Hoitohenkilökunnan mielestä hyvät työasennot ja työvälineet olivat resursseja, jotka mahdollistivat hyvän hoidon. Hoitohenkilökunnan ja omaisten mielestä virikkeellinen ja ryhmäkooltaan pieni hoitoympäristö oli edellytys hyvälle hoidolle. Tärkeä edellytys oli organisaation sisäinen yhteistyö. Hoitohenkilökunnan sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin, tiimityö, motivoituneisuus ja johtaminen koettiin tärkeiksi asioiksi vanhusten hoitotyössä. Turtiaisen tutkimusryhmän tutkimuksessa hoitajien henkilökohtaisista ominaisuuksista tärkeimpinä valtaosa piti pitkää työkokemusta, korkeampaa koulutusta ja ikää (Turtiainen, Isola & Laitinen-Junkkari 1999, 207). Merikanto (1998, 51) kuvaa tutkimustuloksissaan henkilökunnan haluavan koulutusta ja sen merkitys nähtiin tärkeäksi työssä kehittymisen ja työssä jaksamisen kannalta. Henkilökunta sai koulutuksen kautta uusia ideoita. Kaikissa tutkimukseen osallistuneissa dementiayksiköissä henkilökunta oli saanut koulutusta toiminnan alkaessa, mutta jatkokoulutuksen määrä vaihteli hyvin paljon eri paikoissa. Mäkipeuran ja työryhmän (2007, 160) tutkimustuloksissa sairaanhoitajat arvioivat täydennyskoulutustarpeensa kohdentuvan pääosin neurologisen potilaan hoitotyön erityispiirteisiin, hoitotoimien hallintaan, opettamiseen ja ohjaamiseen.

Voutilaisen työryhmän (2002, 74-75) mukaan ikääntyneiden ihmisten hyvä hoitotyö mahdollistuu yksilövästuisen ja perhekeskeisen toimintamallin käytön avulla. Tärkeää on tunnistaa hoitotyössä ikäihmisen elämänselämänsä kiinnittyvät voimavarat ja yksilölliset avuntarpeet. Hoitotyön auttamismenetelmien valinta ja hoitajan roolin tunnistaminen suhteessa ikääntyneen vanhuksen voimavaroihin ovat myös keskeisiä asioita. Raita (2002, 78-80) kertoo tutkimuksessaan, että vanhuksen jäljellä olevia voimavaroja voidaan tukea ja ylläpitää yksilöllisellä vanhuksen elämänselämänsä ja voimavarat huomioon ottavalla hoidon suunnittelulla ja toteutuksella yhteistyössä omaisten kanssa. Hoitaminen on yhdessä elämistä ja osallistumista päivittäisiin toimintoihin ja viriketoimintaan. Laakson ja Routasalon tutkimuksessa keskityttiin hoidon yksilöllistämiseen ja sen tarkoituksena oli selvittää kuinka palvelutalon asukkaat, hoitajat ja omaiset kokevat siirtymisen hoidon yksilöllistämiseen. Tulosten mukaan asukkaat eivät kokeneet suuria muutoksia millään osa-alueilla. Omaiset huomasivat hoitajien käytöksessä muutoksen, he olivat ystävällisempiä, viettivät enemmän aikaa asukkaiden kanssa ja työmotivaatio oli

kasvanut. Yhteistyö hoitajien ja omaisten välillä ei juurikaan ollut muuttunut. Hoitajat kohtelivat asukkaita enemmän yksilöinä ja antoivat heille enemmän päätösvaltaa. (Laakso & Routasalo 2000, 475-481.)

Gustafsson, Leino-Kilpi ja Suhonen (2009, 4-10) kuvaavat hoitohenkilökunnan näkemyksiä yksilöllistä hoitoa edistävästä hoitaja- ja potilaslähtöisistä tekijöistä. Hoitajalähtöisiä yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä ovat hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, toiminta, arvoperusta, osaaminen, suhtautuminen työhön ja työtövereihin sekä oman työn organisointi. Potilaslähtöisiä yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä ovat potilaan ominaisuudet, suhtautuminen omaan terveyteensä ja omaan hoitoon, toiminta, tiedot ja taidot, omaiset sekä sairaus ja sen vaihe. Hoitajien mielestä asiakasta tulisi hoitaa niin kuin itse toivoisi itseään hoidettavan samanlaisessa tilanteessa. Heidän mielestään asiakkaan hoidon yksilöllisyys lisääntyy jos asiakkaalla on tietoa omasta sairaudestaan ja siihen liittyvästä hoidosta.

3.5 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon tavoitteet

Mustajoen työryhmän (2001, 84-85) tutkimuksessa hyvän hoidon tavoitteita olivat hyvä olo, toimintakyvyn säilyttäminen ja kotona käyminen sekä hyvä kuolema. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla nykyistä enemmän aikaa vanhuksen kuntouttamiseen ja liikkumisen tukemiseen, jotta vanhusten toimintakykyisyys säilyisi hyvänä mahdollisimman pitkään. Vanhuksen hyvä olo vaikuttaa hänen toimintakykyisyytensä ja elämänhaluunsa. Tutkimustulosten mukaan vanhukset eivät asettaneet suuria tavoitteita itselleen vanhainkodissa asuessaan. He toivoivat, ettei heillä olisi kipua ja heidän kuolemansa olisi mahdollisimman hyvä ja rauhallinen. Kankkusen ja tutkimusryhmän mukaan hoitajilla on eri tapoja tunnistaa dementoituneen ihmisen kipua. Näitä ovat dementoituneen ihmisen aktiivisuuden, ilmeiden ja eleiden, sanallisten ilmaisujen ja kehon liikkeiden muutosten tarkkailu. Myös emotionaaliset muutokset, kuten levottomuus, sekavuus ja ärtyneisyys ovat asioita, joista hoitaja voi tunnistaa dementoituneen ihmisen kivun. Hoitajien mielestä tieto, taito, kokemus, henkilökunnan ja ajan määrä edistävät kivun arviointia, kun taas esimerkiksi tiedon ja taidon puute sekä välinpitämättömät asenteet estävät sitä. Kivun arvioinnissa tärkeimmäksi koetaan dementoituneen ihmisen tunteminen. Kun tavoitteita asetetaan, on tärkeää kuunnella vanhuksen mielipidettä, koska se, mikä voi näyt-

tää henkilökunnasta hyvältä, voi tuntua vanhuksesta huonolta. (Kankkunen, Taponen & Suominen 2007, 313-317.)

Dementoituneen ihmisen fyysisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää taudin eri vaiheissa etenevien muistisairauksiin liittyvien kehon toiminnallisten muutosten vuoksi. Passivoitumisen ennaltaehkäisemiseen ja päivittäisten toimintojen aktiiviseen tukemiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Hoitoyhteisö voi toimintatavoiltaan lisätä fyysistä aktiivisuutta vaativia toimintoja arjen tilanteissa ja tukea toimintakyvyn säilymistä. Henkilökunnan on hyvä uskaltaa rohkaista, tukea ja kannustaa asiakkaitaan itse tekemään asioita ja liikkumaan päivittäin mahdollisimman paljon. (Granö ym. 2006, 48.) Kivelän mukaan iäkkäiden fyysisen toimintakyvyn aleneminen aiheuttaa heille pelkoa, kuinka selvitä tulevaisuudesta. Turvallisuutta iäkkäiden henkilöiden mielestä lisää tieto siitä, että pystyy liikkumaan vielä itsestä. (Kivelä 2003, 135-136.)

3.5.1 Dementoituneen ihmisen kuntoutus

Kuntoutuksella tarkoitetaan moni ammatillista ja suunnitelmallista toimintaa, jossa tavoitteena on tukea kuntoutujaa. Kuntoutukseen sisältyy yksilön toimintakykyä, voimavaroja ja hallinnan tunnetta lisääviä sekä ympäristön tarjoamia toimintamahdollisuuksia parantavia toimenpiteitä. Kuntoutuksella edistetään dementoituneen ihmisen mahdollisuuksia elää ja osallistua arkiaskareisiin sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta. Dementoituneen ihmisen kuntoutuksella tarkoitetaan toimintoja, jotka tukevat häntä elämään jokapäiväistä elämäänsä ja osallistumaan arjen kaikkiin toimintoihin joko tuettuna tai itsenäisesti. Siinä korostuu kuntoutuksen ennaltaehkäisevä ja toimintakykyä ylläpitävä luonne. (Granö ym. 2006, 5-6.) Kailan (2009, 9) kirjallisuuskatsauksesta ilmenee, että ohjauksella, tuella ja omaisten mukaan ottamisella on vaikutusta dementoituneen ihmisen kuntoutumisen onnistumiselle ja että kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen on tärkeää. (Granö ym. 2006, 5-6.)

Routasalon ja Laurin (2001, 209-213) artikkelissa hoitotyö nähdään terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintana iäkkäiden asiakkaiden ja heidän omaistensa kanssa asiakkaan kuntoutumista vaativassa tilanteessa. Hoitajan sitoutumi-

nen asiakkaan kuntoutumisen edistämiseen ohjaa hoitajan toimintaa ja niitä ratkaisuja, joilla hän rohkaisee ja kannustaa asiakasta yrittämään itse. Routasalo ja Lauri ovat kehittäneet kirjallisuuden pohjalta kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin. Mallin tavoitteena on olla käytännönläheinen niin, että se ohjaa iäkkään henkilön kuntoutumista edistävää käytännön hoitotyötä.

Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin testauksessa hoitajien toiminta muuttui kuudella osa-alueella: terveys- ja toimintakykylähtöisyys, hoitotyön tavoitteellisuus, moni ammatillinen yhteistyö asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa, hoitotyön orientaatio päätöksenteon pohjana, kuntoutumista edistävä työote ja sitoutuminen kuntoutumisen edistämiseen. Saavutetun muuttuneen toimintatavan pysyvyys vaatii jatkuvaa työn kriittistä tarkastelua ja työyksikön ulkopuolelta tulevaa ammattitaitoista tukea. Hoitotyön malli toimi tässä toimintatutkimuksessa hyvin, mutta se vaatii vieläkin testaamista. (Routasalo, Arve, Aarnio & Saarinen 2003, 24-28.)

Haapaniemen, Routasalon ja Arven (2006, 202-204) tutkimuksessa hoitaja toimi koordinoijana, tiedon antajana, kanssakulkijana, kannustajana ja auttajana. Koordinoijana hoitaja käytti hoitotyön menetelminä esimerkiksi asiakkaan taustatietojen, toimintakyvyn ja voimavarojen selvitystä, kuntoutumisen tavoitteiden moni ammatillista suunnittelua ja jatkuvaa arviointia. Hoitaja toimi tiedon antajana asiakkaille, omaisille ja ammattihenkilöille. Hoitaja kertoi, miten kuntoutumista edistetään hoitotyöllä ja, mitä kuntoutuminen on. Kanssakulkijana hoitaja otti asiakkaan huomioon esimerkiksi tervehdyksellä, voinnin ja kuulumisten kysymisellä. Kannustajana hoitaja rohkaisi asiakasta eleillä, sanoilla ja läsnäololla. Auttajana taas hoitaja sopi kollegoidensa kanssa työskentelytavoista, jotta jokaisen asiakkaan kanssa toimittiin yhtenäisesti.

3.6 Dementoituneen ihmisen hoidon laatu

Kvistin tutkimusryhmän tutkimuksesta käy ilmi, että hoitohenkilökunnan arvioinneissa korostuvat henkilökohtaiset voimavarat, työyhteisö, ammattitaito ja kiireetömyys hoidon laatua edistävissä tekijöissä. Kiire ja riittämätön henkilökunnan määrä estävät ylivoimaisesti eniten hoidon laadun toteutumista. (Kvist, Vehviläi-

nen-Julkunen & Kinnunen 2006, 111-117.) Merikannon (1998, 34) mukaan potilaiden, omaisten ja henkilökunnan mielestä henkilöstön vähentäminen ja vajuus näkyvät hoidon laadussa.

Hoitajien ammattitaidon keskeisiä laatukriteerejä ovat hoitotyön käytännön toiminnan ja siihen liittyvän tietoperustan sekä ammattietiikan ja vuorovaikutus taitojen hallinta (Heikkilä 2002, 46). Neurologisessa toimintaympäristössä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat Mäkipeuran ja tutkimusryhmän tutkimuksessa ammatillisen pätevyytensä keskimäärin hyväksi kaikilla osa-alueilla. Näitä osa-alueita ovat auttaminen, opettaminen-ohjaaminen, tarkkailutehtävä, tilanteiden hallinta, hoitotoimien hallinta, laadun varmistus ja työrooli. Parhaimmaksi pätevyyden taso arvioitiin auttamisen ja tarkkailutehtävien alueella. Heikoimmaksi pätevyyden taso arvioitiin laadun varmistuksen alueella. (Mäkipeura ym. 2007, 155-160.)

3.7 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon liittyvät toiminnot

Hyvään hoitoon sisältyvät tehtäviin suuntautuneet toiminnot ja ihmiseen suuntautuneet toiminnot (Mustajoki 2001, 54).

3.7.1 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon sisältyvät tehtäviin suuntautuvat toiminnot

Tehtäviin suuntautuneita toimintoja ovat siisteydestä huolehtiminen, perushoito, lääkehoito, avun antaminen, omatoimisuuden tukeminen, vanhusten hyvinvoinnista huolehtiminen, tiedon antaminen ja päätöksenteko sekä omahoitajuus (Mustajoki ym. 2001, 88). Dementoituneen ihmisen lääkehoito on keskeinen asia dementoituneen ihmisen hoitotyössä. Teerin tutkimusryhmän tutkimuksessa suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että asiakkaat saivat tarvitsemansa lääkityksen, mutta eivät kuitenkaan liikaa lääkkeitä (Teeri ym. 2007, 494). Gillard ym. (2005) toteavat, että dementiaa ei pystytä lääketieteellisesti parantamaan, mutta lääkkeitä on kuitenkin korvaamaton apu dementiaa koituvien haittojen lieventämiseen ja demencian etenemisen hidastamiseen (Topo ym. 2007, 21). Merikannon (1998, 39) tutkimuksessa dementoituneilla ihmisillä oli omahoitaja kaikissa tutkimukseen

osallistuneissa yksiköissä. Henkilökunnan mukaan omahoitaja oli tiiviimmin yhteydessä omaisiin. Vanhusten perushoidosta huolehtiminen oli keskeinen osa tehtäviin suuntautuneita toimintoja. Vaikka omatoimisuus oli keskeinen toiminto, niin vanhusten tuli saada myös tarvittaessa apua hoitajilta. Raidan (2002, 68) tutkimuksesta tuli ilmi, että päivittäisistä toimista omatoimisesti selviytymiseen tarvitaan aikaa. Hoitajien mielestä aikaa ei kuitenkaan ole aina riittävästi, jolloin hoitajat helposti auttavat vanhusta. Toisinaan hoitajat auttavat liian herkästi, jotta selviäisivät nopeammin ja toisinaan taas tekevät toisen puolesta, jotta olisivat itselleen mieliksi. Päivittäisissä toiminnoissa vanhuksen omatoimisuutta pyrittiin ylläpitämään tukemalla, ohjaamalla, auttamalla ja rinnalla kulkemalla tilanteen mukaan. Merikannon mukaan (1998, 44) päivittäisiä toimintoja pidetään yhtenä virikkeellisyyden muotona, joissa dementoituneen ihmisen omatoimisuutta tuetaan niin pitkälle kuin mahdollista.

Merikannon (1998, 46-47) tutkimuksessa dementoituneiden ihmisten perushoito korostui ja viriketoimintoja oli vähän. Henkilökunnan ajan puute vaikutti myös siihen, että dementiayksiköiden toiminta muuttui laitosmaiseksi. Dementoituneiden ihmisten huonokuntoisuus ja tästä johtuva henkilökunnan työmäärän lisääntyminen veivät aikaa viriketoiminnalta ja dementoituneiden ihmisten toimintakykyä ylläpitäviltä asioilta. Aika kului pääasiassa dementoituneiden ihmisten perushoitoon. Lisäksi henkilökunta joutui joskus ajan puutteen vuoksi tekemään dementoituneiden ihmisten puolesta asioita, joita he olisivat voineet itsekkin tehdä.

Heikkilän (2008, 63) tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi mahdollisuutensa auttaa asiakasta yksilöllisesti erittäin hyväksi. Parhaiten henkilökunta koki voivansa auttaa asiakasta yksilöllisesti pukeutumisesta, puhtaudesta, syömisestä, juomisesta ja erittämisestä huolehtimisessa. Heikoimmaksi he arvioivat mahdollisuutensa auttaa asiakasta ajatusten, kokemusten ja tunteiden ilmaisemisessa, ulkoilun mahdollistamisessa sekä asiakkaan avustamisessa virikkeiseen elämään. Elämisen mielekkyyttä pyrittiin lisäämään yksilöllisellä, perustarpeet huomioivalla huolenpidolla ja hoidolla sekä tukemalla asiakkaalle aiemmin tärkeitä asioita (Raita 2002, 79). Kailan (2009, 5) mukaan dementoituneen ihmisen hoitotyön auttamismenetelmiä ovat kuntoutumista edistävän ympäristön järjestäminen, potilaan omi-

en voimavarojen vahvistaminen, tiedon antaminen, rohkaiseminen ja rajoittaminen, opastaminen ja opettaminen, kuntoutumista edistävän hoitosuhteen luominen ja asiakaslähtöinen tavoitteellinen työskenteleminen.

Tiedon antaminen vanhuksille on keskeinen asia hyvässä hoidossa. Hoitajan tulee selvittää vanhukselle tätä hoitaessaan, mitä seuraavaksi tapahtuu ja miksi niin toimitaan. Turvallisuuden tunnetta lisää se, että vanhus tietää vanhainkodissa olevan henkilön, joka on siellä juuri häntä varten huolehtien hänen asioistaan. Tiedon antaminen lisää vanhuksen turvallisuuden tunnetta sekä mahdollistaa vanhuksen osallistumisen häntä koskevien asioiden päätöksentekoon. (Mustajoki 2001, 90-91.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista säättää potilaan tiedon saannista seuraavasti:

Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveys- ja hoitoalan ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (L785/1992.)

Fyysisen hoitoympäristön järjestäminen turvallisemmaksi on keino välttää fyysistä sitomista, jolloin dementoitunut ihminen on vaaraksi itselleen. (Mustajoki ym. 2001, 90-91). Heikkilän (2002, 46) tutkimus osoittaa, että fyysistä sitomista käytetään dementoituneen ihmisen hoidossa. Myös Teerin tutkimusryhmän (2007, 494) tutkimuksessa asiakkaan sitomista tuoliin tai sänkyyn käytettiin melko usein.

Isolan tutkimusryhmän tutkimuksessa löydettiin haasteellisesti käyttäytyvän dementoituneen ihmisen kohtaamisen kolme edistyksellisen hoitotyön toimintoa,

jotka ovat persoonan käyttö, järkiperaistaminen ja intuitiivinen toiminta. Persoonan käyttöön hoitotyössä kuuluu ihmisenä oleminen sekä huumorin ja luovuuden käyttäminen haasteellisesti käyttäytyvän kohtaamisessa. Esimerkiksi huumorin käytön koetaan laukaisevan hankalia tilanteita, kuten aggressiivisuuskohtauksia. Järkiperaistamiseen perustuvaa toimintaa ovat vakuuttaminen, perustelu, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Ohjaamisessa on oleellista katse- ja kosketuskontakti, kahden kesken oleminen ja elekieli. Puheen on oltava selkeää ja käsittelyssä on hyvä olla vain yksi asia kerrallaan. Intuitiivinen toiminta ilmenee ennalta ehkäisyinä, huomion ohjaamisena muuhun ja mukaan menemisenä. Ennalta ehkäisyllä tarkoitetaan työntekijän kulkemista ”pari askelta edellä” dementoituneen ihmisen käyttäytymisessä. Huomion ohjaaminen muuhun merkitsee sitä, että dementoituneen ihmisen käyttäytyessä haasteellisesti pyritään hänen huomionsa kiinnittämään toiseen asiaan joko puhumalla tai konkreettisesti viemällä hänet pois tilanteesta. Mukaan menemisellä taas tarkoitetaan, että hoitajan on tavoitettava dementoituneen ihmisen sen hetkinen kokemusmaailma eli eläkö hoidettava esimerkiksi lapsuudessa tai aikuisuudessa. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005, 148-151.)

3.7.2 Dementoituneen ihmisen hyvään hoitoon sisältyvät ihmiseen suuntautuneet toiminnot

Hyvään hoitoon sisältyviin toimintoihin ovat yksilöllisyyden huomioiminen, keskusteleminen, koskettaminen, tasa-arvoisuus ja omaisten huomioon ottaminen. Keskeistä on se, että hoitohenkilökunnalla on aikaa kuunnella vanhusta, keskustella hänen kanssaan sekä muistella menneitä asioita. Hellyyttä ja lempeää koskettamista pidetään tärkeinä hyvän hoidon läheisyyden ja turvallisuuden tunteen tuojina. Hoitohenkilökunnan tulisi tukea omaisia entistä enemmän vanhuksen hoitoon osallistumisessa, koska se lisää elämänlaatua. (Mustajoki ym. 2001, 91-93.) Teerin ja tutkimusryhmän (2007, 494) tutkimuksessa omaisten mielipiteet otettiin vakavasti ja ne huomioitiin vanhuksen hoidossa. Sepänheimon (1999, 99) tutkimuksessa dementoituvan vanhuksen hyvä olo muodostui vanhuksen rauhoittumisesta tai olon helpottumisesta, yhteisestä sopimuksesta, läheisyyden kautta saavu-

tetusta turvallisuuden tunteesta ja siitä, että otettiin todesta, jolloin vanhus tuli kuulluksi ja ymmärretyksi.

Merikannon (1998, 42) tutkimuksessa lämpö ja läheisyys tulivat ilmi kaikissa tutkimukseen osallistuneissa dementiayksiköissä henkilökunnan ja dementoituneiden läheisenä ja lämpimänä suhteena. Henkilökunta piti hellyyttä, halaamista ja koskettamista erittäin hyvänä tapana saada kontakti dementoituneeseen ihmiseen ja henkilökunnan mielestä he myös kaipaavat sitä. Teerin ja tutkimusryhmän (2007,494) tutkimuksessa hoitajat kunnioittivat vanhuksen yksityisyyttä kysymällä lupaa koskettaa heitä.

Routasalo (1997, 149-152) toteaa, että tavallisimmat iäkkäiden potilaiden kosketusmuodot ovat taputtaminen, kämmenen laittaminen asiakkaan iholle ja silittäminen. Asiakkaiden kokemus hoitajan kosketuksesta on yleensä hyvä ja lempeä. Asiakkaat hyväksyvät sen, että hoitaja koskettaa auttaessaan. Routasalon tutkimustulokset vahvistavat kosketuksen olevan oleellinen osa hoitajan työtä paljon apua tarvitsevien asiakkaiden hoitamisessa. Hoitajat käyttävät kosketusta taitavasti auttaessaan asiakkaita. Kosketus hoitotoimintojen toteuttamisessa ei ole vain fyysinen kontakti, vaan sitä voi opetella käyttämään myös hoitotoimintona, kuten hellimiseen ja rauhoittamiseen.

3.8 Dementoituneen ihmisen ravitsemus osana hyvää hoitoa

Dementoituneiden ihmisten paino laskee usein dementoivan sairauden edetessä. Aliravitsemus johtaa ennen pitkää toimintakyvyn heikkenemiseen ja kaatumisriskiin. Erityisesti dementian loppuvaiheessa tulee syömiskäyttäytymisen häiriöitä sekä lisääntynyttä energian kulutusta, johtuen vaeltelusta ja levottomuudesta. Vanhuksille yleensä, kuten myös dementiaa sairastaville kannattaa suunnitella nielemisvaikeuksien ilmetessä energiarikasta ruokavaliota ja laihtumisen myötä proteiinilisäravinteita, koska näistä saattaa olla hyötyä lihaskunnan ja toimintakyvyn ylläpitäjänä. (Voutilainen ym. 2002, 142.)

Dementoituneiden ihmisten ruokailusta kieltäytyminen, pakkosyöttäminen ja syöttämättä jättäminen ovat hoitajien arvioimana melko harvinaisia, joskus sitä

kuitenkin esiintyy. Hoitajista suurimman osan mielestä dementoituvalla asiakkaalla on oikeus kieltäytyä lopullisesti syömästä ja asiakkaan ratkaisua on helppo kunnioittaa. Valtaosa hoitajista arvioi dementoituvien asiakkaiden ruokailun vaikeutuvan dementian edetessä. Suurin osa hoitajista on sitä mieltä, että dementoituvilla asiakkailla esiintyy usein nielemisvaikeuksia. He myös huomioivat asiakkaan nielemisvaikeudet antamalla riittävästi aikaa ruokailuun. Suurin ongelma hoitajien mielestä syöttämisessä on ajan puute, jolloin on hoputettava asiakasta nielaisemaan nielemisongelmista huolimatta. Enemmistö hoitajista pitää dementoituvan asiakkaan omaa tahtoa ja toivomuksia määrittävinä tekijöinä päättäessään syöttääkö asiakasta vai ei. Lähes kaikki kuitenkin ovat sitä mieltä, että dementoituvalla asiakkaalle tulee tarjota ruokaa aikaisemmista kieltäytymistä huolimatta. (Turtiainen ym. 1999, 203-204)

3.9 Dementoituneen ihmisen kohtaaminen ja hyvä vuorovaikutussuhde

Dementoituneen ihmisen kohtaamisessa on tärkeää suhtautua häneen ennen kaikkea aikuisena ihmisenä. Kohtaamista helpottaa dementoituneen ihmisen tilanteen ymmärtäminen, joka perustuu tietoon sairaudesta ja sen monenlaisista vaikutuksista toimintakykyyn. Kohtaamisessa on apuna myös dementoituneen ihmisen elämänhistorian ja häntä kiinnostavien asioiden tunteminen. (Voutilainen ym. 2002, 26.) Raidan (2002, 77) ja Mustajoen tutkimusryhmän (2001, 86-88) tutkimuksissa osoitetaan, että dementoituneen ihmisen ja hänen elämänsä tunteminen auttaa hoitajaa ymmärtämään vanhuksen elämänhistoriaa, tapoja ja tottumuksia. Merikannon (1998, 38) tutkimuksessa dementoituneesta ihmisestä ja hänen aikaisemmista elämänvaiheistaan oli pyydetty tietoja omaisilta. Näillä tiedoilla henkilökunta pystyi muodostamaan käsityksen dementoituneesta ihmisestä ja niiden avulla henkilökunta pyrki toteuttamaan dementoituneiden ihmisten yksilöllistä hoitoa. Vanhuksen tunteminen on hoidon ja hoidon suunnittelun lähtökohta (Mustajoki 2001, 86-88). Henkilökunta piti omaisia tärkeinä yhteistyökumppaneina (Merikanto 1998, 38). Omaisilta saatu tieto asiakkaasta auttoi myös hänen yksilöllisen hoitotyön toteuttamista tilanteessa, joissa asiakkaan terveydentila on huono tai hän ei pystynyt itse ilmaisemaan itseään tarpeeksi (Gustafsson ym. 2009, 9).

Dementoituneen ihmisen kohtaamisessa on monia huomioitavia asioita. Rauhallinen ja kiireetön toiminta keskittyen kyseiseen ihmiseen ja hetkeen on tärkeää. Normaali, vakuuttava, rooliton, aito ja rehellinen toiminta toisen aikuisen kanssa ovat myös keskeisiä asioita sairastuneen kohtaamisessa. (Voutilainen ym. 2002, 29.) Kivelän (2003, 130) mukaan iäkkäiden ihmisten kokemukset kohtaamisesta liittyvät yksinäisyyteen, kiireiseen ja vaihtuvaan henkilökuntaan sekä avunpyytämisen vaikeuteen. Teerin ja tutkimusryhmän tutkimuksessa 10 % hoitajista oli sitä mieltä, että vanhusten avun pyyntöihin ei vastattu tarpeeksi nopeasti (Teeri ym. 2007, 494).

Vuorovaikutustilanteissa vanhuksen kanssa keskeisiä asioita ovat luottamuksellisuus, lämminhenkisyys, kiinnostuneisuus ja tasavertaisuus (Mustajoki ym. 2001, 94). Kivelän tutkimustuloksissa iäkkäiden ihmisten kokemukset turvallisuudesta ja turvattomuudesta liittyvät muun muassa luottamukseen. Luottamusta luovat kokemukset avun jatkuvuudesta ja sen saamisesta. Turvattomuuden tunnetta lisäävät esimerkiksi henkilökunnan puute ja avun saamisen vaikeus. (Kivelä 2003, 134-135.) Sepänheimon (1999, 103) tutkimustulosten mukaan hoitajien toimintaa ohjaa pyrkimys tukea dementoituvan vanhuksen elämää ja hyvää oloa vanhuksesta välittämällä, pitämällä hänestä huolta, toimimalla hänen kanssaan yhdessä ja tiedostamalla kehon sanattomien viestien merkitys vuorovaikutustilanteissa. Myös Raita (2002, 78-80) on todennut tutkimuksessaan samankaltaisia asioita.

Sepänheimo (1999, 78-79) kuvaa tutkimuksessaan vanhainkodissa työskentelevien hoitajien käsityksiä omista valmiuksistaan auttavaan vuorovaikutukseen dementoituneen vanhuksen kanssa ja hoitajien käsityksissä tapahtunutta muutosta asiaan liittyneen henkilöstökoulutuksen jälkeen. Auttavaa vuorovaikutusta vahvistavia tekijöitä olivat ymmärtävä ja myönteinen välittäminen vanhuksesta ja itsestä, halu itsensä kehittämiseen ja kouluttamiseen, työkokemus ja ammattitaito sekä itsensä toteuttaminen, huumori ja luovuus. Estäviä tekijöitä olivat riittämättömät tiedot ja taidot auttavaan vuorovaikutukseen dementoituneen ihmisen kanssa, kiireinen ilmapiiri, kärsivällisyyden puute ja työssä uupuminen. Auttavaa vuorovaikutusta kuvaavia pääkäsitteitä olivat välittäminen ja huolenpito.

Raidan (2002, 78-80) tutkimustulosten mukaan hoitajat pitivät tärkeänä hoidossa dementoituvan ihmisen mielekkään ja ihmisarvoisen elämän turvaamista, joka käsittää inhimillisen kohtaamisen ja jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämisen ja tukemisen. Dementoituvan ihmisen hyvän olon tukeminen edellyttää kunnioittavaa, aitoa, vanhuksen tunteiden ja todellisuuden huomioon ottavaa kiireetöntä vuorovaikutussuhdetta sekä yksilöllistä kohtaamista hänen ehdoillaan. Useimmat hoitajista kokivat dementoituvan ihmisen ymmärtämisen, viestien tulkitsemisen, todellisuuteen ja tunteeseen eläytymisen ja haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisen vaikeaksi.

Mustajoen tutkimusryhmän (2001, 86-88) tutkimuksessa hyvän hoitajan ominaisuuksiin kuuluvat hoitajan iloinen ja empaattinen luonne, hoitajan hienotunteinen ja rauhallinen käyttäytyminen sekä vanhuksen tunteminen. Vanhuksille on tärkeää se, että hoitaja on lämmin ja hienovarainen ihminen, joka välittää vanhuksesta ja tämän asioista. Hoitohenkilökunnan mielestä vanhustenhoitajalla tulee olla herkkyyttä ja ”tuntosarvet”, joiden avulla hän aistii vanhuksen mielialat, jolloin hän osaa paremmin hoitaa vanhusta. Merikannon (1998, 43) tutkimustuloksista ilmenee, että henkilökunta suhtautuu dementoituneisiin asiallisesti ja ammattitaitoisesti.

3.10 Dementoituneen ihmisen tilan ja hoidon laadun seurantamittareita

Viime vuosina on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota menetelmiin, joiden avulla dementoituneen ihmisen hyvää oloa ja elämänlaatua voidaan tukea. Dementiahoidossa on Suomessa käytössä useita mittareita, joita käytetään niin dementoituneen ihmisen tilanteen seurannassa kuin hoidon laadun kehittämistyössä. (Sormunen, Topo, Eloniemi-Sulkava & Voutilainen 2002, 120,125.)

Kognitiivisen suorituskyvyn mittareista huomattavasti eniten käytetty on MMSE-testi (Mini- Mental State Examination test). Testi kuvaa dementoituneen ihmisen kognitiivista suorituskykyä ja dementian vaikeusastetta. Erityisesti alkuvaiheen dementian tunnistamiseen on kehitetty CERAD-tehtäväsarja. MMSE-testin ja CERAD-tehtäväsarjan avulla voidaan määrittää, kenelle tarkemmat lisätutkimuk-

set dementian toteamiseksi ovat tarpeen. (Erkinjuntti 2006, 368; Sormunen ym. 2002, 125.)

Dementia Care Mapping (DCM) -menetelmällä havainnoidaan dementiahoidon laatua, dementoituneen ihmisen elämänlaatua sekä hänen mahdollisuuksiaan säilyttää yksilöllisyytensä ja ihmisyytensä. Sen lähtökohtana on dementoituneen ihmisen hyvinvointi ja hoidon arjen tapahtumien tarkastelu. RAVA-indeksi mittaa erityisesti ikääntyneen toimintakykyä sekä päivittäisen avun ja hoivan tarvetta. Sen avulla mahdollista seurata, onko pitkäaikaishoitoon sijoitettu henkilö oikeanlaisessa hoitopaikassa. RAI-tietojärjestelmä on kehitetty vanhustenhuoltoon hoidonarviointi- ja seurantajärjestelmäksi. Se on hoitamisen apuväline, jonka avulla selvitetään asiakkaan keskeiset ongelmat ja se miten niihin puututaan. Tarkoituksena on varmistaa, että kaikki hoidettavissa olevat taudit huomataan ja että hoidetaan yksilöllisesti asiakkaan keskeisiä ongelmia. Lisäksi tavoitteena on hyödyntää asiakkaan omia voimavaroja. (Sormunen ym. 2002, 122, 127.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUS- ONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta. Tavoitteena on tuottaa tietoa dementoituneen ihmisen hyvästä hoidosta hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tutkimustiedon avulla voidaan kehittää dementoituneiden ihmisten hoitoa. Tavoitteena on myös selvittää millaiset mahdollisuudet nykyajan hoitopaikoissa on antaa dementoituneelle ihmiselle hyvää hoitoa.

Tutkimusongelmat tässä tutkimuksessa ovat:

1. Mitkä ovat hoitotyöntekijöiden mielestä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytykset?
2. Millaisiksi hoitotyöntekijät kokevat mahdollisuutensa antaa dementoituneelle ihmiselle hyvää hoitoa?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Tutkimusaineisto on otos Vaasan ja Kokkolan seudun dementoituneita ihmisiä hoitavista hoitotyöntekijöistä dementoituneita ihmisiä hoitavissa yksiköissä. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joita jaettiin yksiköihin yhteensä 150 kappaletta. Kyselyyn vastasi 90 dementoituneita ihmisiä hoitavaa hoitotyöntekijää. Vastausprosentti oli 60.

5.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka perustui kirjallisuuskatsaukseen. Kysely valittiin aineistonkeruumenetelmäksi, koska sen avulla saadaan tutkimukseen paljon henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Kyseinen menetelmä säästää tutkijan aikaa ja vaivan näköä, joten se on tehokas. Avoin kysymys lisättiin kyselyyn, koska se antoi vastaajalle mahdollisuuden sanoa mitä hänellä todella on mielessä ja se täydensi vastauksia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190-196.)

Kyselylomake oli strukturoitu ja sisälsi lisäksi yhden avoimen kysymyksen. Strukturoituja kysymyksiä oli yhteensä 25 kappaletta. Niistä kysymykset numero 8, 9, 11, 13, 14, 16-18, 20-27 sekä 32 vastasivat tutkimusongelmaan 1 ja kysymykset numero 10, 12, 15, 19 sekä 28-31 vastasivat tutkimusongelmaan 2. Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, joka vastasi molempiin tutkimusongelmiin. Vastaajien taustatietoja tiedusteltiin seitsemällä kysymyksellä. Kyselylomake esitettiin siten, että kaksi hoitotyöntekijää täytti lomakkeen ja antoi siitä palautetta ennalta annettujen ohjeiden mukaan. Aineisto kerättiin tammi-helmikuun 2010 aikana. Tutkijat veivät saatekirjeet ja kyselylomakkeet (liitteet 1 ja 2) tutkimusyksiköihin ja hakivat vastaukset etukäteen sovittuna ajankohtana. Hoitohenkilökunnalla oli aikaa vastata kyselyyn 3 viikkoa. Jokaisessa yksikössä tutkijoilla oli yhteyshenkilö, joka jakoi kyselylomakkeet hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta palautti täytetyt kyselylomakkeet palautuslaatikkoon tai –kirjekuoreen.

5.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivinen eli määrällinen aineisto analysoitiin SPSS 17.0- tilasto-ohjelman avulla. Tässä tutkimuksessa aineistoa kuvailtiin käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä muodostaa muuttujat taulukko-muotoon ja saattaa aineisto tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Kyselyssä käytettiin asteikkoihin eli skaaloihin perustuvaa Likertin asteikkoa, joka sisältää väittämiä ja vastaaja valitsee niistä, miten voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Kysely sisälsi myös monivalintakysymyksiä, joihin oli laadittu valmiiksi numeroitua vastausvaihtoehtoja. (Hirsjärvi ym. 2007, 136, 194-195.) Vastaajien eri taustamuuttujaryhmien jakaumia on tarkasteltu, mutta ryhmien välisten erojen tilastollisia merkitsevyyksiä ei ole tilastomatemattisin menetelmin analysoitu. Tuloksia on havainnollistettu graafisin menetelmin pylväsdiagrammeina ja ympyräkaavioina.

Avoin kysymys analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Analyysi aloitetaan yleensä litteroimalla eli kirjoittamalla saadut vastaukset auki (Kankkunen ym. 2009, 132). Tässä tutkimuksessa aineisto litteroitiin sanatarkasti Word-tiedostoksi. Siitä kertyi 15 vaakatasoon käännettyä sivua tekstiä rivivälillä 1, fonttikoolla 12 Times New Roman ja 2 cm marginaaleilla. Aineisto koodattiin manuaalisesti. (Kuvio 1.)

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
<p>- Olisi enemmän aikaa vanhukselle, henkilökohtaista yksilöllistä hoitoa, olla heidän kanssaan. Enempi työntekijöitä jolloin voisi toteuttaa monia eri asioita, aromaterapiaa jota harjoittelimme dementia koulutuksessa. Omia ryhmiä vanhuksille, kunnan ja dementian mukaan jokaiselle jotain.</p>	<p>- enemmän aikaa vanhukselle - henkilökohtaista yksilöllistä - aikaa olla heidän kanssaan - enempi työntekijöitä - aromaterapiaa - omia ryhmiä vanhuksille, jokaiselle jotain</p>
<p>- Kodinomainen ja turvallinen ympäristö. Sopivan kokoinen yksikkö max.12 asukasta. Riittävästi henkilökuntaa (n.4-5 asukasta hoitajaa kohden). Toimintaterapeutti voisi käydä päivittäin. Lääkäri kävisi ajoittain. Näin välttyttäisiin raskailta lääkärisä käynneiltä. Motivoinut ja tiiminä työskentelevä henkilökunta, joilla mahdollisuus koulutuksiin, työnohjaukseen ja TYKY-päiviin. Mahdollisuus ulkoiluun eli turvallinen ja viihtyisä puutarha. Hyvä yhteistyö muiden hoitavien yksiköiden kanssa.</p>	<p>- kodinomainen ja turvallinen ympäristö - sopivan kokoinen yksikkö - riittävästi henkilökuntaa - toimintaterapeutti - lääkäri - motivoitunut ja tiiminä työskentelevä henkilökunta - mahdollisuus koulutuksiin, työnohjaukseen ja TYKY-päiviin - mahdollisuus ulkoiluun - turvallinen ja viihtyisä puutarha - yhteistyö muiden hoitavien yksiköiden kanssa</p>
<p>- Pieniä yksikköjä. Tarpeeksi henkilökuntaa. Mahdollisuus osallistua hoitoyksikön töihin. Hoitoyksikössä otettaisi huomioon värit</p>	<p>- pieniä yksikköjä - tarpeeksi henkilökuntaa - mahdollisuus osallistua hoitoyksikön töihin - värit huomioon</p>

Kuvio 1. Esimerkki aineiston pelkistämisestä.

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Se sopii hyvin strukturoimattoman aineiston analyysimenetelmäksi ja sitä voidaan käyttää muun muassa artikkeleiden ja muun kirjallisen materiaalin analyysiin. Sillä saadaan kuvaus tutkittavasta asiasta yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Sisällönanalyysia voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai lähtien jostain aikaisemmasta käsitejärjestelmästä eli deduktiivisesti. Ennen analyysin aloittamista tulee valita analysoidaanko dokumentista vain pelkistetyt ilmaukset vai myös piilossa olevat viestit. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-6.) Tässä

tutkimuksessa päätettiin, että aineistosta analysoidaan vain ne asiat, jotka on vastauksessa selvästi ilmaistu. Induktiivinen sisällönanalyysi eteni pelkistämisvaiheesta ryhmittelyvaiheeseen ja sen jälkeen tehtiin abstrahointi. Pelkistämisvaiheessa aineistosta poimittiin eli koodattiin ilmaukset, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Sen jälkeen ne ryhmiteltiin samankaltaisuuden perusteella luokkiin, jonka jälkeen eri luokille annettiin nimet eli niistä tuli uusia käsitteitä, joista muodostui yksi pääkäsite. (Kuvio 34.)

5.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Jokaiseen kyselylomakkeeseen liitettiin saatekirje (liite 1), jossa kerrottiin millaisesta tutkimuksesta on kyse. Saatekirjeestä selvisi tutkijoiden yhteystiedot, jotta tutkittavat pystyivät halutessaan ottamaan heihin yhteyttä. Ehdottomin osa tutkittavien informointia on se, että heille annetaan kirjallisesti tieto mitkä ovat tutkimuksessa vastuussa olevat tahot ja keneen voi ottaa yhteyttä. Riittävän informaatioravassa tutkittavat voivat tehdä vapaaehtoisen päätöksen tutkimukseen osallistumisestaan. Tutkittavia täytyy aina tiedottaa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta keskeyttää se koska tahansa. (Kuula 2006, 104-107.)

Anonymiteetti on tärkeää ottaa huomioon tutkimuksessa. Tutkimustietoja ei luovuteta tutkimusprojektin ulkopuolisille henkilöille ja aineisto säilytetään salassa. Tietojen keräämistä varten tarvitaan kirjallinen lupa viranomaiselta. Lisäksi tutkimukseen osallistuvien pitää olla tietoisesti suostuvia tutkimukseen. Kyselylomakkeessa kyselyyn vastaaminen tulkitaan tietoisesti suostumukseksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178-179; Kuula 2006, 116.)

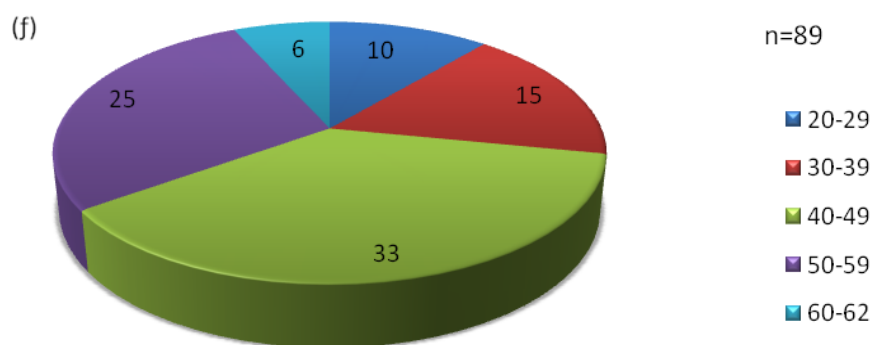
Kyselylomakkeen saatekirjeestä kävi ilmi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, vastausten luotettava käsittely ja säilyttäminen sekä se, ettei tutkittavien henkilöllisyys käy missään vaiheessa ilmi. Siitä ilmeni myös tutkimuksen tavoite ja tutkimustulosten käyttö. Saatekirjeessä oli määritelty, mitä tutkimukseen osallistuminen merkitsee.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

6.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 90 dementoituneita ihmisiä hoitavaa hoitotyöntekijää. Tutkittavien taustatietoja selvitettiin seitsemällä kysymyksellä. Taustatiedoissa selvitettiin ikää, ammattia, työsuhteen laatua, työkokemusta hoitoalalta, työkokemusta vanhusten hoitotyöstä sekä työskentelyaikaa nykyisessä yksikössä. Lisäksi tiedusteltiin mahdollista saatua täydennyskoulutusta dementoituneiden ihmisten hoidosta.

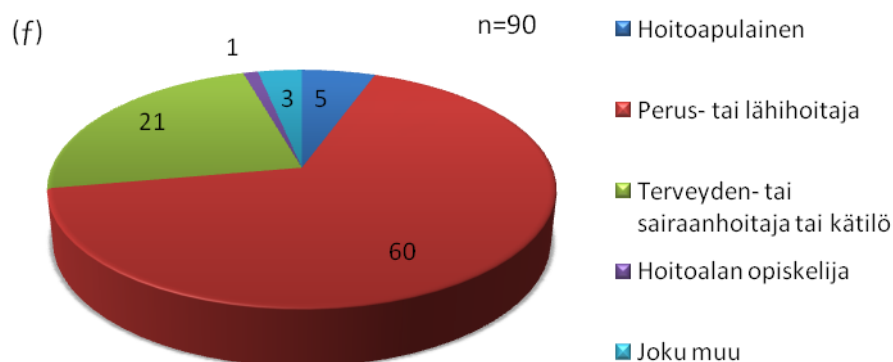
Suurin osa vastanneista oli 40-49-vuotiaita (36,7 %). Osallistujista 11,1 % oli alle 30-vuotiaita ja 6,7 % yli 60-vuotiaita. 30-39-vuotiaita ilmoitti olevansa 16,7 % vastaajista ja 50–59-vuotiaita ilmoitti olevansa 27,8 % vastaajista. Yksi vastaaja (1,1 %) jätti mainitsematta ikänsä. Nuorin vastanneista oli 23-vuotias ja vanhin 62-vuotias. Vastanneiden keski-ikä oli 45 vuotta. Vastaajat ilmoittivat ikänsä numeraalisesti vuosina ja niistä muodostettiin ikäluokitus. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Osallistujien ikäjakauma luokittain (f).

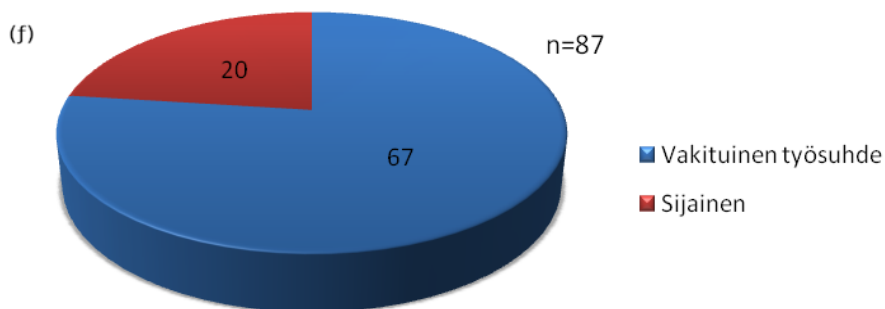
Vastanneista suurin osa (66,7 %) oli ammatiltaan perus- tai lähihoitajia. Yksi prosentti vastaajista oli hoitoalan opiskelijoita. Terveysten- tai sairaanhoitajia tai kätilöjä vastaajista ilmoitti olevansa 23,3 %. Hoitoapulaisia vastanneista oli 5,6 %. Vastaajista 3,3 % vastasi ammatikseen vaihtoehdon ”joku muu”. He olivat selittä-

neet sanallisesti olevansa laitosapulainen, osastoapulainen ja sosionomi. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Osallistujien ammatti (f).

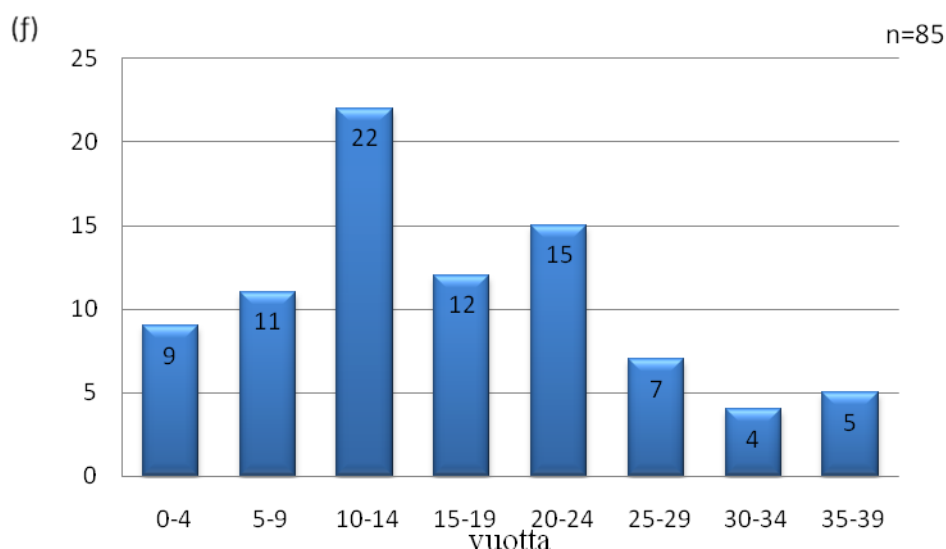
Vakituisessa työsuhteessa oli 74,4 % vastaajista, kun taas sijaiseksi itsensä ilmoitti 22,2 %. Kolme vastaajista (3,3 %) jätti mainitsematta työsuhteensa laadun. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Osallistujien työsuhteen laatu (f).

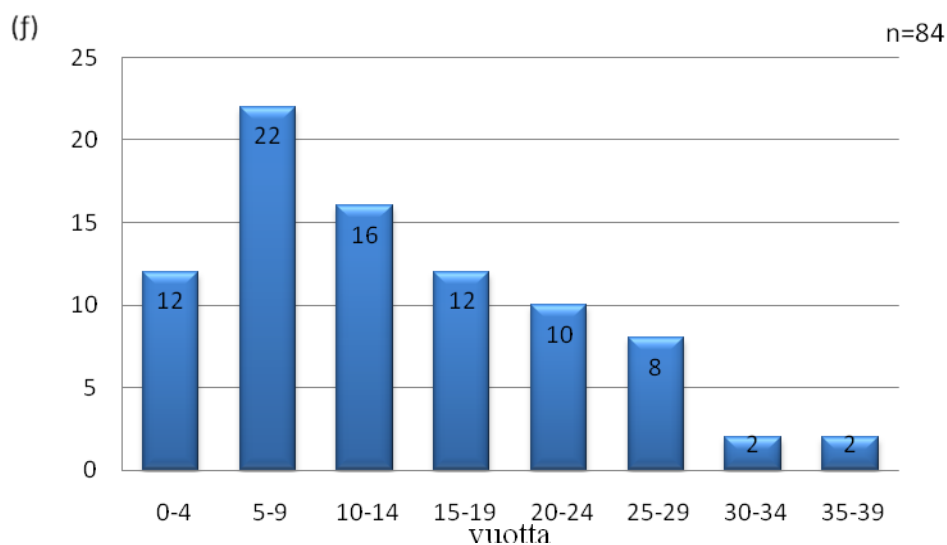
Kyselylomakkeessa selvitettiin hoitotyöntekijän työkokemusta kolmen eri kysymyksen avulla. Kysymyksiin vastattiin ilmoittamalla työkokemus numeraalisesti vuosina ja vastauksista muodostettiin luokitus. Hoitoalan työkokemusta suurim-

malla osalla (24,4 %) vastanneista oli 10-14 vuotta. Pienin ryhmä (4,4 %) vastanneista ilmoitti työskennelleensä hoitoalalla 30-34 vuotta. 0-4 vuotta työkokemusta hoitoalalta oli 10,0 %:lla vastanneista, 5-9 vuotta 12,2 %:lla, 15-19 vuotta oli 13,3 %:lla, 20-24 vuotta 16,7 %:lla, 25-29 vuotta 7,8 %:lla ja 35-39 vuotta 5,6 %:lla. Keskimäärin vastanneilla oli työkokemusta hoitoalalta 16 vuotta. Työkokemuksen pituus vaihteli yhdestä 38 vuoteen. Vastaamatta jätti 5 osallistujaa (5,6 %). (Kuvio 5.)



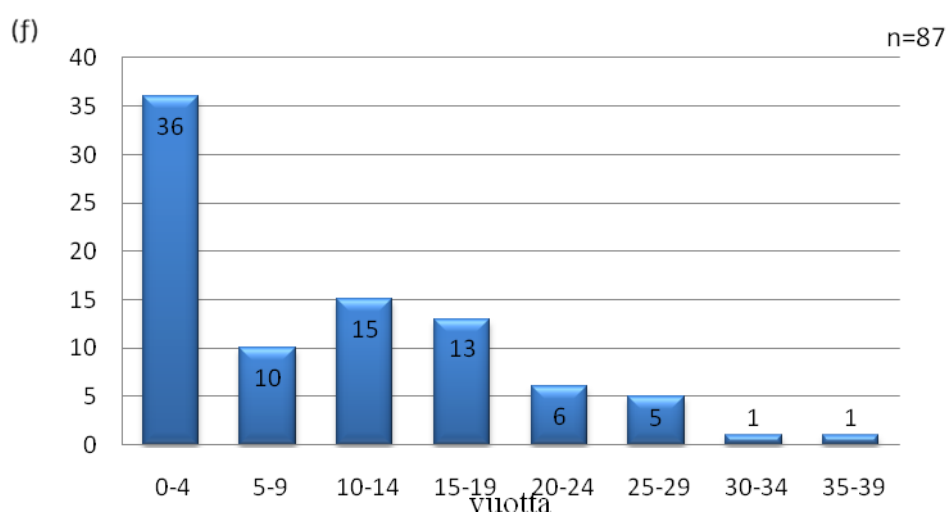
Kuvio 5. Osallistujien työkokemus hoitoalalta (f).

Suurimmalla osalla (24,4 %) oli työkokemusta vanhusten hoitotyöstä 5-9 vuotta. Pienimmällä osalla (2,2 %) oli vanhusten hoitotyön kokemusta 30-34 vuotta tai 35-39 vuotta. 0-4 vuotta vanhusten hoitotyökokemusta oli 13,3 %:lla, 10-14 vuotta 17,8 %:lla, 15-19 vuotta 13,3 %:lla, 20-24 vuotta 11,1 % ja 25-29 vuotta 8,9 %:lla. Pisin vanhusten hoitotyökokemus oli 36 vuotta ja lyhin 1 vuosi. Keskimäärin vanhusten hoitotyötä oli tehty 14 vuotta. Vastaamatta jätti 6 osallistujaa (6,7 %). (Kuvio 6.)



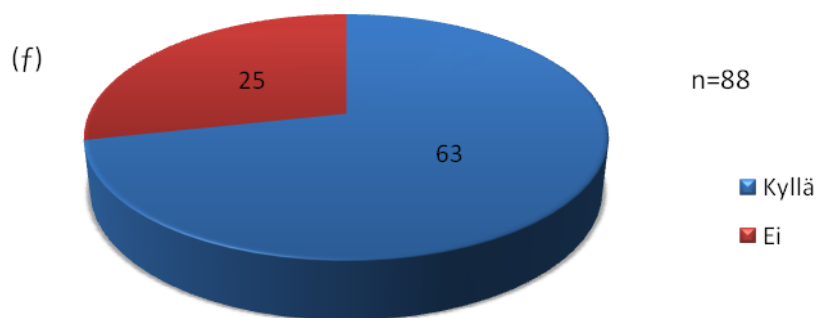
Kuvio 6. Osallistujien työkokemus vanhusten hoitotyöstä (f).

Työyksikössä, jossa vastaaja vastaushetkellä toimi, suurin osa (40,0 %) oli työskennellyt 0-4 vuotta. Pienin osa (1,1 %) vastaajista oli työskennellyt yksikössä 30-34 vuotta tai 35-39 vuotta. 5-9 vuotta senhetkisessä työyksikössään oli työskennellyt 11,1 %, 10-14 vuotta 16,7 %, 15-19 vuotta 14,4 %, 20-24 vuotta 6,7 % ja 25-29 vuotta 5,6 %. Pisin työkokemus senhetkisessä työyksikössä oli 36 vuotta ja lyhin 0 vuotta. Keskimäärin työkokemusta senhetkisessä yksiköstä työskentelemisestä oli 10 vuotta. Vastaamatta jätti 3 osallistujaa (3,3 %). (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Osallistujien työkokemus senhetkisessä työyksikössään (f).

Täydenniskoulutusta dementoituneiden ihmisten hoitotyöstä ilmoitti saaneensa 70,0 % vastanneista, kun taas 27,8 % vastanneista ei ollut saanut täydenniskoulutusta. Kaksi vastaajista (2,2 %) ei ollut vastannut kysymykseen. (Kuvio 8.)

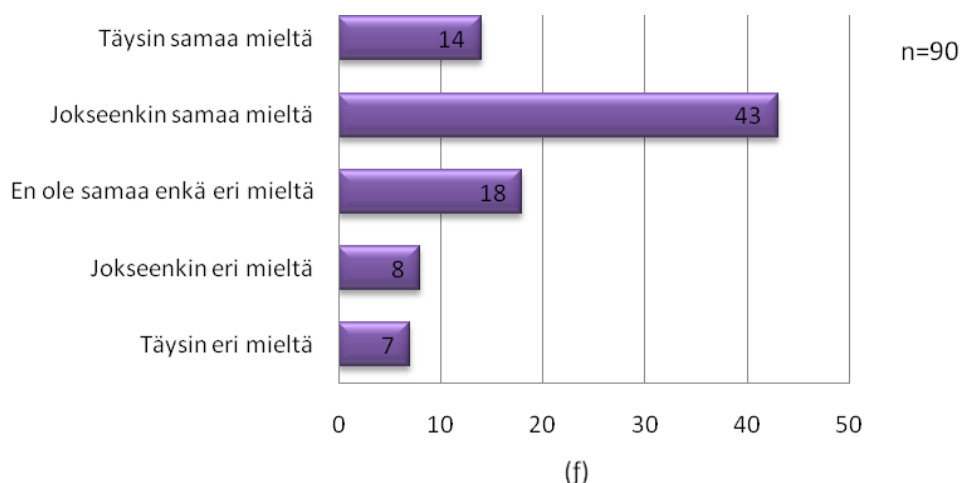


Kuvio 8. Osallistujien saama täydenniskoulutus dementoituneiden ihmisten hoitotyöstä (f).

6.2 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytykset hoitohenkilökunnan näkökulmasta

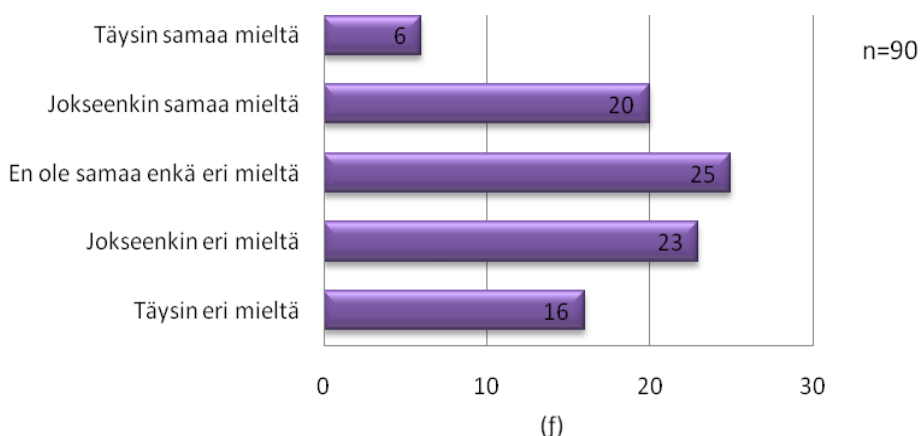
Hoitohenkilökunnan näkemyksiä dementoituneiden ihmisten hyvän hoidon edellytyksistä tutkittiin 17 eri kysymyksen avulla. Hoitotyöntekijät arvioivat hyvän hoidon edellytyksiä viisiportaisen asteikon avulla (5 = täysin samaa mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 3 = en ole samaa enkä eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 1 = täysin eri mieltä).

Kyselylomakkeessa selvitettiin vastaajien mielipidettä heidän senhetkisen työskentely-yksikkönsä kodinomaisuudesta ja viihtyisyydestä. Suurin osa (47,8 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitoyksikkö oli kodinomainen ja viihtyisä. Vastaajista 7,8 % oli täysin eri mieltä kyseisestä asiasta. Jokseenkin eri mieltä oli 8,9 %, ei samaa eikä eri mieltä oli 20,0 % ja täysin samaa mieltä oli 15,6 % hoitotyöntekijöistä. (Kuvio 9.)



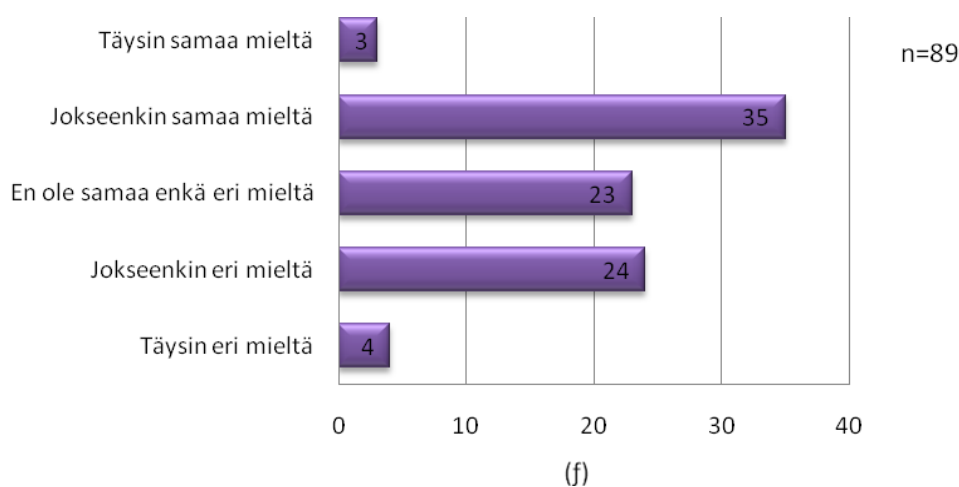
Kuvio 9. Hoitotyöntekijöiden näkemykset hoitoyksikön kodinomaisuudesta ja viihtyisyydestä (*f*).

Seuraavassa kysymyksessä tiedusteltiin vastaajien mielipidettä siitä, miten hyvin työyksikkö on suunniteltu dementoituneiden ihmisten hoitoon. Suurin osa (27,8 %) hoitotyöntekijöistä valitsi vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Täysin samaa mieltä oli 6,7 % vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli runsas viidesosa (22,2 %) vastaajista ja jokseenkin eri mieltä oli neljännes (25,6 %) vastaajista. Täysin eri mieltä suunnittelun onnistuneisuudesta oli 17,8 % hoitotyöntekijöistä. (Kuvio 10.)



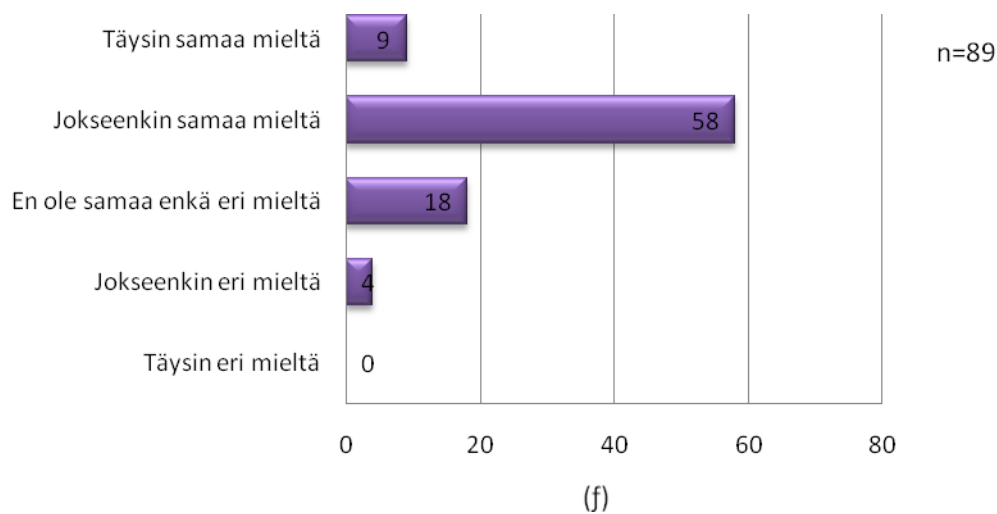
Kuvio 10. Hoitotyöntekijöiden näkemykset hoitoyksikön suunnittelun onnistuneisuudesta ajatellen dementoituneiden ihmisten hoitoa (*f*).

Hoitotyöntekijöiltä kysyttiin missä määrin heillä on aikaa vastata dementoituneiden ihmisten psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Vastaajista suurin osa (38,9 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä on aikaa vastata dementoituneiden ihmisten psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Harva (3,3 %) vastaajista oli asiasta täysin samaa mieltä. Ei samaa eikä eri mieltä oli neljännes (25,6 %) vastaajista, jokseenkin eri mieltä oli 26,7 % vastaajista ja täysin eri mieltä oli 4,4 % vastaajista. Yksi tutkimukseen osallistuja (1,1 %) oli jättänyt vastaamatta kyseiseen kysymykseen. (Kuvio 11.)



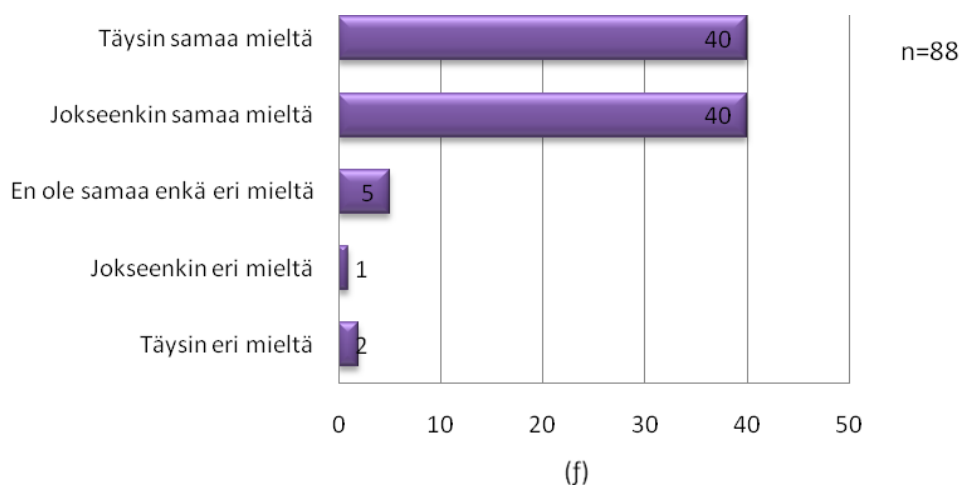
Kuvio 11. Hoitotyöntekijöiden näkemykset heidän ajastaan vastata dementoituneiden ihmisten psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin (f).

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin hoitajien kykyä arvioida dementoituneen ihmisen kipuja. Yli puolet (64,4 %) vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he osaavat arvioida dementoituneen ihmisen kipuja hyvin. Viidesosa (20,0 %) vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Täysin samaa mieltä asiasta oli 10,0 % vastaajista ja 4,4 % vastaajista oli jokseenkin eri mieltä asiasta. Kukaan vastanneista ei ollut asiasta täysin eri mieltä. Yksi vastanneista (1,1 %) ei vastannut kysymykseen. (Kuvio 12.)



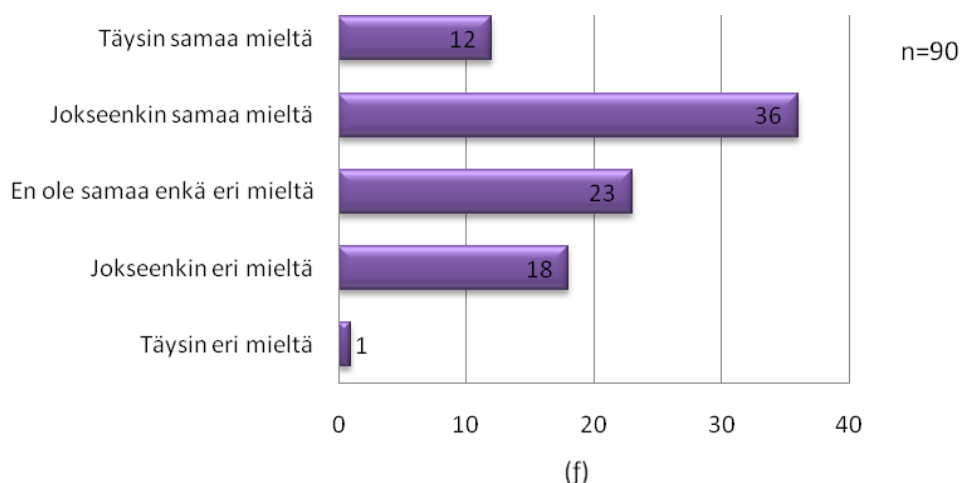
Kuvio 12. Hoitohenkilökunnan näkemykset heidän kyvystään arvioida dementoituneen ihmisen kipuja hyvin (*f*).

Kyselyssä tutkittiin myös hoitohenkilökunnan mielipidettä yksikössä tehtävästä tiimityöstä. Vastaajista 44,4 % oli täysin samaa mieltä ja niin ikään 44,4 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että heidän työyksikössään tehtiin tiimityötä. Vastaajista 5,6 % ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 1,1 % vastanneista ja täysin eri mieltä oli 2,2 % vastanneista. Kaksi vastaajaa (2,2 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 13.)



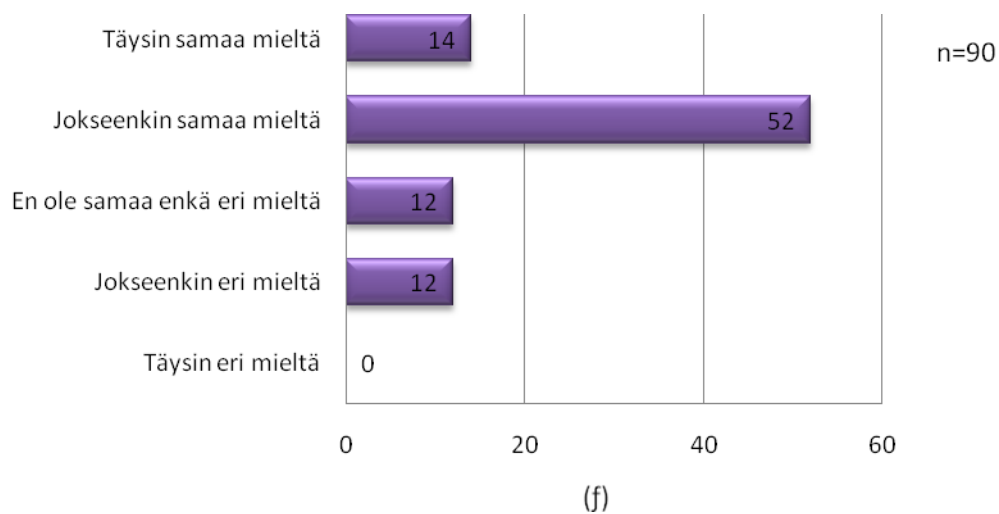
Kuvio 13. Hoitotyöntekijöiden näkemykset työyksikössä tehtävästä tiimityöstä (*f*).

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin heidän mahdollisuuttaan noudattaa dementoituneen ihmisen yksityisyyden periaatetta omassa työyksikössään. Valtaosa (40,0 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä mahdollisuudesta noudattaa yksityisyyden periaatetta. Täysin samaa mieltä oli 13,3 % vastanneista. Ei samaa eikä eri mieltä oli neljännes (25,6 %). Viidesosa (20,0 %) vastanneista oli jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä asiasta oli 1,1 %. (Kuvio 14.)



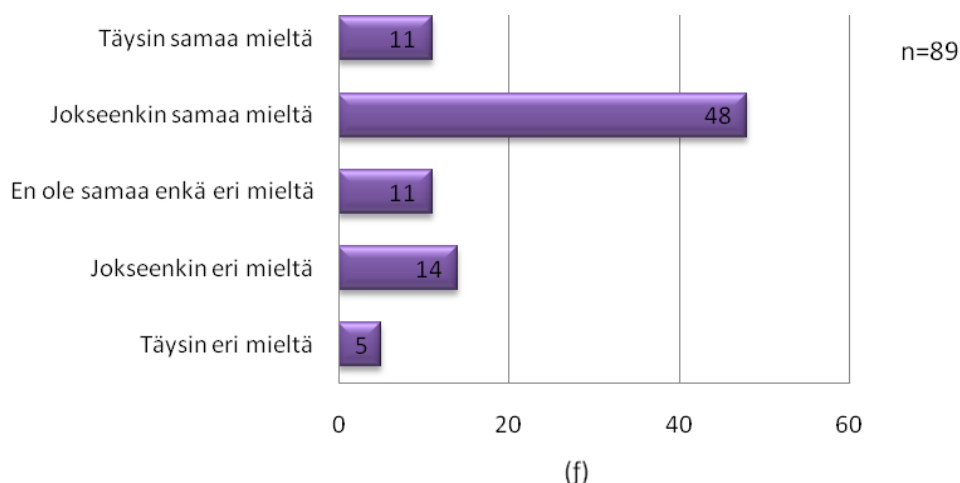
Kuvio 14. Hoitotyöntekijöiden näkemykset heidän mahdollisuudestaan noudattaa dementoituneen ihmisen yksityisyyden periaatetta työyksikössä (f).

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin heidän mahdollisuuttaan hoitaa dementoitunutta ihmistä yksilöllisesti. Yli puolet (57,8 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä on mahdollisuus hoitaa dementoitunutta ihmistä yksilöllisesti. Täysin samaa mieltä oli 15,6 % vastanneista. Vaihtoehdon ”jokseenkin eri mieltä” tai ”en ole samaa enkä eri mieltä” vaihtoehdot oli valinnut 13,3 % hoitohenkilökunnan jäsentä. Kukaan vastaajista ei ollut asiasta täysin eri mieltä. (Kuvio 15.)



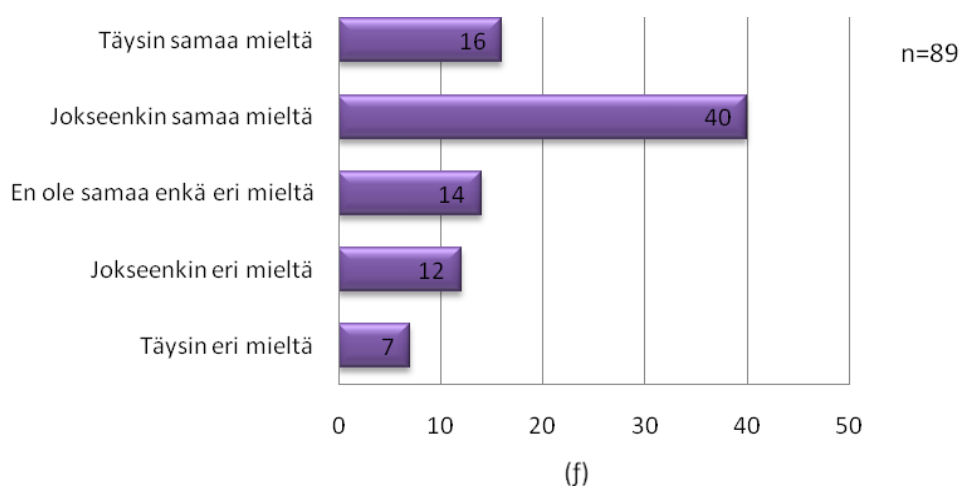
Kuvio 15. Hoitohenkilökunnan näkemykset heidän mahdollisuudestaan hoitaa dementoitunutta ihmistä yksilöllisesti (f).

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin missä määrin he tuntevat hoitamansa dementoituneet ihmiset. Hieman yli puolet (53,3 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he tuntevat hoitamiensa dementoituneiden ihmisten elämänhistorian, tavat ja tottumukset. 12,2 % vastanneista oli valinnut vaihtoehdon ”täysin samaa mieltä” tai ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli 15,6 % ja täysin eri mieltä oli 5,6 % vastanneista. Yksi vastaajista (1,1 %) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 16.)



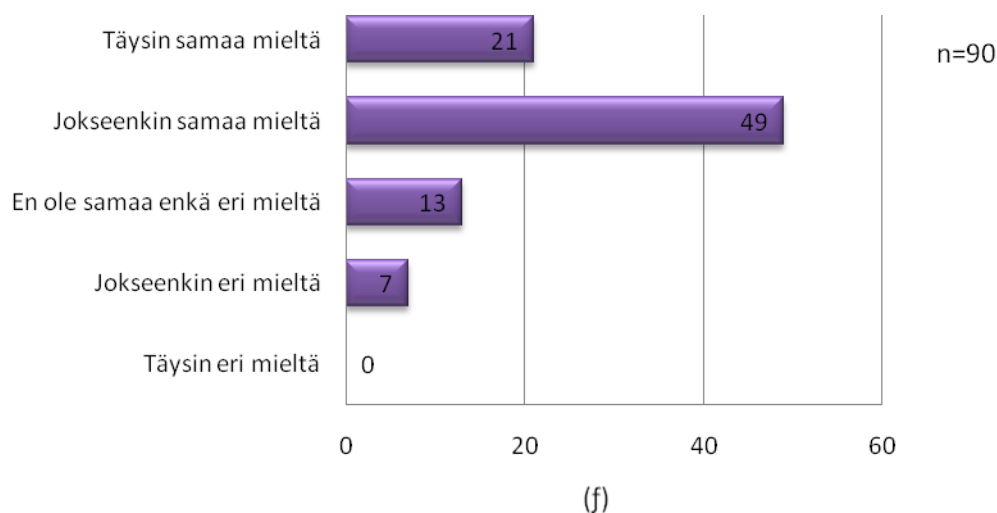
Kuvio 16. Hoitotyöntekijöiden näkemykset heidän hoitamiensa dementoituneiden ihmisten elämänhistorioiden, tapojen ja tottumusten tuntemisesta (f).

Kyselylomakkeessa kysyttiin hoitohenkilökunnan tietämystä Alzheimer-keskusliiton dementoituneille potilaille säätämistä oikeuksista. Hieman alle puolet (44,4 %) vastanneista kertoi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, että he tuntevat dementoituneille potilaille säädetyt oikeudet. Täysin samaa mieltä oli 17,8 % vastanneista, ei samaa mieltä eikä eri mieltä 15,6 % vastanneista, jokseenkin eri mieltä 13,3 % ja täysin eri mieltä 7,8 % vastanneista. Yksi (1,1 %) hoitohenkilökunnan jäsen oli jättänyt mainitsematta kantansa. (Kuvio 17.)



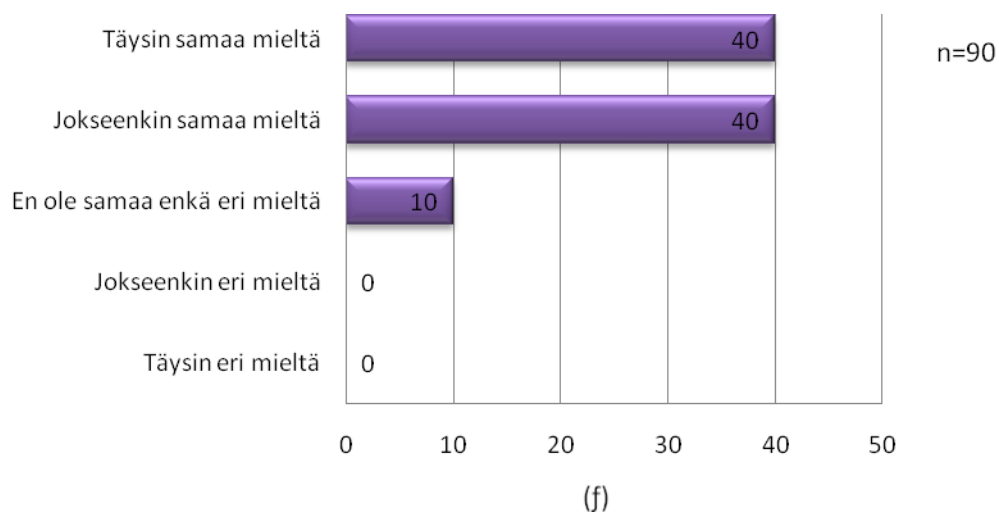
Kuvio 17. Hoitotyöntekijöiden näkemykset Alzheimer-keskusliiton dementoituneille potilaille säädetyjen oikeuksien tuntemisesta (f).

Kyselyssä oltiin kiinnostuneita hoitohenkilökunnan omaaman tiedon ja taidon riittävydestä dementoituneiden ihmisten hoitoon. Yli puolet (54,4 %) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he omaavat tarpeeksi tietoa ja taitoa dementoituneiden ihmisten hoidosta. 23,3 % hoitohenkilökunnan jäsenistä oli täysin samaa mieltä, 14,4 % vastanneista valitsi vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” ja 7,8 % vastanneista oli jokseenkin eri mieltä. Kukaan hoitohenkilökunnan jäsenistä ei valinnut vaihtoehtoa ”täysin eri mieltä”. (Kuvio 18.)



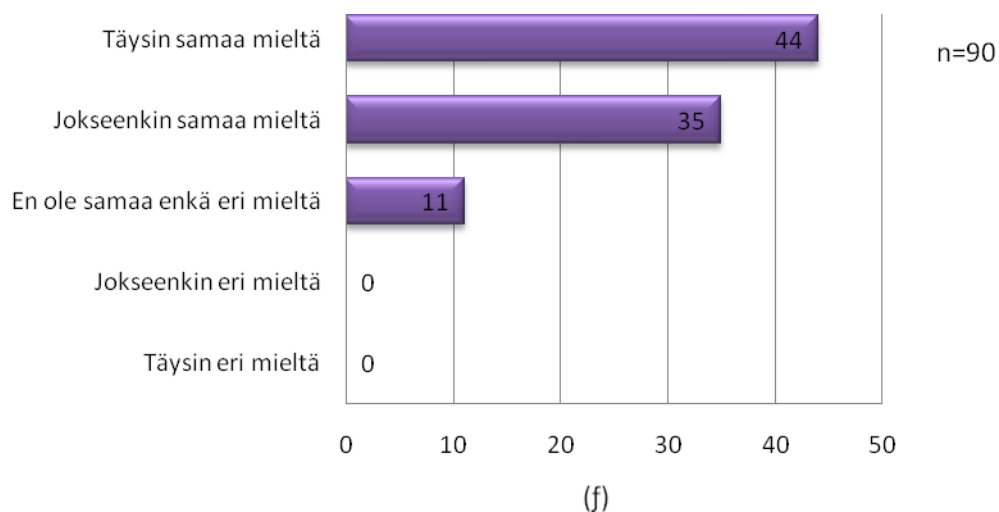
Kuvio 18. Hoitotyöntekijöiden näkemykset siitä, että he omaavat tarpeeksi tietoa ja taitoa dementoituneiden ihmisten hoidosta (f).

Hoitohenkilökunnalta tiedusteltiin heidän motivoituneisuuttaan työhönsä. 44,4 % vastaajista oli täysin samaa mieltä ja niin ikään 44,4 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he olivat motivoituneita työhönsä dementoituneiden ihmisten parissa. Hoitohenkilökunnan jäsenistä 11,1 % oli valinnut vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Kukaan ei ollut vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Kuvio 19.)



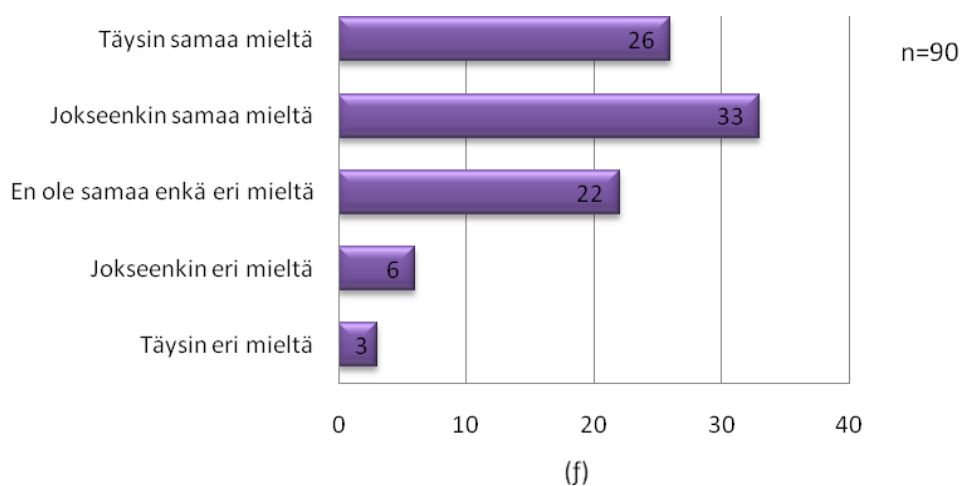
Kuvio 19. Hoitotyöntekijöiden näkemykset omasta motivoituneisuudestaan työhönsä (*f*).

Kyselyssä selvitettiin hoitohenkilökunnan mielipidettä heidän halustaan kehittää itseään ja kouluttautua dementoituneiden ihmisten hoitajana. Melkein puolet (48,9 %) hoitohenkilökunnasta oli täysin samaa mieltä siitä, että heillä on halua kehittää ja kouluttaa itseään hoitajana. Vastanneista 38,9 % oli jokseenkin samaa mieltä ja 12,2 % vastanneista oli valinnut vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Kuukaan vastanneista ei ollut vastannut olevansa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. (Kuvio 20.)



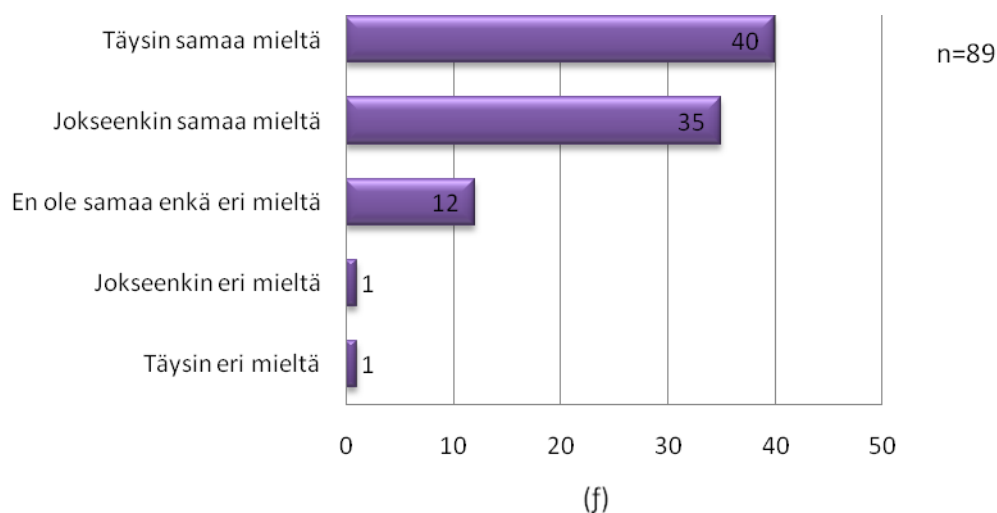
Kuvio 20. Hoitotyöntekijöiden näkemykset heidän halustaan kehittää ja kouluttaa itseään dementoituneiden ihmisten hoitajana (f).

Kyselyssä tiedusteltiin hoitohenkilökunnan mahdollisuutta kouluttautua dementoituneiden ihmisten hoidosta. Suurin osa (36,7 %) vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä on mahdollisuus kouluttautua. Täysin samaa mieltä vastanneista oli noin kolmasosa (28,9 %) ja 24,4 % oli valinnut vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”. Jokseenkin eri mieltä oli 6,7 % ja täysin eri mieltä vastanneista oli 3,3 %. (Kuvio 21.)



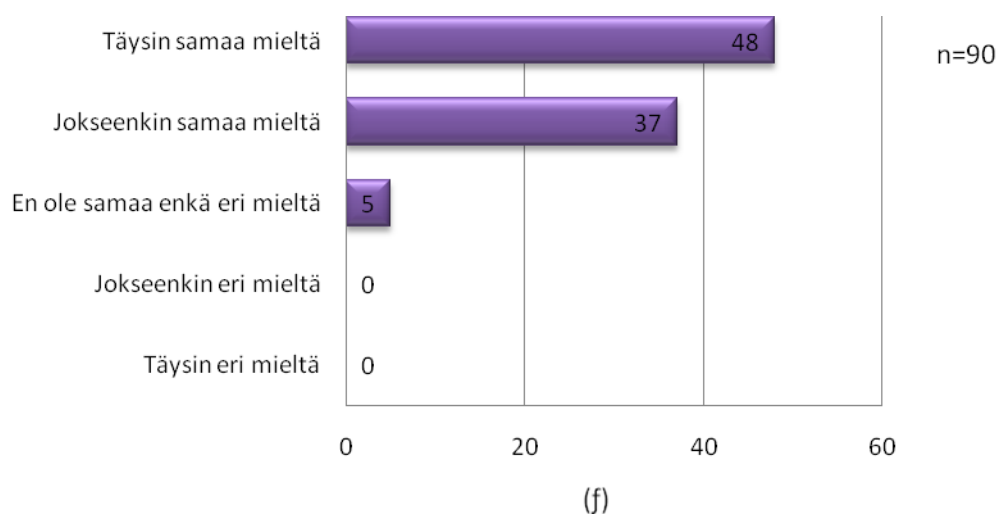
Kuvio 21. Hoitotyöntekijöiden näkemykset mahdollisuudestaan kouluttautua dementoituneiden ihmisten hoidosta (f).

Kyselyssä tiedusteltiin hoitohenkilökunnan mielipidettä omahoitajan tärkeydestä dementoituneen ihmisen hoidossa. Hieman alle puolet (44,4 %) hoitohenkilökunnan jäsenistä oli täysin samaa mieltä siitä, että jokaisella dementoituneella ihmisellä on tärkeää olla omahoitaja. Jokseenkin samaa mieltä oli 38,9 % vastanneista ja 13,3 % vastanneista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Jokseenkin eri mieltä oli 1,1 % ja täysin eri mieltä niin ikään 1,1 % hoitohenkilökunnasta. Yksi (1,1 %) kyselyyn vastanneista oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 22.)



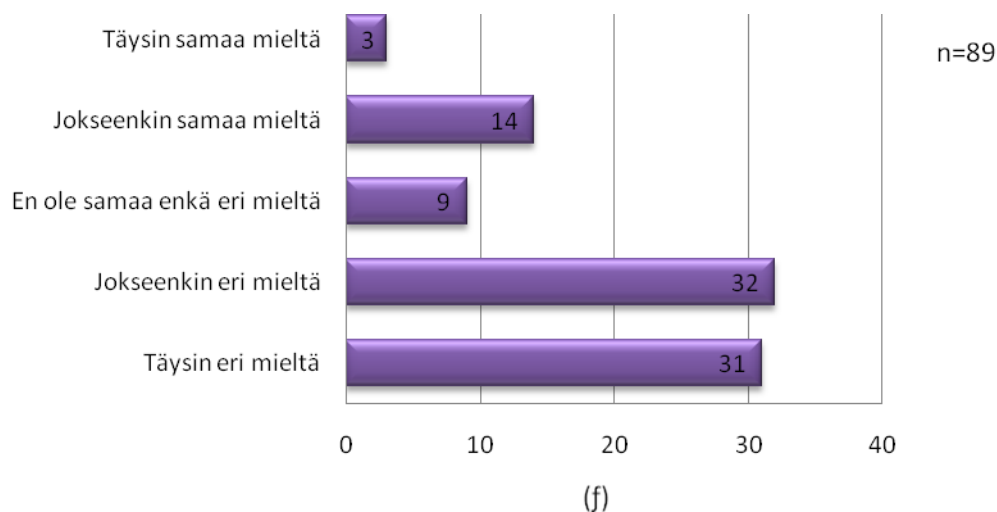
Kuvio 22. Hoitotyöntekijöiden näkemykset omahoitajan tärkeydestä jokaiselle dementoituneelle ihmiselle (*f*).

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin hoitohenkilökunnalta myös näkemyksiä yksilöllisen hoitosuunnitelman tärkeydestä dementoituneen ihmisen hoidossa. Yli puolet (53,3 %) vastanneista oli täysin samaa mieltä siitä, että yksilöllinen hoitosuunnitelma on yksi tärkeimmistä asioista dementoituneen ihmisen hoidossa. 41,1 % vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä ja 5,6 % vastanneista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kukaan hoitohenkilökunnan jäsenistä ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”jokseenkin eri mieltä” tai ”täysin eri mieltä”. (Kuvio 23.)



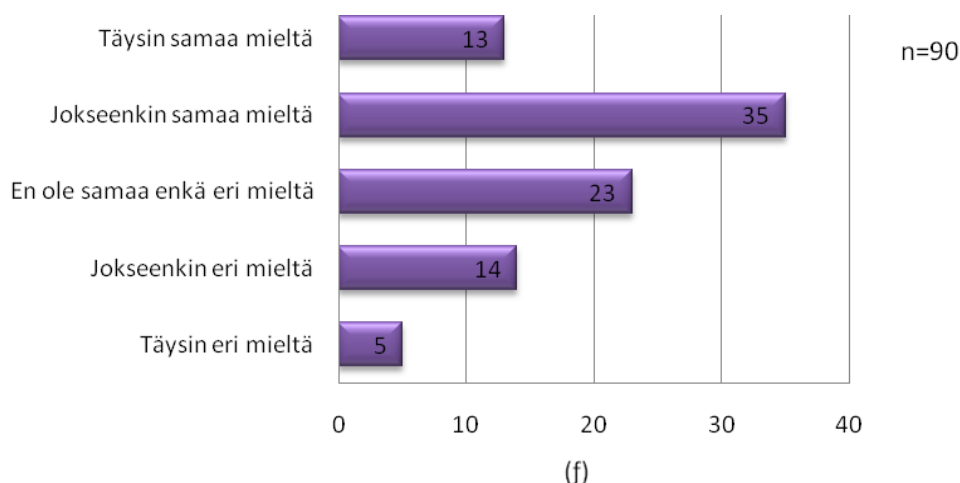
Kuvio 23. Hoitotyöntekijöiden näkemykset yksilöllisen hoitosuunnitelman olevan yksi tärkeimmistä asioista dementoituneen ihmisen hoidossa (f).

Hoitohenkilökunnalta kysyttiin heidän näkemyksiään hoitohenkilökunnan riittävydestä heidän omassa työyksikössään. Suurin osa (35,6 %) vastanneista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että kyseisessä yksikössä olisi tarpeeksi henkilökuntaa jokaisessa työvuorossa. Täysin eri mieltä asiasta oli hieman yli kolmasosa (34,4 %) vastanneista. Täysin samaa mieltä oli (3,3 %), (15,6 %) vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä henkilökunnan riittävydestä ja (10,0 %) hoitohenkilökunnan jäsenistä oli valinnut vaihtoehdon ”en ole samaa mieltä enkä eri mieltä”. Yksi kyselyyn vastanneista (1,1 %) oli jättänyt mainitsematta kantansa. (Kuvio 24.)



Kuvio 24. Hoitotyöntekijöiden näkemykset henkilökunnan riittävyydestä jokaisessa työvuorossa heidän työyksikössään (*f*).

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös henkilökunnan mielipidettä dementoituneiden ihmisten tilan ja hoidon laadun seurantamittareiden käytöstä. Suurin osa (38,9 %) vastanneista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että dementoituneiden ihmisten tilan ja hoidon laadun seuranta eri mittareiden (RAI, MMSE) avulla on yksi tärkeimmistä asioista ajatellen heidän hoitoaan. 14,4 % vastanneista oli täysin samaa mieltä, 25,6 % vastanneista oli valinnut vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä”, jokseenkin eri mieltä oli 15,6 % vastanneista ja täysin eri mieltä oli 5,6 % vastanneista. (Kuvio 25.)

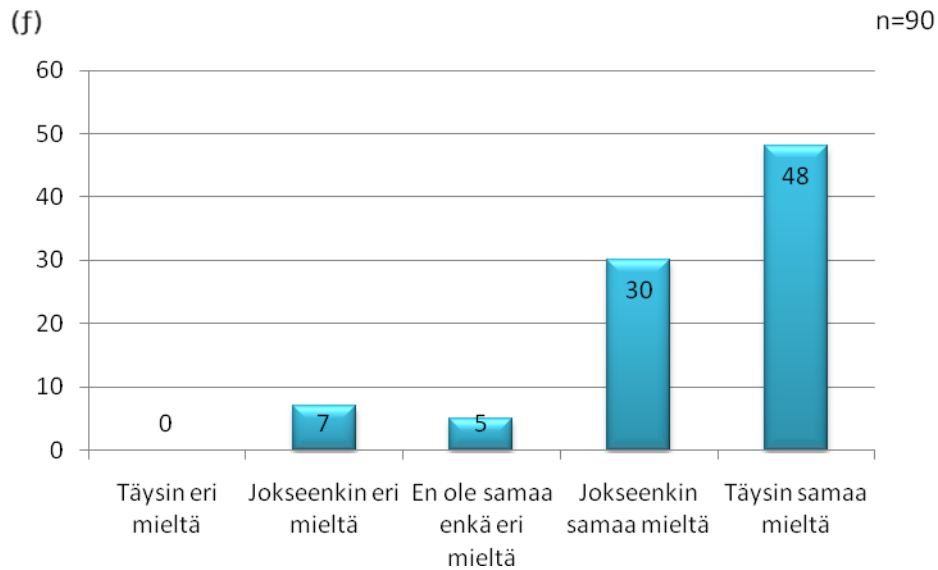


Kuvio 25. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä dementoituneen ihmisen tilan ja hoidon laadun seurannan tärkeydestä eri mittareiden avulla (f).

6.3 Dementoituneen ihmisen hyvän hoidon toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta

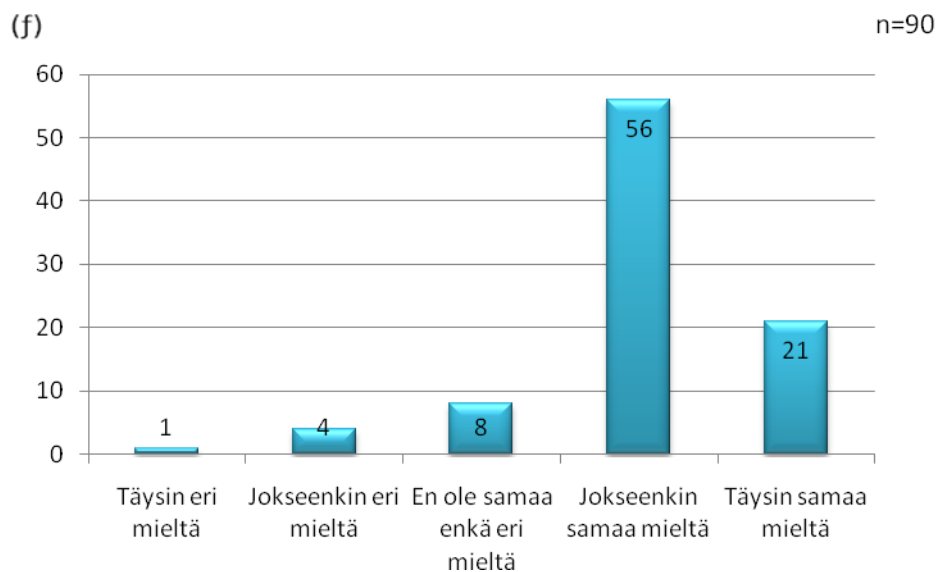
Hoitohenkilökunnan näkemyksiä dementoituneiden ihmisten hyvän hoidon toteutumisesta tutkittiin kahdeksan eri kysymyksen avulla. Hoitotyöntekijät arvioivat hyvän hoidon edellytyksiä viisiportaisen asteikon avulla (5 = *täysin samaa mieltä*, 4 = *jokseenkin samaa mieltä*, 3 = *en ole samaa enkä eri mieltä*, 2 = *jokseenkin eri mieltä*, 1 = *täysin eri mieltä*).

Dementoituneiden ihmisten hyvän hoidon toteutumisesta tiedusteltiin hoitohenkilökunnan mielipiteitä fyysisten tarpeiden täyttämisestä. Yli puolet (53,3 %) vastanneista oli täysin samaa mieltä siitä, että he käyttävät suurimman osan työajastaan dementoituneiden ihmisten fyysisten tarpeiden täyttämiseen. Jokseenkin samaa mieltä oli noin kolmasosa (33,3 %) hoitohenkilökunnan jäsenistä. Vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 5,6 % vastaajista ja jokseenkin eri mieltä oli 7,8 % vastaajista. Kukaan vastanneista ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”täysin eri mieltä”. (Kuvio 26.)



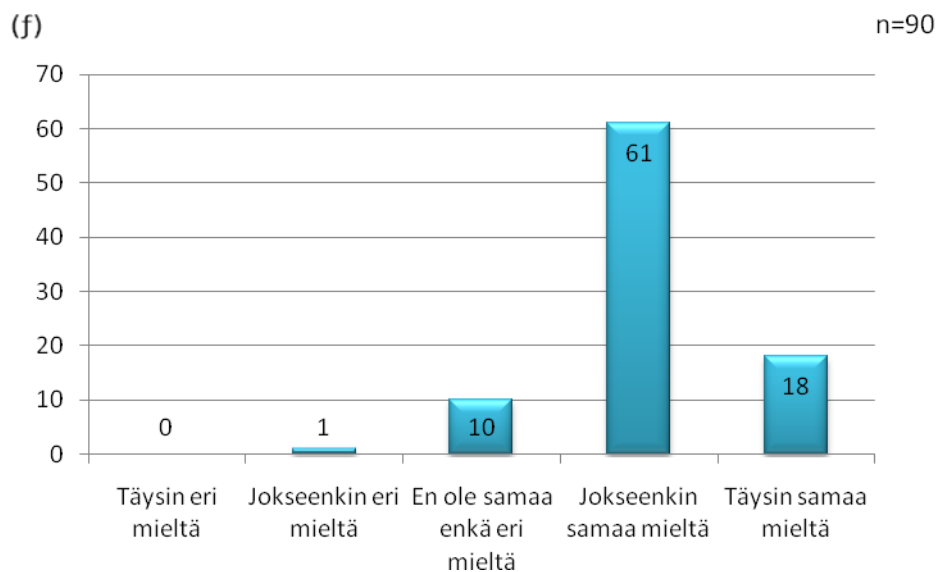
Kuvio 26. Hoitotyöntekijöiden näkemykset siitä, käyttävätkö he suurimman osan työajastaan dementoituneen ihmisen fyysisten tarpeiden täyttämiseen (f).

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin hoitohenkilökunnan mielipidettä liittyen dementoituneen ihmisen kuntouttamisesta. Yli puolet (62,2 %) hoitohenkilökunnasta oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he kiinnittävät huomiota dementoituneen ihmisen kuntouttamiseen jokapäiväisessä hoitotyössä. Runsas viidesosa (23,3 %) vastanneista oli täysin samaa mieltä. Vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 8,9 % vastanneista, jokseenkin eri mieltä oli 4,4 % vastanneista ja täysin eri mieltä oli 1,1 % hoitohenkilökunnasta. (Kuvio 27.)



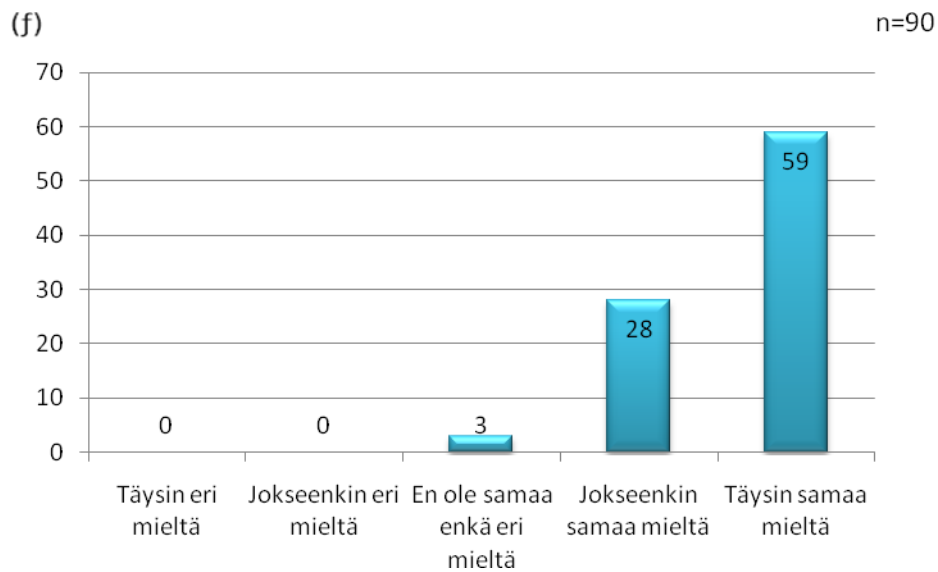
Kuvio 27. Hoitotyöntekijöiden näkemykset huomion kiinnittämisestä dementoitu-
neen ihmisen kuntouttamiseen jokapäiväisessä hoitotyössä (f).

Kyselyssä oltiin kiinnostuneita hoitohenkilökunnan näkemyksestä dementoitu-
neen ihmisen itsemääräämisoikeudesta. Suurin osa (67,8 %) oli jokseenkin samaa
mieltä siitä, että he ottavat huomioon dementoituneiden ihmisten itsemääräämis-
oikeuden hoitaessaan heitä. Viidesosa (20,0 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä
ja vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 11,1 % vastanneista.
Jokseenkin eri mieltä oli 1,1 %, eikä kukaan ollut valinnut vaihtoehtoa ”täysin eri
mieltä”. (Kuvio 28.)



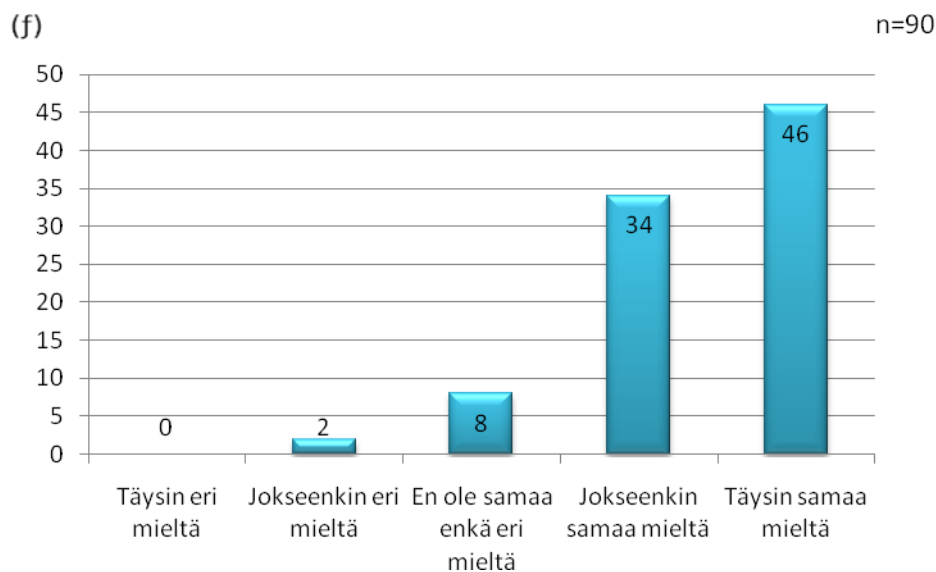
Kuvio 28. Hoitotyöntekijöiden näkemykset dementoituneiden ihmisten itsemääräämisoikeuden huomioon ottamisesta (f).

Kyselylomakkeessa tiedusteltiin missä määrin hoitohenkilökunta toimii niin, että dementoitunut ihminen kokee olonsa turvalliseksi. Täysin samaa mieltä oli lähes kaksi kolmasosaa (65,6 %) vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli noin kolmasosa (31,1 %) vastanneista ja vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 3,3 % hoitohenkilökunnasta. Vaihtoehtoja ”jokseenkin eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” ei ollut valinnut kukaan. (Kuvio 29.)



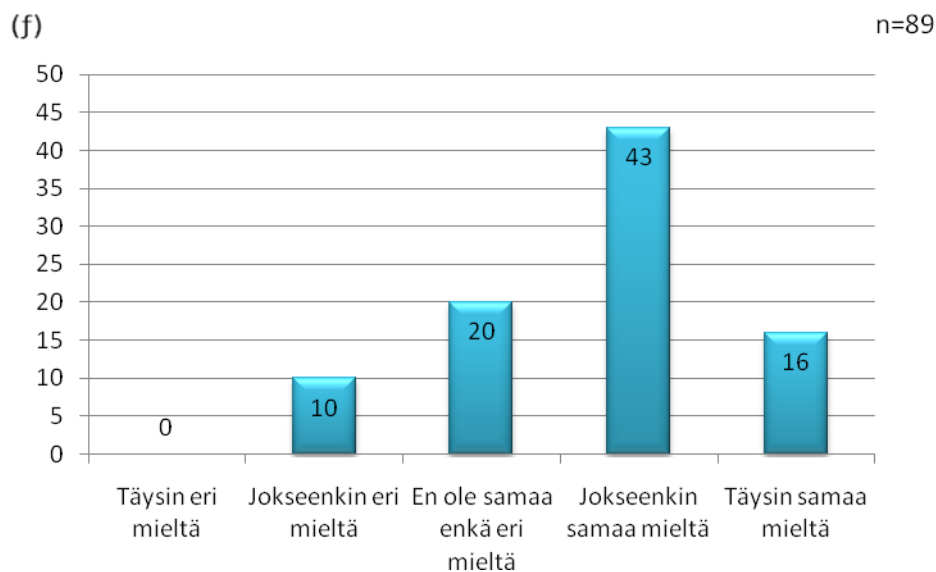
Kuvio 29. Hoitohenkilökunnan näkemykset pyrkimisestään aina toimimaan niin, että dementoitunut ihminen kokee olonsa turvalliseksi (f).

Kyselyssä selvitettiin, selittävätkö hoitohenkilökunnan jäsenet dementoituneelle ihmiselle, miten he toimivat. Hieman yli puolet (51,1 %) vastanneista oli täysin samaa mieltä siitä, että hoitaessaan dementoituneita ihmisiä he selittävät heille, mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi he toimivat kyseisellä tavalla. Jokseenkin samaa mieltä oli 37,8 % vastanneista. Vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 8,9 % vastanneista ja jokseenkin eri mieltä oli 2,2 % vastanneista. Kukaan ei ollut asiasta täysin eri mieltä. (Kuvio 30.)



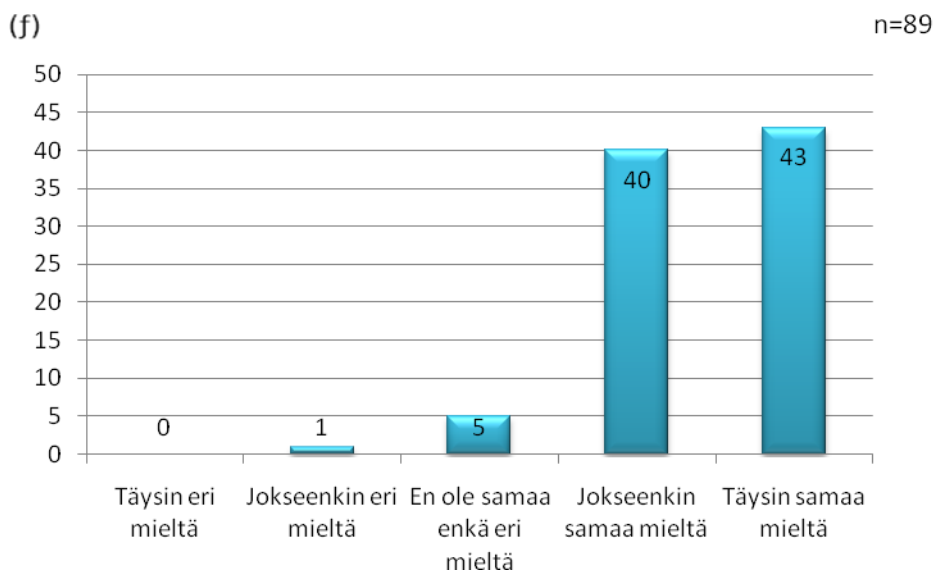
Kuvio 30. Hoitotyöntekijöiden näkemykset siitä, että he selittävät hoitaessaan dementoitunutta ihmistä, mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi he toimivat kyseisellä tavalla (f).

Kyselyssä oltiin kiinnostuneita myös hoitohenkilökunnan mielipiteestä oman työyksikkönsä lääkehoidon moitteettomuudesta. Melkein puolet (47,8 %) hoitohenkilökunnasta oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että dementoituneiden ihmisten lääkehoito on heidän työyksikössään moitteetonta. Täysin samaa mieltä oli 17,8 % vastanneista. Vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut runsas viidesosa (22,2 %) ja jokseenkin eri mieltä oli 11,1 % vastanneista. Täysin eri mieltä asiasta ei ollut kukaan hoitohenkilökunnan jäsenistä. Yksi vastanneista (1,1 %) jätti vastaamatta tähän kysymykseen. (Kuvio 31.)



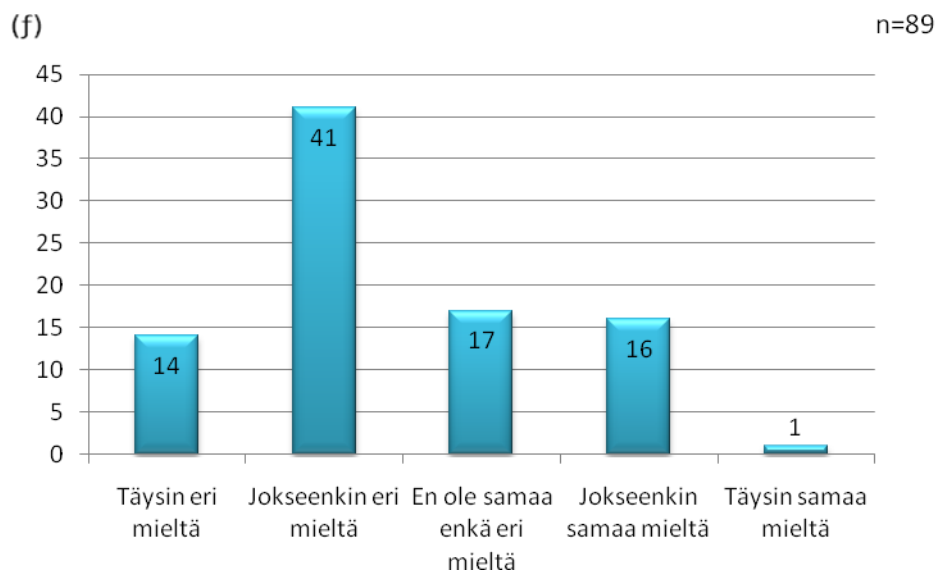
Kuvio 31. Hoitohenkilökunnan näkemykset dementoituneiden ihmisten lääkehoidon moitteettomuudesta työyksikössä (f).

Kyselylomakkeessa kysyttiin hoitohenkilökunnalta heidän mielipidettään dementoituneiden ihmisten omaisten huomioimisesta. Hieman alle puolet (47,8 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että yksikössä jossa he työskentelevät otetaan omaiset hyvin huomioon. Jokseenkin samaa mieltä oli 44,4 % hoitohenkilökunnan jäsenistä, vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut 5,6 % vastanneista ja jokseenkin eri mieltä oli 1,1 % vastanneista. Kukaan ei ollut valinnut vaihtoehtoa ”täysin eri mieltä”. Yksi hoitohenkilökunnan jäsenistä (1,1 %) oli jättänyt vastaa-
matta tähän kysymykseen. (Kuvio 32.)



Kuvio 32. Hoitohenkilökunnan näkemykset siitä, otetaanko heidän työyksikössä omaiset hyvin huomioon (f).

Kyselyssä tiedusteltiin hoitohenkilökunnan näkemystä dementoituneille ihmisille tarjottavasta viriketoiminnasta. Jokseenkin eri mieltä siitä, että dementoituneille ihmisille tarjottava viriketoiminta on heidän työyksikössään riittävää, oli alle puolet (45,6 %) vastanneista. Täysin eri mieltä asiasta oli 15,6 % hoitohenkilökunnan jäsenistä ja vaihtoehdon ”en ole samaa enkä eri mieltä” oli valinnut noin viidesosa (18,9 %) vastaajista. Jokseenkin samaa mieltä oli 17,8 % vastaajista ja täysin samaa mieltä oli 1,1 % vastanneista. Yksi vastanneista (1,1 %) oli jättänyt mainitsematta mielipiteensä. (Kuvio 33.)



Kuvio 33. Hoitotyöntekijöiden näkemykset työyksikössä tarjottavan viriketoiminnan riittävydestä (f).

6.4 Hoitohenkilökunnan näkemykset dementoituneen ihmisen parhaasta mahdollisesta hoidosta

Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa pyydettiin henkilökuntaa kuvaamaan dementoituneen ihmisen parasta mahdollista hoitoa. Yli puolet ($f=52$) oli vastannut tähän kysymykseen. Monet vastauksista olivat monipuolisia ja laajoja. Vastaukset liittyivät sekä hyvän hoidon edellytyksiin että toteuttamiseen.

Aineiston analyysi tiivistyi yhteen pääkäsitteeseen, joka oli ”hyvä dementiayksikkö”. Siihen sisältyi yhdeksän yläkategoriaa: henkilökunnan määrä, henkilökunnan ominaisuudet, asukkaiden hyvinvointi, kokonaisvaltainen hoito, moniammatillisuus, viriketoiminta, tarkoituksenmukainen hoitoympäristö, yksilöllisyys ja henkilökunnan hyvinvointi. Viiteen yläkategoriaan sisältyi alakategorioita. (Kuvio 34.)

Alakategoriat	Yläkategoriat
Riittävästi henkilökuntaa Enemmän aikaa asukkaille	Henkilökunnan määrä
Ammattitaitoinen henkilökunta Henkilökunnan koulutus Motivoitunut henkilökunta	Henkilökunnan ominaisuudet
Omahoitajajärjestelmä Asukkaiden kunnioitus	Asukkaiden hyvinvointi
Oikeanlainen lääkitys Yhteistyö omaisten kanssa	Kokonaisvaltainen hoito
-	Moniammatillisuus
-	Viriketoiminta
Yksikön kodinomaisuus Tarkoituksenmukaiset tilat Turvallinen hoitoympäristö Rauhallinen hoitoympäristö Pieni hoitoyksikkö	Tarkoituksenmukainen hoitoympäristö
-	Yksilöllisyys
-	Henkilökunnan hyvinvointi



PÄÄKÄSITE
HYVÄ DEMENTIAYKSIKKÖ

Kuvio 34. Dementoituneen ihmisen paras mahdollinen hoito vastaajien kuvaamana

Vastauksissa oli nostettu esille henkilökunnan määrä (kuvio 34). Vastanneista 38 oli maininnut henkilökunnan riittävyyden dementoituneiden ihmisten hoidossa. Kaikki heistä olivat sitä mieltä, että dementoituneiden hoitoon tarvittaisiin enemmän henkilökuntaa. Vastanneista 25 oli kirjoittanut, että hoitohenkilökunnalla tulisi olla enemmän aikaa asukkaille. Vastajaat esittivät esimerkiksi seuraavia mielipiteitä:

”Riittävästi hoitohenkilökuntaa, että ehtii muutakin kun perushoitoa.”

”...hoitajia pitäisi olla puolet enemmän nykyiseen määrään että hoito olisi yksilöllistä.”

”Enemmän henkilökuntaa joka vuoroon...”

”Henkilökuntaa pitäisi osastolla olla niin paljon, että olisi aikaa antaa potilaan itse tehdä (esim. pestä, pukea syödä jne)...”

”Aikaa lukea lehtiä, jutella.”

”Olisi enemmän aikaa vanhukselle...olla heidän kanssaan.”

”Henkilökuntaa jos olisi enemmän voisi vanhusta hoitaa paremmin hänen oman ”kellonsa” mukaan.”

Vastauksissa oli ilmaisuja liittyen henkilökunnan ominaisuuksiin (kuvio 34). Monessa vastauksessa oli mainittu ammattitaitoisen henkilökunnan ja koulutuksen tärkeys. Hoitohenkilökunnan ollessa ammattitaitoista ja riittävän sekä ajan tasalla olevan koulutuksen saaneita heillä on paremmat edellytykset dementoituneiden ihmisten hoitoon. Muutamat vastaajista oli maininnut henkilökunnan hyvän motivoituneisuuden osana parasta mahdollista hoitoa. Vastauksista tuli esille muun muassa seuraavanlaisia ilmauksia:

”Riittävästi ammattitaitoista henkilökuntaa.”

”Koko henkilökunta olisi hoitoalalle koulutettu, koska koulutus antaa selvästi paremmat edellytykset ymmärtää, kohdata ja hoitaa dementiaa sairastavia.”

”Henkilökunnalle pitäisi saada koulutusta (esim. kinestetiikka, dementiahoitotyö) ja mahdollisuus myös päästä koulutukseen.”

”Hoitohenkilökunta innostunutta ja motivoitunutta dementiapotilaiden hoitoon.”

”Rakkaus vanhustenhoitoon/dementiapotilaiden hoitoon”

Vastauksissa oli kuvattu asukkaiden hyvinvointiin (kuvio 34) liittyviä asioita. Osa vastaajista nosti esille omahoitajan tärkeyden. Vastauksissa ilmeni positiivisia ilmauksia omahoitaja järjestelmän käyttöönotosta. Vastaajat toivat esille asukkaiden kunnioituksen osana parasta mahdollista hoitoa.

”Samassa talossa kampaamo, jalkahoito + käsihoito ym. hyvinvointiin liittyvää.”

”...saisivat pitää lemmikkejään asunnoissa...”

”Ihanteellista olisi tietenkin toimiva ”omahoitaja” systeemi, jolloin hoitaja olisi myös potilaalle tuttu.”

”Palaamalla omahoitaja järjestelmään olisi mahdollista hoitaa potilasta yksilöllisemmin...”

”Potilaiden arvokas kohtelu...”

”Toimimalla rauhallisesti ja kunnioittavasti.”

Hoitajat mainitsivat kirjoituksissaan asioita dementoituneen ihmisen kokonaisvaltaisesta hoidosta (kuvio 34). Muutamat vastanneista olivat maininneet oikeanlaisen lääkityksen tärkeyden. Yhteistyö omaisten kanssa oli noussut monessa vastauksessa esille.

”Osaa katsoa kokonaisuutta ja arvioida asioita laajemmasta näkökulmasta.”

”...hoitotyönperiaatteet: turvallisuus, kokonaisvaltainen hoito, terveyskeskeisyys, omatoimisuus, hoidon jatkuvuus ja yhteistyö omaisten kanssa.”

”Kipulääkitystä tarpeen mukaan ja muutenkin lääkitys kohdalleen...”

”...lääkityksen minimointi.”

”Omaiset mukana mahdollisuuksien mukaan → dementoituneen hoito on yhteinen asia.”

”Resursseja kuntouttavaan hoitotyöhön.”

Moniammatillisuus (kuvio 34) oli mainittu 18 vastauksessa. Dementoituneiden ihmisten hoitoon tarvitaan moniammatillista yhteistyötä eri tahojen välillä, jotta hoito olisi mahdollisimman laadukasta.

”Toiminta terapeutti voisi käydä päivittäin. Lääkäri kävisi ajoittain.”

”Hyvä yhteistyö muiden hoitavien yksiköiden kanssa.”

”...askarteluohjaajat ja fysioterapeutit olisivat aktiivisempia pot. viihdyttämisessä ja kuntouttamisessa.”

23 vastaajaa oli kirjoittanut vastaukseensa viriketoiminnan (kuvio 34) osana dementoituneen ihmisen parasta mahdollista hoitoa. Vastaajat kirjoittivat joko viriketoiminnasta tai mielekkään tekemisen järjestämisestä dementoituneille ihmisille. Dementiayksiköissä tulisi siis kiinnittää nykyistä enemmän huomiota näihin asioihin.

”Paljon virikkeitä ja toimintaa”

”Potilaalle ”omaa tekemistä” vaikka hoitajan kanssa käymään kaupungilla ostoksilla/syömässä/teatterissa ym.”

”Mahdollisuus päästä ”ihmisten ilmoille” kauppoihin, konsertteihin ym. taloustöitä yhdessä, askartelua, musiikkia.”

”Virkistysmatkoja lähistöön.”

”Järjestämällä heille enemmän sellaista toimintaa mikä kullekin on mieluista.”

”Meidän yksikössä on viriketoimintaa vähennetty tosi paljon. Se ei ole hyvä. Vanhukset eivät viihdy.”

Yhdeksi yläkategoriaksi muodostui tarkoituksenmukainen hoitoympäristö (kuvio 34). Monet vastaajista olivat kirjoittaneet hoitoyksikön tiloista. Niiden tulisi olla tarkoituksenmukaisia eli dementoituneille ihmisille suunniteltuja. Hoitoympäristön tulisi olla kodinomainen, rauhallinen ja turvallinen. Lisäksi 19 vastaajaa oli suoraan ilmaissut pienen hoitoyksikön tärkeyden.

”Hoitoyksikkö pitäisi olla dementoituneiden hoitoon suunniteltu...”

”Reilun kokoiset WC:t, johon mahtuu auttamaan ja myös apuvälineet, kahvat ym.”

”Kodinomaiset tilat hoitoon. Riittävän suuret tilat, oleskelutilaa.”

”Asumisyhteisön pitäisi olla mahdollisimman rauhallinen, kodikas, värien hillittyjä. Tilojen avaria sekä turvallisia liikkua ja asua.”

”Pienempiä yksiköitä, ei suuria vanhainkoteja”

Yksilöllisyys (kuvio 34) oli mainittu monessa vastauksessa. Dementoituneita ihmisiä oli vastaajien mielestä tärkeää hoitaa ottaen huomioon jokaisen yksilölliset tarpeet ja toiveet. Esille nousivat muun muassa voimavaralähtöinen yksilöllinen

hoitotyö, mahdollisuus noudattaa asiakkaan omaa vuorokausirytmää ja asiakkaiden elämänhistorian tunteminen.

”...henkilökohtaista yksilöllistä hoitoa...”

”... huomioidaan uskonnollinen vakaumus, tavat ja tottumukset...”

”Otaa dementoituneen omat toiveet huomioon esim. päivärytmi, ruoka-ajat jne.”

”Yksilöllistä voimavaralähtöistä työtä, huomioiden hoidon toteutumisen ja suunnittelun elämänhistorian pohjalta.”

”...omia kalusteita, valokuvia.”

Monissa vastauksissa oli painotettu myös henkilökunnan hyvinvointia (kuvio 34). Jotta dementoituneita ihmisiä voidaan hoitaa mahdollisimman hyvin, tulee henkilökunnan asiat olla kunnossa. Henkilökunnan hyvinvointi lisää työmotivaatiota ja työssä jaksamista.

”Motivoitunut ja tiiminä työskentelevä henkilökunta, jolla mahdollisuus koulutukseen, työnohjaukseen ja TYKY-päiviin.”

”Henkilökunnan hyvinvointi myös tärkeää: koulutus, palkkaus, työterv. huolto...”

”...huomio hoitajien jaksamiseen, parempi palkkaus hoitajille, arvostavat esimiehet...”

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta sekä selvittää millaiset mahdollisuudet hoitopaikoissa on antaa dementoituneelle ihmiselle hyvää hoitoa. Seuraavassa tarkastellaan tutkimustuloksia tutkimusongelmien pohjalta. Avoimella kysymyksellä saatiin vastauksia molempiin tutkimusongelmiin, joten sen tuloksia tarkastellaan ja niiden yhteydessä.

7.1.1 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä

Tutkimustulosten mukaan suurin osa hoitotyöntekijöistä oli täysin tai jokseenkin sitä mieltä, että heidän työyksikkönsä oli kodinomainen ja viihtyisä. Kuitenkin muutamat olivat täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta. Myös avoimeen kysymykseen vastatessaan useat olivat tuoneet esille kodinomaisuuden, viihtyisyyden ja pienen hoitoyksikön tärkeyden. Aikaisemmista tutkimustuloksista käy ilmi, että dementoituneita vanhuksia tulisi hoitaa pienissä ja kodinomaisissa (myös Mustajoki ym. 2001) hoitoyksiköissä (Liukkonen, Salminen ja Mäkinen, Henderson & Grant). Myös Raidan (2002) tutkimuksessa kodinomainen ympäristö nousee esille vanhuksen voimavarojen tukijana. Merikanto (1998) on tutkimuksessaan todennut, että viihtyisä fyysinen ympäristö on dementoituneelle vanhukselle tärkeä (myös Mustajoki ym. 2001).

Merikannon (1998) tutkimuksessa monet dementiayksiköt olivat rakenteellisilta ratkaisuiltaan epäkäytännöllisiä, eikä asukkaiden sairautta ollut otettu huomioon suunnitteluvaiheessa. Tässä tutkimuksessa saatiin samansuuntaisia tuloksia. Vastaajista suurin osa oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että heidän työyksikkönsä on suunniteltu hyvin ajatellen dementoituneiden ihmisten hoitoa. Hoitajien mielestä dementoituneen asukkaan hoitoyksikön tulisi olla rauhallinen ja avara sekä värien hillittyjä.

Hoitotyöntekijöistä suurimmalla osalla oli aikaa vastata dementoituneiden ihmisten psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin. Jokseenkin eri mieltä asiasta oli kuitenkin jopa 24 vastaajaa. Heikkilän (2008) tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi heikommaksi mahdollisuutensa auttaa asiakasta ajatusten, kokemusten ja tunteiden ilmaisemisessa. Mustajoen ja työryhmän (2001) tutkimuksessa painotetaan, että hoitohenkilökunnalla tulisi olla aikaa kuunnella vanhusta ja keskustella hänen kanssaan. Avoimeen kysymykseen monet olivat vastanneet, että heillä pitäisi olla enemmän aikaa olla ja keskustella asiakkaan kanssa.

Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että he osaavat arvioida dementoituneen ihmisen kipuja hyvin. Tästä asiasta ei ole julkaistu aiempia tutkimustuloksia.

Mustajoen ja tutkimusryhmän (2001) mukaan tärkeä edellytys hyvälle hoidolle oli organisaation sisäinen yhteistyö. Hoitohenkilökunnan sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin ja tiimityö ovat tärkeitä asioita vanhusten hoitotyössä. Tässä tutkimuksessa lähes kaikki vastaajista kokivat, että heidän työyksikössään toteutetaan tiimityötä. Vastaajien omissa kuvauksissa nostettiin esille hyvä yhteistyö muiden hoitavien yksiköiden kanssa ja tiimityön tärkeys.

Valtaosa vastanneista kertoi olevansa jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä on mahdollisuus noudattaa dementoituneen ihmisen yksityisyyden periaatetta ja samanlaisia tuloksia ovat saaneet myös Teeri ym. (2007). Avoimeen kysymykseen vastanneet kertoivat dementoituneelle ihmisille tärkeää olevan oma huone, joka myös Mustajoen ja tutkimusryhmän (2001) mukaan korostuu noudatettaessa tärkeää yksityisyyden periaatetta.

Alzheimer-keskusliiton (2008) mukaan jokaisella dementoituneella on oikeus säilyttää toimintakykynsä suunnitelmallisen ja yksilöllisen avun turvin niin pitkään kuin mahdollista. Tässä tutkimuksessa yli puolet vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että heillä on mahdollisuus hoitaa dementoitunutta ihmistä yksilöllisesti ja kirjallisissa kuvauksissa kerrottiin, että on tärkeää ottaa huomioon jokaisen asukkaan yksilölliset tarpeet ja toiveet. Osittain vastakkaisia tuloksia ovat saaneet Merikanto (1998) ja Teeri ym. (2007).

Tässä tutkimuksessa suurin osa hoitotyöntekijöistä oli jokseenkin samaa mieltä siitä, he tuntevat hoitamiensa dementoituneiden ihmisten elämänhistorian, tavat ja tottumukset. Asian tärkeyden ovat aiemmin osoittaneet Raita (2002) ja Mustajoki ym. (2001).

Alzheimer-keskusliiton (2008) dementoituneille ihmisille säätämät oikeudet on tarkoitettu ammattihenkilöstön toiminnassa huomioon otettaviksi, jotta hoito olisi laadultaan hyvää. Tässä tutkimuksessa vain 16 vastaajista tunsu täysin dementoituneille ihmisille säädetyt oikeudet.

Yli puolet vastanneista kertoi olevansa jokseenkin samaa mieltä, siitä että heillä on tarpeeksi tietoa ja taitoa liittyen dementoituneiden ihmisten hoitoon. Samanlaisia tuloksia ovat saaneet Mäkipeura ym. (2007). Hoitajien ammattitaito (myös Sepänheimo 1999) sekä kokemus ovatkin keskeisiä edellytyksiä hyvälle hoidolle (Mustajoki ym. 2001).

Lähes kaikki vastaajat olivat tässä tutkimuksessa motivoituneita työskentelemään dementoituneiden ihmisten parissa ja asiaa korostettiin myös vapaissa kirjoituksissa. Hoitajan kiinnostuneisuutta dementoitunutta ihmistä kohtaan ovat korostaneet myös Mustajoki ym. (2001).

Lähes kaikilla vastanneista oli jonkinasteinen halu kehittää ja kouluttaa itseään dementoituneiden ihmisten hoitajina ja avoimen kysymyksen vastauksissa useat toivoivat lisäkoulutusta. Tulos on linjassa Merikannon (1998) tulosten kanssa ja koulutuksen tärkeys onkin todettu (Merikanto 1998; Turtiainen ym. 1999).

Kysyttäessä henkilökunnan mahdollisuudesta kouluttautua dementoituneiden ihmisten hoidosta, vastauksissa oli paljon hajanaisuutta. Suurin osa koki kuitenkin, että heillä oli ainakin jossain määrin mahdollisuus kouluttautua. Myös Merikannon (1998) tutkimustuloksissa oli hajanaisuutta koulutuksen saannissa.

Lähes kaikki pitivät omahoitajaa tärkeänä ja asia otettiin esiin myös avoimen kysymyksen vastauksissa. Samankaltaisia tuloksia on saanut myös Merikanto (1998).

Mäen ja tutkimusryhmän (2000) mukaan yksilöllisen hoito-, palvelu- tai kuntoutussuunnitelman tekeminen on yksi hyvän dementiahoidon tunnusmerkkejä. Myös tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta piti tärkeänä yksilöllistä hoitosuunnitelmaa.

Lähes kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, ettei heidän työyksikössään ollut tarpeeksi henkilökuntaa jokaisessa työvuoressa. Vain kolme vastaajaa arvioi hoitohenkilökunnan määrän riittäväksi. Avoimessa kysymyksessä erittäin moni hoitotyöntekijöistä oli ilmaissut sen, että dementoituneiden ihmisten hoitoon tarvittaisiin tarpeeksi henkilökuntaa. Samansuuntaisia tuloksia löytyi myös Sepänheimon (1999) tutkimuksessa. Mustajoen ja tutkimusryhmän (2001) mukaan hyvän hoidon edellytyksiin kuuluu riittävä henkilökunnan määrä ja ajan antaminen vanhuksille.

Valtaosa hoitotyöntekijöistä oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että dementoituneen ihmisen tilan ja hoidon laadun seurantamittarit ovat yksi tärkeimmistä asioista ajatellen heidän hoitoaan. Jotkut eivät pitäneet niitä lainkaan tärkeinä. Sormusen ja tutkimusryhmän (2002) mukaan nämä mittarit ovat hoitamisen apuvälineitä, joiden avulla selvitetään asiakkaan keskeiset ongelmat ja se, miten niihin puututaan.

7.1.2 Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon toteutumisesta

Fyysiset tarpeet korostuivat: yli puolet vastanneista käytti suurimman osan työajastaan dementoituneiden ihmisten fyysisten tarpeiden täyttämiseen. Samanlaisia tuloksia on saanut Merikanto (1998). Avoimen kysymyksen vastauksissa osa hoitotyöntekijöistä oli sitä mieltä, että aikaa tulisi olla tarpeeksi muuhunkin kuin perushoittoon.

Lähes kaikki vastaajat kiinnittivät huomiota dementoituneen ihmisen kuntouttamiseen jokapäiväisessä hoitotyössä ja vapaissa kirjoituksissa tuotiin esille asukkaiden kuntoutus osana parasta mahdollista hoitoa. Kuntoutuksen merkitys (Mustajoki ym. 2001) ja hoitajien kuntoutumisen edistämiseen sitoutumisen merkitys (Routasalo & Lauri 2001) ovatkin olleet jo vuosien ajan tähdennettyjä asioita.

Yksi keskeinen hoitotyön periaate dementoituneen ihmisen hoidossa on itsemääräämisen periaate (Mäki 2000). Välimäen työryhmä (2001) on tutkimuksessaan havainnut vanhusten kertovan hoitajia useammin saaneensa toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan. Tässä tutkimuksessa melkein kaikki hoitajat kertoivat ottavansa huomioon dementoituneiden ihmisten itsemääräämisoikeuden hoitaessaan heitä.

Turvallinen ympäristö on dementoituneelle ihmiselle tärkeä asia (Raita 2002). Kokemukset turvallisuudesta ja turvattomuudesta liittyvät muun muassa luottamukseen. Turvallisuuden tunnetta lisäävät positiiviset kokemukset avun saamisesta (Kivelä 2003). Tässä tutkimuksessa lähes kaikki hoitotyöntekijät kertoivat toimivansa niin, että dementoitunut ihminen kokee olonsa turvalliseksi. Avoimessa kysymyksessä oli nostettu esille ympäristön turvallisuus sekä turvallisuuden tunteen luominen asukkaille.

Heikkilän (2008) tutkimuksessa tiedon antaminen vanhuksille on keskeinen asia hyvässä hoidossa. Tiedon antaminen lisää vanhuksen turvallisuuden tunnetta sekä mahdollistaa vanhuksen osallistumisen häntä koskevaan päätöksen tekoon. Välimäen työryhmän (2001) tutkimuksesta ilmenee, että suurin osa hoitajista oli antanut vanhukselle tietoa hoidosta. Tässä tutkimuksessa ilmeni samansuuntaisia tuloksia. Vastanneista reilusti yli puolet selittävät dementoituneille ihmisille hoitaessaan mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi he toimivat niin.

Yli puolet vastanneista oli ainakin jossain määrin sitä mieltä, että lääkehoito on omassa työyksikössä moitteetonta. Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Teeri ym. (2007). Kuitenkin 30 vastaajaa oli tässä esittänyt eriävän mielipiteen. Avoimessa kysymyksessä jotkut vastaajat olivat maininneet, että dementoituneen ihmisen lääkityksen tulisi olla kohdallaan.

Melkein jokainen tähän tutkimukseen osallistunut oli sitä mieltä, että hänen työyksikössään otetaan omaiset hyvin huomioon. Tulos eroaa Teerin ja työryhmän (2007) tutkimustuloksista siltä osin, että niiden mukaan omaisten toiveita ei otettu tarpeeksi huomioon. Samassa Teerin ja työryhmän (2007) tutkimuksessa otettiin kuitenkin omaisten mielipiteet vakavasti ja ne huomioitiin vanhusten hoidossa,

mikä taas tukee tämän tutkimuksen tuloksia. Avoimessa kysymyksessä hoitotyöntekijät painottivat yhteistyötä omaisten kanssa.

Merikannon (1999) tutkimuksessa dementoituneille ihmisille järjestettyä virike-toimintaa oli vähän. Tässä tutkimuksessa ilmeni samansuuntaisia vastauksia. Myös avoimessa kysymyksessä hyvin moni vastaaja oli nostanut viriketoiminnan esiin. Valtaosa kirjoittajista oli sitä mieltä, ettei työyksikössä tarjottava viriketoi-minta ollut riittävää.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimustulosten perusteella tehtiin seuraavat johtopäätökset:

- Kyselyssä saadut tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin aiemmin tehdyissä tutkimuksissa.
- Nykyisissä dementoituneita ihmisiä hoitavissa yksiköissä ei ole hoitohenkilökunnan mielestä tarpeeksi henkilökuntaa, mikä vaikuttaa negatiivisesti dementoituneiden ihmisten hoitoon. Hoitajat kokevat, että heillä ei ole aikaa vastata dementoituneiden ihmisten yksilöllisiin tarpeisiin, eikä ottaa heidän toiveitaan huomioon. Hoitajilla olisi kuitenkin tahtoa toteuttaa parasta mahdollista hoitoa dementoituneelle ihmiselle. Heillä olisi motivaatiota toteuttaa kokonaisvaltaisempaa hoitoa, jos heillä olisi enemmän aikaa.
- Viriketoiminnassa ja ulkoilumahdollisuuksissa oli erityisen paljon puutteita, vaikka hoitajien omissa kirjoituksissa juuri nämä korostuivat osana parasta mahdollista hoitoa.
- Hoitoyksiköiden tilasuunnittelu oli melko puutteellista. Vanhoja sekä epäkäytännöllisiä hoitoyksiköitä olisikin tärkeää peruskorjata jos nähdään, että siihen on tarvetta.
- Yksiköissä oli yleisesti hyvä tiimityöskentely ja hoitotyöntekijät olivat motivoituneita työhönsä.

- Nykyisin on kehitetty monia käyttökelpoisia dementoituneen ihmisen tilan- ja hoidonlaadun seurantamittareita ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella hoitotyöntekijät suhtautuvat niihin positiivisesti ja niitä tulisikin käyttää hoitotyössä enemmän hyödyksi.

- Avoimen kysymyksen vastauksista ilmeni, että hoitotyöntekijöillä on paljon sanottavaa dementoituneen ihmisen parhaasta mahdollisesta hoidosta ja he ovat halukkaita kehittämään sitä.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi samankaltainen kysely tai haastattelu dementoituneiden ihmisten omaisille. Jos mahdollista, tällaisen kyselyn voisi tehdä myös toimintayksiköiden johtajille. Näiden tulosten pohjalta voitaisiin vertailla hoitohenkilökunnan, omaisten ja johtajien mielipiteitä.

Jatkotutkimuksessa voisi keskittyä myös johonkin pienempään osa-alueeseen dementoituneen ihmisen hyvässä hoidossa. Täten saataisiin tarkempaa tutkimustietoa jostain yksittäisestä keskeisestä kysymyksestä.

Dementoituneita ihmisiä hoitavalta hoitohenkilökunnalta ja hoidettavien omaisilta voisi tutkimuksen avulla kysyä kehittämisehdotuksia dementoituneen ihmisen hoitoon. Tutkimuksessa voisi esimerkiksi selvittää millaista viriketoimintaa he haluaisivat lisätä, koska tutkimustuloksista ilmeni puutoksia viriketoiminnan osa-alueella.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusta varten kehitettiin uusi mittari, jonka luotettavuutta ja toimivuutta esitestattiin siten, että kaksi dementoituneita ihmisiä hoitavaa työntekijää täytti kyselylomakkeen ja antoi siitä palautetta. Apuna käytettiin esitestaustomaketta, jossa vastaajat saivat kertoa mittarin mahdollisista puutteista. Mittarin esitestaaminen tarkoittaa sitä, että sen toimivuutta ja luotettavuutta testataan pienemmällä vastaajajoukolla ennen varsinaista tutkimusotosta. (Kankkunen ym. 2009, 154.) Esitestausten perusteella mittariin ei tehty korjauksia.

Kvantitatiivisesta tutkimuksesta tulee tarkastella validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä mitä on tarkoitettu eli onko teoreettiset käsitteet operationalisoitu luotettavasti muuttujiksi. Mittari perustui kirjallisuuskatsaukseen, mikä paransi sen sisältövaliditeettia. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti tarkoittaa saatujen tulosten yleistämistä tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti tarkoittaa mittarin mahdollisuutta tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Yksi arviointitapa on Cronbachin alfa-kertoimen laskeminen, mutta sitä ei tehty tässä tutkimuksessa. (Kankkunen ym. 2009, 152.)

Tutkimuksen suhteellisen suuri otoskoko (N=90) lisää tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Avoin kysymys täydensi vastauksia ja sillä saatiin lisätietoa dementoituneen ihmisen hoidosta. Kyselylomake tuotti vastauksia tutkimusongelmiin. Tutkimuksen tulokset ovat ulkoisesti validiteetteja, koska niitä voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuolelle. Samankaltaisia tuloksia voitaisiin mahdollisesti saada muissa suomalaisissa dementiayksiköissä.

LÄHDELUETTELO

Alzheimer-keskusliitto 2008. Dementoituvan ihmisen ja hänen omaisensa oikeusopas [online]. Päivitetty maaliskuussa 2008 [viitattu 3.11.2009]. Saatavilla www-muodossa: <URL:<http://www.timmitaivot.fi/fin/edunvalvonta/>>

Erkinjuntti, Timo - Alhainen, Kari - Rinne, Juha – Soininen, Hilikka (toim.) 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2 p. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Granö, Sirpa – Heimonen, Sirkkaliisa – Koskisuus, Jari 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön. Alzheimer-keskusliitto. J-Paino Oy.

Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – Hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva Hoitotyö. Vol. 7, nro 4, 4-10.

Haapaniemi, Hannele – Routasalo, Pirkko – Arve, Seija 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede. Vol. 18, nro 4, 197-207.

Haapaniemi, Hannele – Routasalo, Pirkko – Lauri, Sirkka 2003. Hoitotieteellinen vanhustutkimus Suomessa – Analyysi vuosina 1979-2000 tehdyistä yliopistollisista opinnäytetöistä. Turku. Digipaino Turun yliopisto.

Heikkilä, Rauha 2002. Dementoituneen potilaan fyysinen sitominen ja hoitajien ongelmaratkaisukyvyt. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Heikkilä, Ritva 2008. Vanhusten hoidon laatu kunnallisissa palvelukeskuksissa ja yhdessä yksityisessä vanhusten hoitolaitoksessa – hoitohenkilökunnan näkökulma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu. Otavan kirjapaino OY.

Isola, Arja – Backman, Kaisa – Saarnio, Reetta – Paasivaara, Leena 2005. Hoitotyön edistykseelliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa demen-toituneen potilaan hoidossa. *Hoitotiede*. Vol. 17, nro. 3, 148-151.

Kaila, Arja 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tuke-minen ja ohjaus hoitotyössä –metasynteesi. *Hoitotiede*. Vol. 21, nro 1, 3-12.

Kankkunen, Päivi – Taponen, Rauni – Suominen, Tarja 2007. Kivun arviointi dementiayksikössä asuvien hoitotyössä. *Gerontologia*. Nro. 4, 311-318.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki. WSOY.

Kivelä, Eeva Maija 2003. ”Tultaisiin lähelle ihmistä” –iäkkäiden ihmisten koke-muksia turvattomuudesta palvelutalossa. *Gerontologia*. Nro. 3, 130-138.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jy-väskylä. Gummerus kirjapaino OY.

Kvist, Tarja – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Kinnunen, Juha 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede*. Vol. 18, nro. 3, 111-117.

Kyngäs, Helvi – Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol. 11, nro.1, 3-12.

Laakso, Sami – Routasalo, Pirkko 2004. Changing to primary nursing in a nursing home in Finland: experiences of residents, their family members and nurses. 475-483. [Viitattu 10.2.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URLhttp://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=4&sid=f40f0acb-3242-4093-9613-c4145f8208b9%40sessionmgr4>](http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=3&hid=4&sid=f40f0acb-3242-4093-9613-c4145f8208b9%40sessionmgr4)

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992. [viitattu 8.2.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URLhttp://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992>](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#a785-1992)

Merikanto, Katariina 1998. Omaisten ja henkilökunnan käsityksiä dementia-työryhmien hoidonlaadusta muuttuvassa yhteiskunnassa. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu –tutkielma.

Mustajoki, Sanna – Routasalo, Pirkko – Salanterä, Sanna – Autio Airi 2001. Vanhusten hyvä hoito vanhainkodissa. Turku. Digipaino Turun yliopisto.

Mäki, Outi – Topo, Päivi - Rauhala, Marjo – Jylhä, Marja 2000. Teknologia dementiahoidossa: eettinen näkökulma päätöksentekoon. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino OY.

Mäkipeura, Jaana – Meretoja, Riitta – Virta-Helenius, Maarit – Hupli, Maija 2007. Sairaanhoidon neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede. Vol. 19, nro. 3, 155-161.

Raita, Leena 2002. Dementoituvan vanhuksen ihmisarvoisen ja mielekkään elämän turvaaminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.

Raivio, Minna 2008. Pitfalls in the treatment of persons with dementia. Väitösti-
dote. Gerontologia. Nro. 4, 256.

Routasalo, Pirkko 1997. Kosketus iäkkäiden potilaiden hoitamisessa. Hoitotiede. Vol. 9, nro 3, 149-152.

Routasalo, Pirkko – Arve, Seija – Aarnio, Marita – Saarinen, Tuula 2003. Sairaanhoidajien ja perushoitajien hoitotyö iäkkään potilaan kuntoutumisen edistämiseksi. Tutkiva Hoitotyö. Vol.1, nro. 1, 24-28.

Routasalo, Pirkko – Lauri, Sirkka 2001. Iäkkään henkilön kuntoutumista edistävä hoitotyön malli. Gerontologia. Nro. 3, 207-216.

Sepänheimo, Pirkko 1999. ”Olla toiselle läsnä”. Vanhainkodissa työskentelevien hoitajien käsityksiä auttavasta vuorovaikutuksesta dementoituvan vanhuksen hoi-

totyössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen- ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu -tutkielma.

Teeri, Sari – Välimäki, Maritta – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2007. Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. 490-499. [Viitattu 10.2.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URLhttp://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=4&sid=1cab9f8b-bd1a-492f-9f08-44a6c065f8a7%40sessionmgr10>](http://www.muodossa.com/URLhttp://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=4&sid=1cab9f8b-bd1a-492f-9f08-44a6c065f8a7%40sessionmgr10)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Dementia-asiakkaat sosiaali- ja terveyspalvelujen piirissä 2001, 2003 ja 2005 [online]. Päivitetty maaliskuussa 2008 [viitattu 2.10.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/dementia.htm>](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Ikaantyneet/dementia.htm).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2006. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2008 [online]. Päivitetty lokakuussa 2009 [viitattu 2.10.2009]. Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm>](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Sosiaalipalvelut/laitosjaasumispalvelut.htm).

Topo, Päivi – Sormunen, Saila – Saarikalle, Kristiina – Räikkönen, Outi – Eloniemi-Sulkava, Ulla 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa: havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Turtiainen, Kati – Isola, Arja – Laitinen-Junkkari, Pirjo 1999. Laitoshoidossa olevien dementoituvien potilaiden ruokailusta kieltäytymistilanteet – hoitajien näkökulma. Gerontologia. Nro 4, 203-207.

Voutilainen, Päivi – Vaarama, Marja – Backman, Kaisa – Paasivaara, Leena – Eloniemi-Sulkava, Ulla – Finne-Soveri, U. Harriet (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu: opas laatuun. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino OY.

Välimäki, Maritta – Nyrhinen, Tarja – Leino-Kilpi, Helena – Dassen, Theo – Gassull, Maria – Lemonidou, Cryssoula – Scott, P. Anne – Arndt, Marianne – Kauri-

la, Teemu 2001. Potilaan itsemäärääminen ja suostumus pitkäaikaisessa laitoshoidossa: vanhusten ja hoitajien näkökulma. Gerontologia. Nro. 2, 136-147.

LIITE 1

1.12.2009

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa, joka johtaa sairaanhoitajan tutkintoon. Teemme opinnäytetyönä kyselytutkimuksen aiheesta ”Hoitotyöntekijöiden näkemyksiä dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta”. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa dementoituneen ihmisen hyvästä hoidosta hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tavoitteena on myös selvittää millaiset mahdollisuudet hoitopaikoissa on antaa dementoituneelle ihmiselle hyvää hoitoa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä dementoituneiden ihmisten hoitoa.

Pyydämme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Osallistuminen merkitsee vastaamista ohessa olevaan kyselylomakkeeseen.

Pyydämme Teitä palauttamaan täytetyn lomakkeen yksikkönne kansliassa olevaan palautuslaatikkoon. Vastaaminen on Teille vapaaehtoista, mutta toivomme saavamme mielipiteenne, sillä jokaisen vastaus on tärkeä. Vastauksenne käsitellään täysin luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytenne käy ilmi missään vaiheessa.

Tutkimusraportti valmistuu kevään 2010 kuluessa. Se julkaistaan Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä ja se on saatavissa elektronisessa muodossa Internet- osoitteessa www.theseus.fi. Tutkimukselle on saatu organisaatiostanne tutkimuslupa. Työtämme ohjaa yliopettaja Hanna-Leena Melender Vaasan ammattikorkeakoulusta.

Vaasa 1.12.2009

Sanna Kero
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 0503433276
e0700037@puv.fi

Outi Kerkkonen
Sairaanhoitajaopiskelija
puh. 0408474402
e0700093@puv.fi

Ohjaajan yhteystiedot:
Yliopettaja Hanna-Leena Melender
Vaasan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala
Raastuvankatu 31-33, 65100 Vaasa
puh. 0207663610
hlm@puv.fi

DEMENTOITUNEEN IHMISEN HYVÄN HOIDON EDELLYTYKSET JA TOTEUTUMINEN

KYSELYLOMAKE

VASTAAJAN TAUSTATIEDOT

Aluksi kysytään taustatietojasi. Ympyröi sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastaus viivalle.

1. Ikä _____ vuotta

2. Ammatti
 1. Hoitoapulainen
 2. Perus- tai lähihoitaja
 3. Terveysten- tai sairaanhoitaja tai kätilö
 4. Hoitoalan opiskelija
 5. Joku muu, mikä? _____

3. Olen
 1. Vakituksessa työsuhhteessa
 2. Sijainen

4. Olen tehnyt hoitoalan töitä _____ vuotta
5. Olen tehnyt vanhusten hoitotyötä _____ vuotta
6. Olen tehnyt töitä tässä työyksikössä _____ vuotta
7. Oletko saanut täydennyskoulutusta dementoituneiden ihmisten hoitotyöstä
 1. Kyllä
 2. Ei

DEMENTOITUNEIDEN IHMISTEN HYVÄ HOITO

Seuraavassa tiedustellaan näkemyksiänne dementoituneen ihmisen hyvän hoidon edellytyksistä ja toteutumisesta. Pyydämme sinua ympyröimään vaihtoehdon, joka parhaiten kuvastaa omaa mielipidettäsi.

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
8. Yksikkö, jossa työskentelen on kodinomainen ja viihtyisä	5	4	3	2	1
9. Yksikkö, jossa työskentelen on suunniteltu hyvin ajatellen dementoituneiden ihmisten hoitoa	5	4	3	2	1
10. Käytän suurimman osan työajastani dementoituneiden ihmisten fyysisten tarpeiden täyttämiseen (esim. puhtaus, ravinto, erityis)	5	4	3	2	1
11. Minulla on aikaa vastata dementoituneiden ihmisten psyykkisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin	5	4	3	2	1
12. Kiinnitän huomiota dementoituneen ihmisen kuntouttamiseen jokapäiväisessä hoitotyössä	5	4	3	2	1
13. Osaan arvioida dementoituneen ihmisen kipuja hyvin	5	4	3	2	1
14. Yksikössä, jossa työskentelen tehdään tiimityötä	5	4	3	2	1
15. Otan huomioon dementoituneiden ihmisten itsemääräämisoikeuden heitä hoitaessani	5	4	3	2	1
16. Yksikössä, jossa työskentelen on mahdollisuus noudattaa dementoituneen ihmisen yksityisyyden periaatetta	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
17. Minulla on mahdollisuus hoitaa dementoitunutta ihmistä yksilöllisesti	5	4	3	2	1
18. Tunnen hoitamieni dementoituneiden ihmisten elämänhistorian, tavat ja tottumukset	5	4	3	2	1
19. Pysin aina toimimaan niin, että dementoitunut ihminen kokee olonsa turvalliseksi	5	4	3	2	1
20. Tunnen Alzheimer-keskusliiton dementoituneille potilaille säädetyt oikeudet	5	4	3	2	1
21. Omaan tarpeeksi tietoa ja taitoa dementoituneiden ihmisten hoitoon	5	4	3	2	1
22. Olen motivoitunut työhöni	5	4	3	2	1
23. Minulla on halu itseni kehittämiseen ja kouluttautumiseen dementoituneiden ihmisten hoitajana	5	4	3	2	1
24. Minulla on mahdollisuus kouluttautua dementoituneiden ihmisten hoidosta	5	4	3	2	1
25. Koen, että jokaisella dementoituneella ihmisellä on tärkeää olla omahoitaja	5	4	3	2	1
26. Pidän yksilöllistä hoitosuunnitelmaa yhtenä tärkeimmistä asioista dementoituneen ihmisen hoidossa	5	4	3	2	1
27. Yksikössä, jossa työskentelen on tarpeeksi henkilökuntaa jokaisessa työvuorossa	5	4	3	2	1
28. Hoitaessani dementoituneita ihmisiä selitän heille, mitä tapahtuu seuraavaksi ja miksi toimin kyseisellä tavalla	5	4	3	2	1

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	En ole samaa enkä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä
29. Dementoituneiden ihmisten lääkehoito on työskentelemässäni yksikössä moitteetonta	5	4	3	2	1
30. Yksikössä, jossa työskentelen otetaan omaiset hyvin huomioon	5	4	3	2	1
31. Dementoituneille ihmisille tarjottava viriketoiminta on työyksikössäni riittävää	5	4	3	2	1
32. Dementoituneiden ihmisten tilan ja hoidon laadun seuranta eri mittareiden (esim. RAI, MMSE) avulla on mielestäni yksi tärkeimmistä asioista ajatellen heidän hoitoaan	5	4	3	2	1

