

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2010

Satu Laine

IKÄÄNTYNYT POTILAS OPPIJANA HOITOTYÖSSÄ

– ohjeistus hoitohenkilökunnalle



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Satu Laine

IKÄÄNTYNYT POTILAS OPPIJANA HOITOTYÖSSÄ – OHJEISTUS HOITOHENKILÖKUNNALLE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia kirjallisuuskatsaus ikääntymisen vaikutuksista oppimiseen sekä ikääntyneen ohjauksen erityispiirteistä. Tarkoituksena oli myös laatia kirjallisuuskatsauksen perusteella ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaus- hanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveysala-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Potilasohjaus on keskeinen osa potilaan laadukasta hoitoa. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitajalla velvollisuus ohjata potilasta. Hyvällä ohjauksella on merkitystä potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Ohjaus lisää potilaan taitoa hoitaa itseään ja siten parantaa hänen selviytymistään. Hoitotyössä potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitajalla taas ammattinsa perusteella asiantuntijuus ohjattavan asian sisällöstä, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta. Ikääntyneiden määrä lisääntyy entisestään tulevina vuosina, mikä tarkoittaa terveydenhuollolle hoitajaksojen ja hoitopäivien lukumääräistä lisääntymistä. Lyhentyneet hoitoajat tuovat lisähaasteen hoitohenkilökunnalle sekä ikääntyneelle itselleen, koska hänen tulee omaksua entistä enemmän tietoja ja taitoja yhä lyhyemmässä ajassa. Siksi ohjaus ja varsinkin ikääntyneen ohjauksen erityispiirteet nousevat hyvin tulevaisuudessa entistä tärkeämpään asemaan.

Ikääntymisen fyysiset ja psykososiaaliset muutokset sekä muutokset kognitiivisissa toiminnoissa ja lääkehoito vaikuttavat ikääntyneen potilaan oppimiseen monella eri tavalla. Esimerkiksi keskushermoston toiminnan hidastuminen sekä erilaiset sairaudet ja vammat vaikeuttavat tiedonkäsittelyä. Ikääntyneen on vaikeampaa käsitellä kahta asiaa yhtä aikaa ja oppimiseen tarvittava aika lisääntyy. Kuitenkin jos ikääntyneellä on riittävästi aikaa tehokkaaseen mieleen painamiseen, oppimistulokset voivat olla yhtä hyviä kuin nuoremmilla. Suullisen ohjauksen tukena olisi hyvä käyttää kirjallisia ohjeita sekä konkreettista toimintaa. Ohjaustilanteen suunnitelmallisuus, kiireettömyys ja hoitajan kunnioittava asenne ikäännyttä potilasta kohtaan edesauttavat myös oppimista. Omaiset ovat tiedon antajina ensiarvoisen tärkeitä mutta heillä on myös suuri merkitys ohjaustilanteessa annetun tiedon perillemenon varmistamisessa sekä itsehoidon käytännön toteutuksessa.

ASIASANAT:

Ikäännytynyt, potilasohjaus, oppiminen, hoitaja, erityispiirteet, ohjeistus

Satu Laine

ELDERLY PATIENT AS A LEARNER IN NURSING CARE

The objective for the thesis was a literature review on influence of ageing to learning and special characteristics of counseling elderly. There was also an objective to draft instructions to nursing staff based on the literature review. This thesis is part of Patient education in pain management-project in Turku University of Applied Sciences. This project is conducted at Turku University of Applied Sciences, the Faculty of Health Care, and Department of Health Care and Social Services of The City of Turku.

Counseling is a focal part of good quality care. Patient has the right to counseling and nurse has an obligation to provide counseling. Good counseling has an influence to the health of the patient and their families and to health-promoting activities. Counseling increases the patient's ability to care for themselves and thus improves their recovery. Patient is the expert of their own lives and nurse has the expertise for the subject matter, counseling methods and learning process. Number of elderly people will increase over the coming years and results in increasing number of health care cycles and the number of days spend in care. Shortened treatment times will bring an additional challenge to nursing staff and elderly themselves as they must absorb more knowledge and skills within an increasingly shorter time period. Therefore counseling and counseling elderly especially, will play a more significant role in the future.

Physical and psychosocial changes of ageing and changes in cognitive functions and medication affect the learning of an elderly patient in multiple ways. For example, the slowdown of the central nervous system and various diseases and injuries complicate information processing. For the elderly it is more difficult to handle two things at the same time and learning time increases. However, if the elderly have enough time to memorize things, results can be as good as the results of younger people. Oral counseling should be supported by written instructions as well as concrete activities. Planning the counseling situation, unhurried atmosphere and respectful attitude from the nurse contribute to the learning process. Relatives play an important role as the source of information, but they also have key role in ensuring the information is adapted by the patient and ensuring self-care practices are implemented.

KEYWORDS:

Elderly, counseling, learning, aging, nurse

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	6
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	6
4 OPPIMINEN	7
5 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET OPPIMISEEN	10
5.1 Kognitiiviset muutokset ja oppiminen	10
5.1.1 Muisti	10
5.1.2 Metakognitiiviset taidot	13
5.1.3 Älykkyys	14
5.2 Fyysiset muutokset ja oppiminen	15
5.2.1 Neurologiset muutokset	15
5.2.2 Aistitoimintojen muutokset	16
5.2.3 Sairaudet	18
5.3 Lääkitys ja oppiminen	19
5.4 Psykososiaaliset muutokset ja oppiminen	21
6 POTILASOHJAUS	23
7 ERITYISPIIRTEET IKÄÄNTYNEEN POTILAAN OHJAUKSESSA	25
8 OHJEISTUKSEN LAATIMINEN HOITAJILLE	29
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	30
10POHDINTA	32
LÄHTEET	35

LIITTEET

- Liite 1. Ikääntynyt potilas oppijana hoitotyössä
- ohjeistus hoitohenkilökunnalle

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden määrä lisääntyy entisestään tulevina vuosina (Tilastokeskus 2009). Ennusteiden mukaan vuonna 2035 27 % väestöstä on yli 65-vuotiaita, mikä tarkoittaa terveydenhuollolle hoitajaksojen ja hoitopäivien lukumääräistä lisääntymistä. Hoitoajat ovat samaan aikaan lyhentyneet, mikä tuo lisähaastetta hoitohenkilökunnalle sekä ikääntyneelle itselleen, koska hänen tulee omaksua entistä enemmän tietoja ja taitoja yhä lyhyemmässä ajassa. (Isola ym. 2009, 180- 183.) Juuri siksi ohjaus ja varsinkin ikääntyneen ohjauksen erityispiirteet nousevat hyvin tulevaisuudessa entistä tärkeämpään asemaan.

Laadukas ohjaus on osa potilaan hyvää hoitoa. Potilaalla on oikeus ohjaukseen ja hoitajalla velvollisuus ohjata potilasta lakien, asetusten, ohjeiden ja suositusten, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämisen näkökulmat huomioiden. (Johansson ym. 2003, 239; Kääriäinen 2008, 10.) Ohjaus on olennainen osa hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa ja tärkeä osa potilaan hoitoa. Hyvällä ohjauksella on merkitystä potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. Ohjaus lisää potilaan taitoa hoitaa itseään ja parantaa hänen selviytymistään jokapäiväisistä tilanteista. (Kassara ym. 2004, 32.) Hyvin onnistuneella ohjauksella on vaikutusta myös kansantalouteen (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6).

Opinnäytetyön tarkoituksena on etsiä kirjallisuudesta tietoa iäkkään potilaan oppimisesta ja ohjaamisesta ja luoda niistä ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivun hoidon potilasohjaushanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveysalatalosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on laatia kirjallisuuskatsaus ikääntyneen potilaan oppimiseen ja ohjaukseen liittyvistä erityispiirteistä. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta tehdään ohjeistus hoitohenkilöstölle. Kirjallisuuskatsauksesta hoitohenkilökunta saa tietoa ja sitä kautta valmiuksia ohjata ikääntyntä potilasta entistä paremmin.

Opinnäytetyötä ohjaaviksi kysymyksiksi nousivat:

1. Miten ikääntyminen vaikuttaa oppimiseen?
2. Mitä erityispiirteitä on ikääntyneen potilasohjauksessa?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön on kirjallisuuteen perustuva työ, jossa tarkoituksena on tutustua kirjallisuuteen sekä aikaisempiin tutkimuksiin. Tässä opinnäytetyössä kirjallisuudesta haettiin tietoa erityisesti ikääntymisen vaikutuksista oppimiseen sekä ikääntyneen ohjaamisen erityispiirteistä. Kirjallisuuden perusteella on pyritty tuottamaan looginen kokonaisuus ikääntyneestä oppijana ja ohjeistukseen nostettu esiin tärkeimmät asiat. Ohjeistuksen tarkoituksena on antaa hoitajille parempia valmiuksia ohjata ikääntyvää potilasta.

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan tutkimusmenetelmää, jossa identifioidaan ja kerätään jo olemassa olevaa tietoa, arvioidaan tiedon laatua sekä syntetisoidaan tuloksia rajatusta ilmiöstä. Sillä voidaan perustella ja tarkentaa

valittuja tutkimuskysymyksiä sekä tehdä luotettavia yleistyksiä. Kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37.) Laaditusta kirjallisuuskatsauksesta nousee ohjeistukseen tarvittavat asiat. Kirjallisuuskatsauksessa aineisto koostuu pääasiassa julkaistusta aineistosta, mutta myös julkaisemattomat tutkimukset voidaan ottaa mukaan. Haku tehdään ensisijaisesti tärkeysjärjestyksessä ensin erilaisista tietokannoista, saatujen artikkelien lähdeviitteistä, käsin hakemalla julkaisuista ja vasta viimeiseksi epätavallisista lähteistä kuten esimerkiksi symposiumkirjoista, raporteista ja julkaisemattomista tutkimuksista. (Metsämuuronen 2006, 31-32.)

Tiedon keruussa on käytetty MEDIC, TERVEYSPORTTI, MEDLINE ja CINAHL tietokantoja. Hakusanoja olivat oppiminen, ikääntynyt, ikääntyminen vanhus, ohjaus, potilasohjaus, muisti, älykkyys, voimaantuminen sekä näiden yhdistelmät ja englanninkieliset vastineet learning, elderly, aging, old people, counselling, patient counselling, memory, intelligence ja empowering. Lisäksi on käytetty apuna artikkeleiden lähdeviitteitä.

4 OPPIMINEN

Oppiminen on kokemuksen aikaansaamaa pysyvää käyttäytymisen muuttumista tai käyttäytymisen taustalla vaikuttavien tietojen, asioiden ja tunnerektioiden muuttumista. Oppiminen ilmenee yleensä käyttäytymisen muutoksena tai yksilön käsityksen tarkentumisena ja muuttumisena, ymmärryksen lisääntymisenä. (Laine ym. 2005, 106-107.) Oppiminen on prosessi, jossa taustatekijät (aikaisemmat tiedot ja taidot, kyvyt, älykkyys, persoonallisuus, kotitausta, oppimisympäristö), prosessi ja tulokset limittyvät toisiinsa. Taustatekijät vaikuttavat oppijan oppimisprosessiin oppijan havaintojen ja tulkintojen kautta. (Tynjälä 2002, 16-18.)

Vallalla olevat oppimiskäsitykset ovat vaihdelleet ajan kuluksa. Ne eivät sulje kuitenkaan toisiaan pois, vaan ovat enemmänkin sekoittuneet ja samalla tukeneet toisiaan. Behavioristinen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen on tietojen ja taitojen siirtämistä muuttumattomina opettajalta ohjaajalle. Sen mukaan tieto on objektiivista ja pysyvää ja oppiminen lähinnä muistiin painamista. (Kosonen ym. 2009, 15-16.) Kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaan oppija on aktiivinen ja oppiminen on henkistä toimintaa, jossa oppija rakentaa kuvaa maailmasta ja muodostaa selitysmalleja maailman ilmiöille. Oppija käsittelee tietoa sen tiedon varassa, joka hänellä on jo entisestään. Konstruktivistisen käsityksen mukaan oppiminen on uusien sisäisten mallien rakentamista ja tarkentamista. Tärkeää on opittavan asian liittäminen oppijan omaan kokemusmaailmaan. Omakohtainen kokemus on aikuisilla kokonaisvaltaisen oppimisen olennainen osa. Kokemusoppimisen mallin mukaan teoreettinen tieto pyritään yhdistämään käytännön kokemukseen, jotta saatu tieto auttaisi kokemusten jäsentämisessä ja niistä oppimisessa. (Laine ym. 2005, 112-115.)

Hoitotyössä tällä hetkellä korostetaan potilaan aktiivista osallistumista. Hoitaja tukee häntä ratkaisuihin mutta ei anna valmiita vastauksia. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Kettunen (2001, 78) puhuu voimavarakeskeisestä näkökulmasta, jossa korostetaan sekä hoitajan että potilaan kyvykkyyttä ja asiantuntemusta nostamalla näin potilas hoitajan rinnalle. Huomio kohdistetaan tällöin potilaan arkipäivän tarpeisiin, tukiverkkoihin, selviytymiseen, toimintatapoihin ja voimavaroihin.

Oppimisympäristö voidaan nähdä eri näkökulmista. Fyysinen oppimisympäristö sisältää tilat ja rakennuksen, jossa sitä tapahtuu. (Manninen ym. 2007, 6.) Paran fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskittyä asiaan keskeytyksettä ja häiriöttä. Se ei myöskään saa herättää potilaassa oppimista

häiritseviä negatiivisia tunteita ja pelkoja. (Kyngäs ym. 2007, 37.) Sosiaalisessa näkökulmassa oppimista tarkastellaan vuorovaikutuksena. (Manninen ym. 2007, 38). Sosiaalisen oppimisympäristön tulisi olla turvallinen, hyväntahtoinen ja sen pitäisi herättää oppijassa omakohtaisia kysymyksiä tukien näin oppimismotivaatiota (Rauste-Von Wright ym. 2003,62). Didaktiivinen oppimisympäristö sisältää ne keinot, joilla oppimista pyritään tukemaan, esimerkiksi tekstit, kuvat sekä harjoitukset (Manninen ym. 2007, 41).

Yksi oppimista ja ohjausta hankaloittava tekijä on kiire ja siitä johtuva käytettävän ajan vähyys. Se vaikuttaa suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun. (Kyngäs ym. 2007, 37; Kyngäs & Hentinen.) Kiire määritellään eri yhteyksissä hyvin samantapaisesti, muun muassa, tehtävien ja ajan epätasapainona tai pakkona suorittaa jotain mahdollisimman nopeasti (Nurmi ym. 1992, 242). Heiske (2001, 12, 24) määrittelee kiireen jännitteenä tai ristiriitana vaatimusten ja saavutusten välillä. Kiireen tunne tulee päällekkäisistä tehtävistä sekä keskeytyksistä, jotka häiritsevät keskittymistä tiettyihin tehtäviin. Hoitotyössä keskeytyksiä tulee jo työn luonteenkin vuoksi esimerkiksi potilasta hoidettaessa joku toinen saattaa samaan aikaan tarvita apua. Lienee itsestään selvää, että jos työt eivät suju ja hoidossa korostuu kiire, hoidon laatu kärsii ja potilas kokee tyytymättömyyttä saatuun hoitoon/ ohjaukseen. (Lehtinen 2006, 30.) Voi olla, että aistiessaan kiireen potilas ei esimerkiksi kysy tai avaa keskustelua eikä luota siihen, että hänen asiaansa kunnioitetaan (Kyngäs ym. 2007, 37).

5 IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET OPPIMISEEN

5.1 Kognitiiviset muutokset ja oppiminen

Tiedonkäsittelyssä tarvittavat toiminnot eli kognitiiviset toiminnot muodostavat psyykkisen toimintakyvyn käsitteen keskeisimmän alueen. Tiedonkäsittelyn perustoimintoja ovat havaintotoiminnot, psykomotoriikka, tarkkaavaisuus, ajan ja tilan hahmottaminen, kielelliset toiminnot, toiminnanohjaus sekä oppiminen ja muistaminen. Ajattelu, suunnittelu, päättely, ongelmanratkaisu ja päätöksenteko rakentuvat edellä mainittujen perustoimintojen varaan. Kognitiivisten toimintojen käsitteeseen sisältyvät myös alakäsite älykkyys, joka pitää sisällään oikeastaan koko kognitiivisten toimintojen kokonaisuuden. Myös metakogniot eli yksilön omat käsitykset, tiedot ja arviot havainto-, muisti-, oppimis- ja ajattelutoiminnoistaan sisältyy kognitiivisiin toimintoihin. (Suutama 2004, 76.)

5.1.1 Muisti

Muisti on yläkäsite, joka kattaa joukon tiedonkäsittelyn järjestelmiä ja vaiheita. Yksinkertaisesti sanottuna muistilla tarkoitetaan kykyä tallentaa ja palauttaa mieleen koettuja ja opittuja asioita. (Kalska 2006, 1313; Soininen & Hänninen 2002, 2183.) Muistia ja oppimista tarkastellaan usein yhden kokonaisuuden muodostamina kognitiivisinä toimintoina, mutta oppiminen ei ole kuitenkaan suoraan verrannollinen muistiin. Mitään ei voi oppia ilman muistamista, mutta vähänkään monimutkaisempia asioita ei voi myöskään kunnolla muistaa ilman ymmärtävää oppimista. (Suutama 2008, 192-193.)

Muistin osavaiheet ovat mieleen painaminen, säilytys sekä mieleen palauttaminen. Muistin luokitus perustuu sekä aikaan (lyhyt- ja pitkäkestoinen

muisti) että siihen, onko muistaminen tietoista vai tapahtuuko se tiedostamatta, automaattisesti. (Erkinjuntti ym. 2007.) Lyhytkestoinen eli säiliömuisti jakaantuu työmuistiin, primaariin eli työmuistiin sekä sensoriseen eli aistimuistiin. Primaari muisti tarkoittaa mekaanista vähäisen informaation, kuten sanajoukon, säilyttämistä mielessä hetken ajan. (Suutama 2004, 80.) Työmuistissa käsitellään tietoisesti ja aktiivisesti ja tiedon laadusta riippuu, unohtuuko asia vai siirtyykö se pitkäkestoiseen muistiin. Tieto säilyy siellä vain muutamia sekunteja. Työmuisti siis on ihmisen tiedonkäsittelyjärjestelmän ydin, ajattelun työtila. Sensorinen muisti on ajallisesti vain sekunnin murto-osan kestävä aistimuisti, missä näkö-, kuulo- ja tuntoaistimukset jäävät heijastumiksi aistielimiin. Tarvittaessa sensoriseen muistiin tallentuneet tiedot ovat palautettavissa mieleen heti. Pitkäkestoiseen muistiin eli säiliömuistiin tieto tallentuu pidemmäksi ajaksi. (Erkinjuntti ym. 2007.)

Aivoissa muisti ei paikannu yhteen tiettyyn kohtaan, jonka tuhoutuminen johtaisi kaikkien tallennettujen tietojen ja taitojen katoamiseen. Aivojen toiminnan perustana ovat toiminnalliset hermoverkot, jotka ovat erilaistuneet eri tietojen ja taitojen oppimiseen, tallentamiseen ja ohjaamiseen. Muistin toiminnassa keskeisiä osa-alueita ovat ohimolohkon sisäosat, eräät aivojen sisäosissa sijaitsevat hermosoluryhmät ja otsalohkojen etuosat. (Soininen & Hänninen 2002, 2183.)

Ikäännyttäessä joustavuutta edellyttävät toiminnot heikkenevät jonkin verran, mutta vakiintuneet toiminnot kuten kielelliset kyvyt säilyvät. Vaikka tiedot, taidot, koulutus ja kokemus karttuvat iän myötä niin tiedon käsittely hidastuu. (Soininen & Hänninen 2002, 2183-2184.) Keskushermoston toiminnan hidastuminen saa aikaan muistitoimintojen hidastumista. Myös esimerkiksi otsa- ja ohimolohkojen tietyillä alueilla iän myötä tapahtuvilla muutoksilla, on vaikutusta ikääntyneen muistiin tallentamisen ja mieleen palauttamisen vaikeutumisessa. Suutama (2008, 195- 196) jakaa muistin toimintaan heikentävästi vaikuttavat asiat

kolmeen ryhmään: terveydentilaan, elämäntapaan ja motivaatioon liittyviin tekijöihin. Sairaudet ja vammat vaikeuttavat tiedonkäsittelyä. Psyykkinen, sosiaalinen ja fyysinen aktiivisuus on yhteydessä muistisuorituksiin ja tiedonkäsittelytoimintoihin. Jos muistettavaan asiaan liittyy tunteita tai henkilökohtaisesti tärkeitä merkityksiä, ikääntyneen muistiin tallentaminen ja muistista palauttaminen onnistuvat hyvin.

Jos aivot ovat terveet ja muistin kannalta tärkeät aivoalueet toimivat normaalisti, ikääntynyt oppii kaiken tarvitsemansa ja selviytyy ongelmitta arkielämässä. Ikääntymisen myötä työmuistin teho heikkenee hieman ja se muuttuu myös häiriöalttiimmaksi sekä herkemmin kuormittuvammaksi. Tämä tarkoittaa sitä, että kahta asiaa on vaikeampaa käsitellä yhtä aikaa ja muistin käytössä tarvittava prosessointi käy työläämmäksi. Asiatiedon oppimiseen tarvitaan enemmän kertausta. (Soininen & Hänninen 2002, 2184.)

Normaaliin ikääntymiseen ei liity merkittävää solukatoa, vaan pienet lukuisat muutokset synapsien toiminnoissa voivat johtaa muistin kannalta keskeisten hermoverkkojen epätasapainoon ja sitä kautta vaikeuttaa tapahtumien tallentamista pitkäkestoiseen muistiin. Jos muistihäiriön taustalta ei löydy etenevää aivojen rappeumasairautta, muistin huononemiseen ei uskota liittyvän korjaamatonta hermosolukatoa. (Wilson & Tanila 2006, 1323, 1328.)

Iän myötä oppimiseen tarvittava aika lisääntyy keskushermoston toiminnan ja erityisesti muistitoimintojen hidastumisen vuoksi. Jos aikaa on riittävästi tehokkaaseen mieleen painamiseen, oppimistulokset voivat olla ikääntyneillä yhtä hyviä kuin nuoremmilla. Ulkoa oppiminen ja pienten faktatietojen tai yksittäisten asioiden oppiminen heikkenee iän myötä. Syvällisempään oppimiseen, asiakokonaisuuksien sekä keskeisten sisältöjen ymmärtämiseen ikääntyminen ei vaikuta vaan ne säilyvät tai jopa kehittyvätkin

oppimiskokemusten myötä. Ikääntymisen ei oleteta heikentävän myöskään arkipäivän tilanteissa oppimista. Hidastuneet tiedonkäsittelytoiminnot voivat heikentää ikääntyneiden kykyä ottaa pienessä ajassa vastaan paljon uutta tietoa ympäristöstään, mutta toisaalta heidän aikaisemmat kokemuksensa ja tietonsa voivat auttaa heitä jäsentämään uutta tietoa ja poimimaan siitä olennaisimmat asiat. (Soutama 2003, 178–179.)

Oppiminen on läheisesti sidoksissa muistitoimintoihin mutta ikääntyneen muistiongelmat eivät välttämättä tarkoita sitä, ettei hän oppisi uusia asioita. Päinvastoin hän on todennäköisesti nuoria kyvykkäämpi valikoimaan vastaanotettavaa tietoa ja käyttämään aiemmin opittuja asioita paremmin uuden tiedon suodattamisessa. Muistin ongelmat voivat näin siis osaltaan korvautua oppimistilanteessa muilla käsittelytaidoilla, kuten kyvyllä valikoida olennainen tieto suuresta määrästä tietoa. (Kronqvist & Pulkkinen 2007, 246- 247.)

5.1.2 Metakognitiiviset taidot

Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan ihmisten tietoja ja käsityksiä tiedonkäsittelyn toiminnoista, niiden sisällöstä, toiminnasta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Niillä myös viitataan arvioihin omien kognitiivisten toimintojen tasosta, tehokkuudesta ja muutoksista. Keskeisin metakognitiivisten taitojen tarkastelussa on muistin arviointi, metamuisti. (Suutama 2004, 83; Suutama 2003, 181.)

län myötä ihmiset kiinnittävät yhä enemmän muistinsa toimintaa ja siinä ilmeneviin ongelmiin päivittäisessä elämässä. Ikäännyttäessä arvioinnit omasta muistista muuttuvat aiempaa kielteisemmäksi ja erityisesti vanhuudessa muistin koetaan huononevan. Muistin pettämiseen kiinnitetään enemmän huomiota. Sitä pelätään mutta toisaalta muistin heikkeneminen koetaan vanhuuteen

normaalistikin kuuluvaksi asiaksi. Yksilön tiedot ja oletukset omista kognitiivisista toiminnoistaan voivat vaikuttaa siihen, miten hän käsittelee tietoa, ja tämä taas vaikuttaa hänen kykyynsä selviytyä erilaisista tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä. (Suutama 2004, 83-84.)

Halu oppia ja muistaa asioita sekä käyttää erilaisia tiedonkäsittelytoimintoja on niiden säilymisen kannalta tärkeää. Motivaatioon ovat läheisesti yhteydessä koetut lisääntyvät vaikeudet kognitiivisissa tehtävissä sekä omaksutut asenteet. Persoonallisuuden ominaisuudet, kuten minäkuva ja itseluottamus, vaikuttavat suoraan kognitiivisten taitojen käyttöön sekä siihen, millaisia asenteita ja käsityksiä ollaan valmiita hyväksymään yleisesti ja omakohtaisesti. Myönteisen asennoitumisen esiin tuominen ikääntyneiden tiedonkäsittelytoimintojen säilymistä kohtaan onkin tärkeää. Jos ikääntynyt on motivoitunut ja valmis ylläpitämään taitojaan, itsenäinen suoriutuminen arkielämässä ja vaativimmissakin tilanteissa onnistuu pitkälle vanhuuteenkin. (Suutama 2004, 101.) Minäkuvalla ja itseluottamuksella on siis suoraan vaikutus oppimisen tuloksiin. Myönteisen asennoitumisen esiintuominen on tärkeää. Jos ikääntynyt on motivoitunut ja valmis harjoittamaan taitojaan, arkielämää vaativampikin oppiminen onnistuu. (Suutama 2008, 200.)

5.1.3 Älykkyys

Tutkimusten mukaan älykkyiden taso säilyy pitkälle vanhuuteen. Yleinen älykkyys eriytyy joustavaksi ja kiteytyneeksi älykkyudeksi mutta toisaalta vaikuttaa kummankin taustalla. Kiteytynyt älykkyys pitää sisällään suoritukset, joissa vaaditaan opittua tietoa ja toimintatapoja, kuten yleistieto, sanavarasto, laskutaidot, koulussa hankitut tiedot ja taidot sekä muu harjoituksen ja kokemuksen myötä syntynyt osaaminen. Joustavaa älykkyyttä edustavat suoritukset, jotka perustuvat järkeilyyn, abstraktiin ajatteluun, lyhytkestoiseen muistiin, sääntöjen, luokkien ja suhteiden havaitsemiseen nopeasti uusissa

tilanteissa ja uusilla tehtäväsissä. Myös uusien asioiden nopea oppiminen ja ongelmanratkaisu uusissa tilanteissa ovat joustavaa älykkyyttä. (Horn & Cattell 1967, 108-109.)

Joustava ja kiteytynyt älykkyys korreloivat keskenään. Teorian mukaan joustava älykkyys edustaa perustaltaan biologista älykkyyttä, jonka kehitys eliniän suhteen saavuttaa huippunsa jo varhaisaikuisuudessa ja heikkenee tämän jälkeen, kun taas kiteytyneen älykkyyden kasvu oppimisen ja kokemusten myötä jatkuu monilla eri elämänaalueilla lähes läpi elämän. (Horn & Cattell 1967, 123.) Kiteytynyt älykkyys alkaa heiketä vasta noin 65-vuoden iässä, ja voimistuvaa suoritustason alenemista alkaa tapahtua noin 75–80 – vuotiaana. Oletetaan, että kiteytynyt älykkyys säilyy niin pitkään kuin ihmisen uudet kokemukset karttavat. (Ruoppila 2006, 221-222.)

5.2 Fyysiset muutokset ja oppiminen

Ikääntyminen aiheuttaa monenlaisia muutoksia ihmisen hengitys- ja verenkiertoon, tuki- ja liikuntaelimeihin sekä keskus- ja ääreishermostoon. Oppimiseen ja ikääntyneen toimintakykyyn vaikuttavat myös aistimuutokset ja sairaudet. (Eloranta & Punkanen 2008, 42.)

5.2.1 Neurologiset muutokset

Ikääntymisen myötä sekä keskushermostossa että ääreishermostossa tapahtuu muutoksia esim. neuronimäärän vähenemistä sekä dendriittikatoa. Aivoihin alkaa muodostua neuriittiplakkeja sekä neuroneihin tulee muutoksia, joihin kerääntyy lipofuskiinipigmenttiä. Välittäjäaineiden, esimerkiksi asetyylikoliinin ja serotoniinin, määrä vähenee, koska niitä syntetisoivien entsyymien aktiivisuus heikkenee. Isojen aivojen kuorikerros ohenee, aivokammiot laajenevat sekä aivojen tilavuus ja paino pienevät. Edellä mainitut muutokset korreloivat

kuitenkin heikosti ihmisen toimintakyvyn kanssa, ja niiden määrä on yksilöllinen. (Sulkava 2006, 640.)

Rakenteellisten muutosten lisäksi fysiologiset muutokset neurologisessa systeemissä ovat huomattavat. Hypoteesina on, että dopamiinien määrä laskee otsalohkon aivokuoressa ikääntymisen myötä. On ajateltu, että dopamiini auttaa uuden tiedon muuttamisessa asiayhteyteen sopivaksi kognitioksi. Ikääntyneitä, joita on hoidettu dopamiiniagonisteilla, ovat kokeneet kognitiivisten oppimistaitojensa kehittyvän. Vaikka kaikki tutkimukset eivät ole osoittaneet dopamiinin olevan ainoa kognitiivisten muutosten aiheuttaja, on kuitenkin osoitettu, että dopamiinin määrä vähenee ikääntymisen myötä. (Cutilli 2008, 195-196.)

län myötä neurologisessa tutkimuksessa on todettavissa yhä enemmän poikkeavia löydöksiä, vaikka mitään neurologisia sairauksia ei pystyttäisikään diagnosoimaan. Poikkeavat löydökset johtuvat ikämuutoksista ja mahdollisesti alkavista neurologisista sairauksista sekä lääkkeistä. (Sulkava 2006, 640-641.)

5.2.2 Aistitoimintojen muutokset

Lähes kaikissa aisteissa tapahtuu ikääntymisen myötä muutoksia (Eloranta & Punkanen 2008, 11). län myötä tapahtuvat aistitoimintojen muutokset, kuten näön ja kuulon heikkeneminen, ovat yhteydessä kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen (Suutama & Ruoppila 2007, 117). Aistipuutokset voivat vaikeuttavaa havainnontekoa ja tiedonkäsittelyä ikääntyneillä, mutta näihin on yhteydessä myös tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn heikkeneminen (Suutama 2004, 78). Toisaalta taas terveydentilan ja aistitoimintojen heikkeneminen voivat vaikuttaa oppimiseen suoraan taikka välillisesti

esimerkiksi sitä kautta, että ne heikentävät ikääntyneen mahdollisuuksia kodin ulkopuoliseen toimintaan (Suutama 2008, 199-200).

Vanhuuden huonokuuloisuus etenee hitaasti ja monesti huomaamattakin. Syynä kuulon huononemiseen on sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rappeutuminen. Äänen tulosuunnan hahmottaminen ja korkeiden äänien kuuleminen vaikeutuvat. Kuulo heikkenee puhealueella niin, että konsonanttien erottaminen vaikeutuu ja taustamelu vaikeuttaa puheen kuulemistä. (Eloranta & Punkanen 2008, 11.) Kuulovaikeudet rajoittavat usein ikääntyneiden sosiaalisia suhteita, koska he eivät pysty osallistumaan samalla tavalla keskusteluun ryhmässä tai hälyisessä ympäristössä. Ikäkuulon voi huonontaa elämänlaatua, vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä sekä olla yhteydessä myös kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen ja masennukseen. Toisaalta taas kognitiivisten toimintojen heikentyminen ikääntyneellä vaikuttaa eteenkin hälyssä puheen ymmärtämiseen. Ikäkuuloa ei voida parantaa vaan apua saadaan kuntoutuksesta sekä kuulokokeesta ja muista kuuntelun apuvälineistä ja hälytysjärjestelmistä. (Mäki-Torkko ym. 2006, 1339.)

Ikääntyneellä kuulo-ongelmaisella on usein samanaikaisesti myös näön ongelmia. Jopa yli kolmanneksella yli 70-vuotiaista on merkittäviä toiminnallisia näköhaittoja. (Sorri & Huttunen 2003, 148.) Ikääntymiseen liittyvät näkötoimintojen muutokset ovat joko kuvan laadun muutoksia, mitkä liittyvät silmien väliaineiden samentumiin, verkkokalvon tai näköhermojen vaurioihin tai korkeampien näkötoimintojen muutoksia, jotka liittyvät aivovaurioihin. Tavallisin iän mukana ilmaantuva näköhäiriö on ikänäkö, jolloin lähelle tarkentaminen vaikeutuu. Tietyt sairaudet kuten esimerkiksi diabetes ja harmaakaihi aiheuttavat merkittävää näön huononemista. Tärkeää olisi saada näköhäiriöiden ilmaannuttua heti käyttöön apuvälineet kuten lasit kompensoimaan ongelmaa. Näön heikkeneminen vaikeuttaa paitsi lukemista ja päivittäisiä toimintoja, myös kommunikaatiota, koska ilmeiden näkeminen häviää ja kommunikaatio perustuu

aikaisempaa enemmän puheeseen. Tällöin vähäisetkin kuulon alentumat tulevat merkitseviksi. (Hyvärinen 2003, 155- 161.)

5.2.3 Sairaudet

Kognitiivisten toimintojen lievä heikentyminen voi olla seurausta normaalista biologisesta vanhenemisesta, mutta se voi olla myös sairauden aikaansaamaa, varsinkin jos toimintojen heikkeneminen on voimakasta (Suutama & Ruoppila 2007, 120). Toisaalta taas aiemmat aivosairaudet ja – vammat tai kehitykselliset oppimisvaikeudet voivat ikääntymisen myötä näkyä kognitiivisen toimintakyvyn korostuneena heikkemisenä (Poutiainen & Hokkanen 2004, 274). Tärkeimpiä muistiin ja tiedon käsittelyyn vaikuttavia sairauksia ovat aivoverenkierron häiriöt sekä degeneratiiviset aivosairaudet kuten Alzheimerin tauti. Näiden ilmaantuminen lisääntyy iän myötä. (Pirttilä ym. 2004, 1133.)

Muistihäiriöt ja erilaiset dementian oireet voivat liittyä moniin yleissairauksiin. Suurin osa on hyvin harvinaisia ja tärkeä merkitys on käytännössä vain ateroskleroottisilla valtimotaudeilla, hypotyreoosilla, diabeteksella ja B12-vitamiinin puutoksella. (Strandberg & Alhainen 2001, 207.) Lääkkeiden ohella muun muassa monet infektiot, kuten keuhkokuume ja munuaisaltaan tulehdus, sydäninfarkti, metaboliset häiriöt, aivotähdys ja erilaiset myrkytykset aiheuttavat sekavuustiloja ikääntyneillä. Sekavuustilan eli deliriumin oirekuvaan kuuluvat tarkkaavaisuuden häirö, kognitiiviset oireet sekä havaintohäiriöt. (Pitkälä ym. 2001, 212, 215.)

Myös mielialaongelmat voivat aiheuttaa voimakkaita kognitiivisia muutoksia ikääntyneillä (Suutama & Ruoppila 2007, 120). Mielialaongelmat alentavat toimintakykyä (Poutiainen & Hokkanen 2004, 274). Ikääntyneen vakava

masennustila saattaa joskus ilmetä vaikeana kognitiivisten taitojen taantumisena (Alexopoulos 2003, 811). Oireina ovat muistihäiriöt, oppimisvaikeudet ja keskittymiskyvyn vaikeudet (Kivelä & Rähä 2001, 225).

Edellä mainittujen sairauksien ennaltaehkäisyllä ja oikealla hoidolla ylläpidetään psyykkistä toimintakykyä tai ainakin hidastetaan kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. Suuri merkitys on kognitiivisten toimintojen lähtötasolla, jolta suoritukset alkavat heiketä. Mitä korkeampi lähtötaso on, sitä pidemmälle kognitiivisten toimintojen reservikapasiteetti riittää itsenäiseen selviytymiseen jokapäiväisistä toimista. (Suutama & Ruoppila 2007, 120.)

5.3 Lääkitys ja oppiminen

Ihmisen ikääntyessä sairastuvuus lisääntyy. Yli viiden lääkkeen samanaikainen käyttö on totta yhä useamman ikäihmisen kohdalla. Lääkkeiden käyttöä lisäävät huonoksi koettu terveydentila, ikääntyneiden masentuneisuus, naissukupuoli sekä tiheään vaihtuvat lääkärit. Lääkkeiden kulku elimistössä, vaikutusvasteet muuttuvat sekä lääkkeiden poistuminen elimistöstä hidastuu ikääntymisen myötä. Ikääntyminen muuttaa myös reseptoritason toimintaa sekä neurotransmissioon (hermopäätteestä erittyvän välittäjäaineen vaikutus kohdesoluun). (Hartikainen ym. 2006, 4352.)

Useat eri häiriöt voivat vaikuttaa muistiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Toisaalta myös näihin käytetyt lääkkeet voivat heikentää muistia usealla eri mekanismilla. Keskeisimmät muistitoimintoihin vaikuttavat lääkeryhmät ovat antikolinergit, bentsodiatsepiinit, trisykliset masennuslääkkeet sekä tavanomaiset psykelääkkeet. Lääkkeiden vaikutus muistiin voi välittyä suoraan reseptorivaikutuksen tai reseptorien muuttumisen kautta. Myös ikääntymiseen

ja rakenteellisiin keskushermostosairauksiin liittyvät häiriöt herkistävät lääkkeiden aiheuttamille muistitoimintojen häiriöille. (Koponen 2004, 354.)

Kolinerginen hermoverkko säätelee vireystilaa, tarkkaavaisuutta sekä muistitoimintoja. Antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa muistitoimintojen häiriöitä, sekavuutta, ahdistuneisuutta sekä aistiharhoja. Erityisen herkkiä antikolinergien muistitoimintoja ja muita kognitiivisia toimintoja heikentävälle vaikutukselle ovat rakenteellista aivosairautta, esimerkiksi Alzheimerin tautia, sairastavat potilaat. Antikolinergista vaikutusta omaavia lääkkeitä käytetään useiden eri sairauksien hoitoon. Näitä lääkkeitä ovat reumalääkkeistä prednisoloni, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä digoksiini, furosemiidi, varfariini, kaptopriili, dipyridamoli ja nifedipiini sekä kipulääkkeistä kodeiini. Psykelaäkkeistä trisykliset masennuslääkkeet ja tavanomaiset psykoosilääkkeet, allergialääkkeistä antihistamiinit sekä mahalääkkeistä ranitidiini mahdollisesti vaikuttavat muistitoimintoihin. (Koponen 2004, 355.)

Bentsodiatsepiinijohdannaisia ja niiden tavoin vaikuttavia lääkkeitä käytetään lyhytkestoisina hoitoina ahdistuneisuuden, tuskaisuuden sekä levottomuuden vähentämiseen ja poistamiseen. Näitä käytetään myös unettomuuden hoidossa. Ongelmina varsinkin ikääntyneillä on bentsodiatsepiinien ja niiden kaltaisten lääkkeiden käytön ongelmana on nopea toleranssin kehittyminen ja riippuvuuden muodostuminen. Ne myös alentavat tarkkaavaisuutta, hidastavat elimistön havainto- ja liiketoimintoja, heikentävät muistia ja pahimmassa tapauksessa johtavat sekavuuteen. (Kivelä 2005, 73-79.)

Masennuslääkkeiden tehoa ei ole osoitettu iäkkäiden lievien masennustilojen hoidossa. Niitä tulisikin käyttää vain vakavien ja keskivaikeiden masennustilojen hoidossa. Masennuslääkkeet ryhmitellään vaikutusmekanismien mukaan ja suurin osa niistä vaikuttaa aivojen välittäjäaineiden eli nonadrenaliinin ja/tai

serotoniinin kautta. Vanhentyypisten eli trisyksisten masennuslääkkeiden haittavaikutukset ovat ikääntyneillä ongelmallisia. Haittavaikutuksia on useita ja ikääntyneen kognitiivisiin toimintoihin ne vaikuttavat heikentämällä muistia, henkisiä toimintoja sekä aiheuttamalla sekavuutta. Uudentyyppisten masennuslääkkeiden haittavaikutukset ovat lievempiä mutta myös ne saattavat heikentää ikääntyneen muistia. Useilla masennuslääkkeillä on myös yhteisvaikutuksia muiden lääkeaineiden kanssa. Yksi vakavimmista haittavaikutuksista on serotoniinioireyhtymä, jonka oireina on esimerkiksi kiihtyneisyys, unettomuus, harhaisuus ja sekavuus. (Kivelä 2005, 65-68.)

Psykoosilääkkeiden haittavaikutukset ovat yleisiä ikääntyneillä ja ne ovat usein erittäin hankalia. Varsinkin ”vanhanaikaisten” psykoosilääkkeiden yhteydessä esiintyy muistin ja henkisten kykyjen heikkenemistä ja sekavuutta. Myös kipulääkkeistä opioideilla on samansuuntaisia haittavaikutuksia. Varsinkin tramadoli on usein sekavuuden ja käytöshäiriöiden syynä. (Kivelä 2005, 68-69, 87-88.)

Tärkeää ikääntyneiden lääkinnässä on aloittaa hoito riittävän pienellä lääkeannoksella, seurata vaikutusta huolellisesti ja suurentaa annosta hitaasti tarpeen mukaan. Tärkeää on muistaa, että lääkkeet voivat olla myös syynä yleiskunnon romahtamiseen, henkisen suorituskyvyn laskuun ja sairaalaan joutumiseen. (Tilvis & Neuvonen 2002, 113.)

5.4 Psykososiaaliset muutokset ja oppiminen

Yksi keskeisimmistä ongelmista ikääntyneillä on yksinäisyys. Ikääntyneen yksinäisyys on erilaista kuin nuorempien sukupolvien yksinäisyys. Hän on

monesti tahtomattaankin yksin. Ikätovereita on jo kuollut ja oma toimintakyky on sellainen, ettei pysty hakeutumaan muiden seuraan vaikka itse haluaisikin. (Eloranta & Punkanen 2008, 106.) Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan 74 vuotta täyttäneistä kotona tai palveluasunnoissa asuvista 39% kärsi vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja 5 % usein tai aina. Myös laitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat hyvin yksinäisiä. (Routasalo 2010, 412.)

Yksinäisyyden tunteen taustalla löytyy monenlaisia ikääntyneen elämässä tapahtuvia psykososiaalisia muutoksia, kuten vieraaseen ympäristöön muutto (Routasalo 2010, 411), eläkkeelle jääminen, leskeytyminen, omien toimintakykyjen rajoitukset, huonoksi koettu terveys ja huono taloudellinen tilanne (Routasalo 2010, 411-413; Routasalo 2009, 186; Tiikkainen 2007, 148). Yksinäisyyden tunteen taustalla ovat myös erilaiset luonteenpiirteet, tilannetekijät, kulttuuri, oma elämänhistoria, tavoitteet, motiivit ja selviytymiskeinot. (Tiikkainen 2007, 148, 152.)

Ikääntyneen yksinäisyydellä on myös yhteys oman ikäryhmän ystävien kuolemaan. Ikääntyneellä ei olekaan enää ystäviä, joilla olisi samanlainen elämäkokemus ja historia kuin itsellä, eikä esimerkiksi muistelu enää pohjaa yhteisiin kokemuksiin. Tämä johtaa sosiaalisen aktiivisuuden vähenemiseen ja elämänlaadun heikkenemiseen. (Routasalo 2010, 413.) Sosiaalisen vuorovaikutuksen määrä on ikääntyvillä yhteydessä elämäntyytyväisyyteen ja yksinäisyyden kokemuksiin (Hurme & Metsäpelto 2004, 514). Yksinäisyys johtaa vähitellen sairasteluun ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen. Yksinäisyyden kokemuksella on myös yhteys dementian ilmaantumiseen. (Routasalo 2009, 187; Tiikkainen 2007, 151.)

6 POTILASOHJAUS

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Hoitajat ohjaavat potilaista suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa ja osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. Tärkeänä ja olennaisena osana työtään hoitajat pitävät potilaiden ja heidän omaistensa ohjausta. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omia voimavarojaan (Kyngäs ym. 2007, 5.) sekä painotetaan potilaan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, asiakkaan ja potilaan jaettua asiantuntijuutta sekä potilaan omaa vastuuta ohjauksessa tapahtuvasta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6.) Potilas on siis oman elämänsä asiantuntija ja hoitajalla taas ammattinsa perusteella asiantuntijuus ohjattavan asian sisällöstä, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta. Ohjaajan tehtävä on auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan, etsimään ja löytämään erilaisia tapoja toimia. (Kyngäs 2009, 78.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2005, 257) määrittelevät käsiteanalyysissään ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Sisältö ja tavoitteet ohjaukselle määräytyvät kontekstin mukaan ja rakentuvat ohjaussuhteessa.

Laadukas potilasohjaus sisältää potilaan tiedollisen, emotionaalisen sekä konkreettisen tukemisen. Tiedollinen tuki pitää sisällään hyvät ja ymmärrettävällä tavalla kerrotut hoidon kannalta välttämättömät tiedot sairaudesta ja sen hoidosta sekä sen, miten hyvin potilas on ne sisäistänyt käyttöönsä. Emotionaalinen tuki sisältää kaiken tunteisiin liittyvien asioiden

käsittelyn, jotta hoito ei häiritse potilaan arkipäivän elämää. Konkreettisella tuella tarkoitetaan kaikkea sitä välineellistä tukea, jonka avulla potilas voi edistää hoitoon sitoutumista. Näitä ovat esimerkiksi hoitovälineet, apuvälineet, ja taloudellinen tuki. (Kyngäs 2009, 76.)

Jotta ohjaus onnistuu, hoitajan pitää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjauksen perustuminen potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Laadukas ohjaus vaatii asianmukaiset resurssit, kuten esimerkiksi riittävän henkilöstön, aikaa, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Nämä eivät kuitenkaan pelkästään riitä vaan ohjauksen tulee olla myös oikein ajoitettua ja mitoitettua. Ohjauksen saaminen ei voi olla myöskään pelkästään potilaan oman aktiivisuuden varassa. (Kyngäs ym. 2007, 21.)

Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan yksilöllisiin taustatekijöihin, kuten terveydentilaan, sukupuoleen, käyttäytymiseen ja perhetaustaan. Taustatekijät pitäisivät olla niin ohjauksen sisällöllisen kuin menetelmällisenkin suunnittelun lähtökohtana. Tällä varmistetaan potilaan todellisiin tarpeisiin vastaaminen. (Kääriäinen 2008, 14.)

Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä potilaan kyvystä omaksua uusia asioita sekä tietouden ohjauksen päämäärästä. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin. Useimmiten ohjausta annetaan suullisesti joko yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä vahvistetaan erilaisilla oheismateriaaleilla esim. lehtisillä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtöisin olevan ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Se on myös oppimisen kannalta

usein tehokkain menetelmä. Ryhmäohjauksen hyvät puolet liittyvät vertaistukeen, mikä auttaa potilasta jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Se on myös taloudellista. Nykyään ohjausta annetaan paljon myös puhelimitse tai muiden audiovisuaalisten laitteiden välityksellä. (Kyngäs ym. 2007, 73-74, 104, 116.)

Ohjaustilanteen onnistuminen edellyttää kiireetöntä ja rauhallista ympäristöä. Huoneen tulisi olla rauhallinen, valoisa ja hyvin äänieristetty. Hoitajan olisi hyvä istua samalla tasolla ohjattavan kanssa, noin puolen metrin päässä potilaasta. Liian kuuma huone tai auringon häikäisy saattavat rasittaa ohjattavaa. (Anttila ym 1999, 45.)

Omaiset ovat ikääntyneen hoitamisen kannalta voimavara ja perheen toiminnoilla on tärkeä merkitys paranemisessa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1999, 14). Omaisten osallistuminen hoitoon lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja siten lisää myös kotihoidon osuutta. (Eriksson 2000, 236). Omaisilla on erittäin tärkeä vaikutus potilaan hyvinvointiin ja siksi on tärkeää huomioida heidän tarpeensa (Lehto ym. 2000, 68). Omaisten ohjaus on siis tärkeää potilaan selviytymisen kannalta (Iso-Kivijärvi ym. 2007, 15).

7 ERITYISPIIRTEET IKÄÄNTYNEEN POTILAAN OHJAUKSESSA

Onnistuneen ohjauksen ja hoitoon sitoutumisen edellytys on ikääntyneen erityispiirteet huomioon ottava vuorovaikutuksellinen hoitosuhde. Onnistuneen ohjauksen merkitys on erittäin tärkeä, sillä se lisää ikääntyneen elämänlaatua ja

voi torjua fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten ongelmien kasaantumista. (Isola ym. 2009,183.)

Lähtökohtana ikääntyneen hoidon suunnittelulle ja toteutukselle sekä ohjaukselle on tiedon hankinta (Isola ym. 2009, 181). Ikääntyneen potilaan ohjauksen suunnittelua auttaa, jos hoitaja tuntee hänen yksilöllisen elämänsähistoriansa ja voimavaransa. Tällöin hoitaja pystyy paremmin tukemaan potilasta tarvitsemisissaan tilanteissa ja juuri hänen tarvitsemallaan yksilöllisellä tavalla. (Backman 2001, 67-69.) Jokaisen potilaan tarpeet ovat erilaiset ja jokainen potilastapaaminen, ohjaustilanne ainutlaatuinen tapahtuma, jonka onnistuminen vaikuttaa potilaan hoitomyönteisyyteen ja omahoidon toteutumiseen. Potilaan osallistuminen oman hoitoonsa, vaikka vain avustetustikin, pitää hänet oman hoitonsa subjektina ja auttaa häntä sitoutumaan hoitoon. (Pajarinen 2008,36, 38.) Hoitajien tulisikin tukea ikääntynyttä osallistumaan aktiivisesti hoitoonsa, sisäistämään oma tilanteensa ja etsimään sopivia ratkaisuja (Isola ym. 2009, 183).

Hoitajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat ikääntyneen ohjaustilanteen ilmapiiriin. Vuorovaikutustilanteissa tulisi korostua ikääntyneen kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorin käyttö ja aito kuunteleminen. Ikääntyneen selviytymistä sairautensa hoidossa edistää hoitosuhteen pysyvyys.(Isola ym. 2009, 183-184.)

Isolan ym. (2007, 59) tutkimuksessa iäkkäät potilaat kokivat tärkeimmäksi ohjauksen sisällöksi sairauteen ja hoitoon liittyvät asiat, tulevat tutkimukset ja hoitotoimenpiteet sekä lääkityksen. Enemmän he olisivat halunneet ohjaustaan tunteidensa käsittelyyn. Ohjaustilanteen he toivoivat olevan kiireetön, inhimillinen ja kannustava. Ohjauksen tulee olla selkeää ja hoitajan tulee käyttää kieltä, jonka potilaskin ymmärtää (Banning 2004, 16). Ikääntyneille on tärkeää

saada tietoa ja tulla kuulluksi omissa asioissaan, vaikka eivät pysty eivätkä edes halua päättää esimerkiksi omista lääkkeistään(Ekdahl ym. 2009) .

Hoitajan on tärkeää tietää potilaan ikääntymisen mukana tuomat rajoitukset, kuten heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot, jotta voi käyttää sopivia ohjauskeinoja ja – materiaaleja tukena ohjauksessa (Isola ym. 2007, 60 ; Suutama 2004, 87). Suullista ohjausta on hyvä tukea kirjallisella materiaalilla (Banning 2004, 16; Cutilli 2006, 39; Johansson ym. 2003, 242; Jordan ym. 2010, 41). Ohjausta kannattaa myös konkretisoida toiminnan kautta (Isola ym. 2009, 184). Iäkkään potilaan oppiminen voi viedä kauemmin (Rice 1999, 220) ja opittujen taitojen kertaaminen on tärkeää (Johansson ym. 2003, 242). Kerrata kannattaa jopa jokaisella ohjauskerralla ja muistin apuna voi käyttää esim. muistilappuja tai reissuvihkoa (Pajarinen 2008, 38).

län myötä näkö- ja kuulo-ongelmat lisääntyvät sekä tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky heikkenevät. Nämä asiat tulee ottaa huomioon opetustilanteessa ja oppimateriaaleissa. (Suutama 2004, 87.) Ohjaustilanteessa puheen tulisi olla rauhallista eikä potilaan pitäisi saada vastata ilman kiirettä. Tieto kannattaa jakaa osiin, antaa vain pienissä palasissa iäkkäälle potilaalle ja kerrata välittömästi. Potilaalle, jolla heikentynyt näköaisti, kannattaa käyttää heijastamatonta, valkoista paperia, jossa kirjoitus mustalla. Hänellä tulisi olla silmälasit, jos niitä tarvitsee. Kirjoituksen tulee olla tarpeeksi suurta esim. fontilla 12 tai 16. Isot kuvat voivat auttaa ohjaamista. (Rice 1999, 220.) Huomiota kannattaa myös kiinnittää hyvään, muttei liian kirkkaaseen valaistukseen (Isola ym. 2009, 184).

Kuulo-ongelmaiselle potilaalle hoitajan tulisi puhua hitaasti, lyhyillä lauseilla ja hieman kovemmalla äänellä, mutta ei huutaen. Jos kuulo toisessa korvassa parempi, siihen puhuminen kannattaa. Katsekontakti on hyvä pitää potilaaseen.

Taustamelu pitäisi pyrkiä poistamaan ja potilaalle antamaan aikaa toistaa annettu tieto. (Rice 1999, 220.) Matalalla äänellä annetut selkeät ohjeet edesauttavat ikääntyneen oppimista (Isola ym. 2009, 184). Suositeltavaa on myös positiivisen ja kannustavan palautteen antaminen, keskusteleminen vain yhdestä aiheesta kerrallaan ja selkeä sanojen ääntäminen (Salmela & Matiainen 2007, 231).

Ikääntyneen ihmisen oppimista auttavat mm. oppimistilanteen kiireettömyys ja rauhallisuus, opittavan asian liittäminen aiemmin opittuun ja muuhun omaan elämään, opittavan asian jakaminen sopivan pieniin osiin ja kertaaminen. Tärkeää olisi pystyä luomaan psyykkistä tukea antava oppimisympäristö, koska on esitetty, että monet ikääntyneet ovat varovaisempia ja hankalissa tilanteissa ahdistuvat helpommin kuin nuoret. (Suutama 2004, 87.) Oppimisen ajankohta voi vaikuttaa myös ikääntyneen oppimiseen mm. vireystilan ja psyykkisen kuormituksen kautta (Suutama 2008, 199-200). Kotona annettu ohjaus on edesauttanut ikääntyneen onnistunutta ohjausta, koska tällöin sairaalan ympäristö ei aiheuta häiriötä ohjaustilanteeseen vaan ikääntynyt pystyy suuntamaan kognitiiviset taitonsa paremmin (Cutilli 2008, 198). On muistettava myös, että potilaat etsivät itsekin tietoa monista eri lähteistä ja onnistuneiden ohjausmenetelmien löytämiseksi ja potilaan tukemiseksi hoitajan tuli olla tietoinen näistä lähteistä (Cutilli 2010,218). On paljon keinoja, joilla voidaan lisätä ja monipuolistaa iäkkään potilaan ohjausta, kuten mm. systemaattiset sairaalassa tapahtuvat potilasohjaukset, joissa mukana kotikäynti, tietokoneavusteinen ohjaus ja puhelinohjaus (Edwardson 2007, 249).

Ikääntyneen läheisten osallistuminen hoitoon ja ohjaustilanteisiin kannustaa ja tukee ikääntyneen sitoutumista hoitoonsa. Omaisten ja läheisten merkitys tiedonantajana on ensiarvoisen tärkeä, mutta he ovat myös mukana varmistamassa ohjaustilanteessa annetun tiedon perillemenoä sekä itsehoidon käytännön toteutuksessa. (Isola ym. 2009, 185-186.) Hoitajien tulisi

ymmärtää omaisten tärkeys ja ottaa heidät mukaan potilaan hoitoon ja ohjaukseen (Gavan 2003, 17: Visser 2000, 308). Potilas ja hänen omaisensa hyötyvät strukturoidusta, tiedollisesta, yksilöllisestä ja suunnitellusta ohjauksesta (Banning 2004,16).

Onnistuneen ikääntyneen ohjauksen perusedellytys on hoitajan myönteinen asenne ikääntyneeltä potilasta kohtaan. Ikääntynyt voimavarat tulisi etsiä eikä vain keskittyä potilaan sairauksiin ja invaliditeettiin. Tärkeää on myös erottaa hoidettavat sairaudet normaalista ikääntymiseen kuuluvista muutoksista. (Gavan 2003, 17.)

8 OHJEISTUKSEN LAATIMINEN HOITAJILLE

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota tietoa ikääntymisen vaikutuksesta oppimiseen ja ikääntyneen potilaan ohjauksen erityispiirteistä, sekä tehdä näistä ohjeistus hoitohenkilökunnalle.

Hyvä ohje on kohdennettu tietylle kohderyhmälle. Kirjoittaessa ei siis tarvitse ottaa huomioon kaikkia, jotka ohjeen lukevat, vaan vain ne, joille ohje tarkoitettukin. (Iisa ym. 1998, 49.) Hyvä ohje puhuttelee lukijaa. Jo ensi vilkaisulla lukija pitäisi ymmärtää, että teksti tarkoitettu hänelle. (Torkkola ym. 2002, 36.) Tämän ohjeistus on suunnattu ikääntyneitä hoitavalle hoitohenkilökunnalle ja siksi tiettyjä hoitotyön ammattikielen termejä ei ohjeistuksessa erikseen selvitetä vaan oletetaan, että lukija ne jo hallitsee.

Ohjeistuksen tarkoituksena on perustella lukijalle, miksi hänen olisi tärkeää toimia ohjeistuksen mukaan. Selittämällä ja perustelemalla pyritään edistämään ohjeiden ymmärrystä. Perustelut ovat keino saada lukija toimimaan. (Iisa ym. 1998, 46; Torkkola ym. 2002, 38.) Ohjailevalla tekstillä pyritään toimintatapojen muuttamiseen tai toimien helpottamiseen. Ohjaileva teksti antaa selviä toimintaohjeita. (Niemi ym. 2006, 161.) Tarkoituksena on herättää lukijan mielenkiinto kertomalla, mihin ohjeistus tarkoitettu, miksi se tärkeä ja mitä hyötyä ohjeistuksen noudattamisesta on.

Ohjeistuksesta on pyritty tekemään siisti ja selkeä kokonaisuus. Korostamalla tiettyjä sanoja asian keskeltä on haluttu tehdä siitä helppolukuisempi ja siten korostaa huomion arvoisia asioita.

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön suunnitteluun ja toteutukseen liittyy jo tiedonhaun, lähteiden käytön ja tutkimustulosten kohdalla monia eettisiä kysymyksiä. Opinnäytetyön tekijän on huolehdittava esimerkiksi tutkimussuunnitelman laadukkuudesta, tutkimusasetelman sopivuudesta ja raportoinnin huolellisuudesta. Opinnäytetyötä tehtäessä, tuloksia tallennettaessa, esitettäessä ja arvioitaessa on noudatettava rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien on oltava eettisesti kestäviä ja vaatimusten edellyttämiä. Opinnäytetyön tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 23 – 24.)

Opinnäytetyöhön ei suoranaisesti liittynyt potilaskontakteja, jolloin tämän opinnäytetyön eettisyys liittyi tiedon hakemiseen, valitsemiseen ja kirjoittamiseen. Opinnäytetyön joka vaiheessa noudatettiin hyviä eettisiä toimintatapoja, mitkä tarkoittavat rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Hyvillä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmillä pyrittiin parantamaan eettisyyttä. (Leino-Kilpi 2009,364.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuudessa on kysymys tutkimusprosessin luotettavuudesta. Kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuudesta puhutaan mittauksen luotettavuutena, kvalitatiivisessa tutkimuksen luotettavuudessa keskitytään koko tutkimusprosessin arviointiin. (Eskola & Suoranta 1999, 211-212.) Kylmä & Juvakka (2007, 127-129) tiivistävät tutkimuksen arviointikriteereiksi uskottavuuden, vahvistettavuuden, refleksiivisyyden sekä siirrettävyyden. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä uskottavuuden osoittamista. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää sitä, että tutkija kirjannut koko tutkimusprosessin niin että toinen tutkija pystyy seuraamaan prosessin kulkua pääpiirteissään. Laadullisessa tutkimuksessa tosin on hyvin mahdollista, että toinen tutkija päätyy samaan tulokseen. Refleksiivisyys edellyttää tutkimuksen tekijän tietoisuutta omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Toisin sanoen tutkimuksen tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tässä opinnäytetyössä tutkimustulokset ovat uskottavia ja pienellä näkökulman muutoksella siirrettävissä myös laajemmin muualle hoitotyöhön. Opinnäytetyön toteutuksen eri vaiheet on myös kuvattu raportissa mahdollisimman tarkasti.

Opinnäytetyön luotettavuus perustuu luotettaviin tiedonhakumenetelmiin sekä eri tietokantojen käyttöön. Luotettavuutta lisää myös se, että opinnäytetyössä on käytetty alkuperäistutkimuksia. Luotettavuutta toisaalta taas vähentää se, ettei tarkoituksena ollut tehdä systemaattista kirjallisuuskatsausta, mikä olisi suunnitelmallisempi, toistettavissa oleva ja harhattomampi kuin tavallinen kirjallisuuskatsaus (Johansson 2007, 4). Opinnäytetyön luotettavuuden lisäämiseksi lähteitä valittaessa pyrittiin kriittisyyteen niitä valitessa sekä tulkittaessa. Lähteitä arvioidaan kirjoittajan tunnettavuuden ja arvostettavuuden, lähteen iän ja lähdetiedon alkuperän, lähteen uskottavuuden ja julkaisijan arvovallan ja vastuun sekä totuudellisuuden ja puolueettomuuden pohjalta. (Sajavaara 2007, 109–110.) Opinnäytetyöhön lähteet valittiin tieteellisistä lehdistä ja oppikirjoista, mitkä kummatkin ovat luotettavia ja luotettavien kirjoittajien tekemiä. Pääosa opinnäytetyön lähteistä oli viimeisten 10vuoden aikana julkaistuja mutta mukana myös yksi lähde vuodelta 1967, koska kyseistä tietoa älykkyyden teoriasta käytetään vielä tänäkin päivänä eli se on ajankohtainen edelleen. Lähteitä on löydetty koko opinnäytetyön toteutuksen ajan, mikä myös lisää työn luotettavuutta.

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella ikääntymisen vaikutuksia oppimiseen sekä ikääntyneen potilaan ohjaamisen erityispiirteitä pohjautuen kirjallisuuteen. Tarkoituksena oli myös tehdä ohjeistus hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset olivat: Miten ikääntyminen vaikuttaa oppimiseen? ja Mitä erityispiirteitä on ikääntyneen potilasohjauksessa? Vastauksia ohjaaviin kysymyksiin haettiin kirjallisuudesta ja näiden vastausten pohjalta syntyi ohjeistus hoitajille. Ohjeistuksen laatimisen taustalla oli ajatus

työn sijoittumisesta esimerkiksi osaston perehdytyskansioon, jossa se parhaiten palvelisi hoitohenkilökuntaa ja sitä kautta myös ikääntynyttä potilasta.

Tässä opinnäytetyössä on esitetty ikääntymisen päävaikutukset oppimiseen mahdollisimman helposti ymmärrettävässä muodossa. Iso osa löydetyistä materiaalista oli lääketieteen tai psykologian alueelta, joten tämän tiedon muokkaaminen ns. arkikielelle oli yksi osa opinnäytetyön haasteista. Tietoa oli hyvin vähän saatavissa hoitotyön puolelta. Ikääntyneiden potilasohjauksesta, niin tärkeä aihe kuin se onkaan, on hyvin vähän saatavilla eksaktia tietoa. Potilasohjauksesta tietoa kyllä löytyi mutta se ei pelkästään riitä, kun kohderyhmänä ovat ikääntyneet. Monia lähteitä yhdistämällä ja ulkomaisia lähteitä hyödyntämällä, loppujen lopuksi saatiin kokoon looginen kokonaisuus niistä moninaisista vaikutuksista, mitä ikääntymisellä oppimiseen on sekä ikääntymisen ohjauksen erityispiirteistä.

Potilasohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa. Laadukkaalla potilasohjauksella potilas saadaan sitoutumaan omaan hoitoonsa, mikä lisää hoidon tuloksia sekä edistää potilaan hyvinvointia ja elämänlaatua. (Kyngäs ym 2007, 5.) Potilaiden keski-ikä tulee tulevaisuudessa nousemaan entistä korkeammaksi, mikä tarkoittaa pitkäaikaissairauksien, sairaalassaolokertojen ja sitä kautta myös tietysti potilasohjauksen tarpeen voimakasta kasvua. (Isola ym. 2009, 180-183.) Ikääntyvien määrän kasvaessa, tulevat heidän ohjauksensa erityispiirteet nousemaan entistä suurempaan asemaan. Samoin ikääntyneitä tulee olemaan potilaana entistä useimmissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä ja yksiköissä, mitä kautta ohjauksen määrä ja hoitohenkilökunnan ohjaustaidon merkitys kasvaa. Ohjeistus ikääntyneen potilaan ohjauksen erityispiirteistä olisi siis tarpeen suurimmassa osassa terveydenhuollon yksiköitä.

Kaiken ohjauksen lähtökohtana on potilaan itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyys. Ikääntyneen erityispiirteiden, yksilöllisten tarpeiden tunnistaminen ja huomioiminen hoitotyössä ja ohjauksessa on suuri haaste koko terveydenhuollolle. Ikääntymisen haasteet nousevat biologisista, fyysisistä ja sosiaalisista vanhenemisprosesseista sekä ikääntymisestä itsessään ainutkertaisena elämänvaiheena. Vahvuuksia, joille hoidon ja ohjauksen tulisi perustua, ovat esimerkiksi elämäkokemus ja sosiaaliset taidot. Väistämättömiä ovat kuitenkin ikääntymisen myötä lisääntyvät sairaudet ja toimintakyvyn rajoitukset, jotka rajoittavat ikääntyneen kykyä selviytyä itsenäisesti ja sitoutua oman sairautensa hoitoon. (Isola ym. 2008, 177-179.) Kirjallisuudessa painotettiin useissa eri lähteissä ikääntyneen elämänhistorian ja toimintakyvyn tuntemisen tärkeyttä.

Mielenkiintoista olisi tulevaisuudessa saada lisää tietoa tutkimusten kautta ikääntyneiden ohjauksesta, ehkä eri alueiden kuten esimerkiksi ikääntyneiden lääkehoidon ohjauksen erityispiirteistä ja myös ohjauksen onnistumisesta. Näitä voisi tutkia sekä hoitajien että ikääntyneiden potilaiden näkökulmasta. Eri ohjausmenetelmien vaikuttavuudesta ikääntyneillä oli myös tärkeää saada tutkittua tietoa. Oma osa-alueensa on ikääntyviä potilaita hoitavien ohjausasenteiden tutkiminen tai tutkimukset pelkästään hoitajien asennoitumisesta ikääntyneitä kohtaan.

Opinnäytetyön ja ohjeistuksen tekeminen oli mielenkiintoista ja haastavaa mutta myös paljon aikaa vievää. Tiedon löytäminen itsessään vei jo todella runsaasti aikaa ja oikean ja olennaisen tiedon löytäminen kaiken tietomäärän keskeltä oli vaativaakin. Opinnäytetyön tekeminen on ollut myös tietynlainen askel kohti ammattiin valmistumista, koska ohjaaminen on tänä päivänä niin suuri osa sairaanhoitajan työstä.

LÄHTEET

- Alexopoulos, G.S. 2003 Clinical and biological interactions in affective and cognitive geriatric syndromes. *American Journal of Psychiatry* 160, 811-814.
- Anttila, K.; Kaila-Mattila, T.; Puska, E-L.; Vihunen, R. & Virolainen S. 1999. Hoitamalla hyvää oloa. WSOY: Porvoo.
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluensis, D Medica* 624. Oulun yliopisto, Oulu. Väitöskirja. [7.2.2010] Saatavissa <http://herkules oulu.fi/isbn9514259033/isbn9514259033.pdf>
- Banning, M. 2004. Enchancing cocordance with prescribed medication in older people. *Nursing Older People* 16, 14-17.
- Cutilli, C. 2006. Do your patients understand? How to write effective healthcare information. *Orthopaedic Nursing* Vol. 25, No.1/2006, 39-48.
- Cutilli, C. 2008. Teaching the Geriatric patient. Making the most of “cognitive resources” ang gains. *Orthopedic Nursing* Vol. 27, No.1/2008, 195- 198.
- Cutilli, C. 2010. Seeking health information. What sources do your patients use? *Orthopaedic Nursing* Vol. 29, No.3/2010, 214-219.
- Edwardson, S. 2007. Patient education in heart failure. *Heart & Lung* Vol. 36, No. 4/2007, 244-252.
- Ekdahl, A.; Andersson, L. & Friedrichsen, M. 2009. “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*.
- Eloranta. T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.
- Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. WSOY: Porvoo, 226–242.
- Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Mitä muisti on? Viitattu 5.11.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00002#s3.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3.p. Vastapaino: Tampere.
- Gavan, CS. 2003. Succesfull aging families: A challenge for nurses. *Holistic Nursing Practice* Vol.17, 11-18.
- Hartikainen, S.; Saarelma, O.; Lönnroos, E. & Seppälä, M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. *Suomen lääkärilehti* Vol.61, No.42/2006, 4352-4355.
- Heiske, P. 2001. Hyvinvointia työyhteisöön. Gummerus Kirjapaino Oy: Helsinki.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. p. Helsinki : Tammi.
- Horn, J.L. & Cattell, R.B. 1967. Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica* Vol.26, 107-129.
- Hurme, H. & Metsäpelto, R-L. 2004. Iäkkäiden sukupolvisuhteet perheessä. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WSOY, 514-525.

Hyvärinen, L. 2003. Näön vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 155- 163.

Iisa, K.; Kankaanpää, S. & Piehl, A. 1998. Tekstin tekijän käsikirja. 2. painos. Espoo: Wellprint Oy.

Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede Vol.19, No.2/2006, 51- 62.

Isola, A.; Vuoti, M.; Saarnio, R. & Routasalo, P. 2009. Ikääntyvän hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY, 177-193.

Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, H. (toim.) Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pulun yliopistollinen sairaala: Oulu, 10-18.

Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Lehtikunnas, T. & Ahonen, P. 2003. Need for change patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. Patient education and Counseling Vol. 51, No.3/2003, 239-245.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51. Turku. 3-9.

Jordan, J.; Buchbinder, R. & Osborne, R. 2010. Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient education and Counseling Vol. 79, 36-42.

Kalska, H. 2006. Kun muisti pettää, mikä muisteista pettää? Duodecim Vol.122, 1313-1320.

Kassara, H.; Palokoski, S.; Holmia, S.; Murtonen, I.; Lipponen, V.; Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. Porvoo: WSOY.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu- tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kivelä, S. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Porvoo: WSOY.

Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2001. Masennus. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 225- 234.

Koponen, H. 2004. Lääkehoidon kognitiiviset haittavaikutukset. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. Geropsykologia. 354- 361.

Kosonen, I., Selin, T. & Naaralainen, S. 2009. Oppimisympäristö ja sen muutosten vaikutuksia opiskeluun. Tampereen ammatillinen opettajakorkeakoulu. Viitattu 13.11.2010 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/8101/Kosonen.Irina_Naaralainen.Samuli_Selin.Tuula.pdf?sequence=2.

Kronqvist, E-L. & Pulkkinen, M-L. 2007. Kehityspsykologia. Matkalla muutokseen. Porvoo: WSOY.

Kuusinen, J. 2003. Älykyys ja vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 164-171.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva Hoitotyö Vol.6, No.4/2008, 10-15.

- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* Vol.17, No.5/2005, 250- 258.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* Vol.79, No.10/2006, 6-9.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol.18. No.1/2006, 37-45.
- Kyngäs, H. 2009. Asiakkaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: WSOY, 76-80.
- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Siven, T. & Välimäki, P. 2005. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 4. -5. Painos. Porvoo: WSOY.
- Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 11.11.2010 <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/graduRLlehtinen.pdf>.
- Lehto, B.; Laitinen-Junkkari P. & Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. *Hoitotiede* Vol. 12 , 66–76.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Porvoo; WSOY. 360- 377.
- Manninen, J.; Burman, A.; Koivunen, A.; Kuittinen, E.; Luukannel, S.; Passi, S. & Särkkä, H. 2007. Oppimista tukevat ympäristöt. Johdatus oppimisympäristöajatteluun. Vammala: Opetushallitus.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp Ky. Jyväskylä.
- Mäki-Torkko, E.; Hannula, S. & Sorri, M. 2006. Ikääntyvän kuulo. *Suomen lääkäri* Vol.61, No.12/2006, 1337-1341.
- Niemi, T.; Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Nurmi, T.; Rekiaro, I. & Rekiaro, P. 1992. Suomen kielen sanakirja. Gummerus Kirjapaino Py: Jyväskylä.
- Pajarinen, R. 2008. Ikäihmisten hoidonohjauksen ydinsanat ovat kertaus ja konkretisointi. *Diabetes ja lääkäri* Vol.37, No.5/2008, 36-39.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY: Porvoo, 14–24.
- Pirttilä, T.; Strandberg, T.; Vanhanen, H. & Erkinjuntti, T. 2004. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? *Lääkäri* Vol.59, No.11/2004, 1133-1138.
- Pitkälä, K.; Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2001. Sekavuustila. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 212-224.
- Poutiainen, E. & Hokkanen, L. 2004. Laaja neuropsykologinen tutkimus. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. Geropsykologia. 272 - 287.

Rauste- Von Wright, M.; Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. uudistettu painos, Juva: WSOY.

Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Rice, R. 1999. Teaching strategies for special patient groups encountered in home care. *Geriatric nursing* Vol.20, No.4/1999, 220-222.

Routasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P.(toim.) *Gerontologinen hoitotyö*. Helsinki: WSOY, 184-195.

Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) *Geriatría*. 2. uudistettu painos. Porvoo: Duodecim, 411-416.

Ruoppila, I. 2006. Vanheneminen. Teoksessa Nurmi, J-E.; Ahonen, T.; Lyytinen, H.; Lyytinen, P.; Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. Ihmisen psykologinen kehitys. Porvoo: WSOY, 206-263.

Sajavaara, Paula 2007. Alustava lukeminen ja muistiinpanot. Teoksessa Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 105–118.

Salmela, S. & Matiainen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Tampere: Edita, 218-232.

Soininen, H. & Hänninen, T, 2002. Muistihäiriö: normaalia ikääntymistä vai dementiaa? *Lääkärilehti* Vol.57, No.20/2002, 2183-2185.

Sorri, M. & Huttunen, K. 2003. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 143-154.

Strandberg, T. & Alhainen, K. 2001. Yleissairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 207-211.

Sulkava, R. 2006. Neurogeriatria. Teoksessa Soinila, S.; Kaste, M. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 640-644.

Suutama, T. 2003, Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 174-184.

Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WSOY, 76-108.

Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 192- 203.

Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Tampere: Edita, 116-128.

Tiikkanen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) *Vanheneminen ja terveys*. Tampere: Edita, 146-168.

Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Viitattu 3.5.2010 http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html.

Tynjälä, P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. 1. -3.painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tilvis, R. & Neuvonen, P.J. 2002. Lääkehoidon erityispiirteet vanhuksilla. Teoksessa Neuvonen, P.; Himberg, J-J.; Huupponen, R.; Kivistö, K. & Ylitalo, P. Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus, 100-112.

Torkkola, S.; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Visser, A. 2000. Chronic diseases, aging and dementia: implications for patient education and counselling. Patient Education and Counseling Vol. 39, 293-309.

Wilson, I. & Tanila, H. 2006. Miksi vanha ei muista? Aikakausikirja Duodecim Vol.122, No.11/2006, 1323-1329.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Satu Laine

IKÄÄNTYNYT POTILAS OPPIJANA HOITOTYÖSSÄ

- ohjeistus hoitohenkilökunnalle



SISÄLTÖ

OPPIMINEN

POTILASOHJAUS

IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET OPPIMISEEN

- KOGNITIIVISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN
- FYYSISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN
- PSYKOSOSIAALISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN

IKÄÄNTYNEEN POTILAAN OHJAUKSET ERITYISPIIRTEET

YHTEENVETO

LÄHTEET

OPPIMINEN:

Oppiminen on **kokemuksen aikaansaamaa pysyvää käyttäytymisen muuttumista tai käyttäytymisen taustalla vaikuttavien tietojen, asioiden ja tunteiden muuttumista**. Oppiminen ilmenee yleensä käyttäytymisen muutoksena tai yksilön käsityksen tarkentumisena ja muuttumisena, ymmärryksen lisääntymisenä.

Oppimisympäristö voidaan nähdä eri näkökulmista. Fyysinen oppimisympäristö sisältää tilat ja rakennuksen, jossa sitä tapahtuu. Paras fyysinen ympäristö on sellainen, jossa voidaan keskittyä asiaan keskeytyksettä ja häiriöttä. Se ei myöskään saa herättää potilaassa oppimista häiritseviä negatiivisia tunteita ja pelkoja. Sosiaalisessa näkökulmassa oppimista tarkastellaan vuorovaikutuksena. Sosiaalisen oppimisympäristön tulisi olla turvallinen, hyväntahtoinen ja sen pitäisi herättää oppijassa omakohtaisia kysymyksiä tukien näin oppimismotivaatiota. Didaktiivinen oppimisympäristö sisältää ne keinot, joilla oppimista pyritään tukemaan, esimerkiksi tekstit, kuvat sekä harjoitukset.

Yksi oppimista ja ohjausta hankaloittava tekijä on kiire ja siitä johtuva käytettävän ajan vähyys. Se vaikuttaa suunnitelmallisuuteen ja vuorovaikutuksen laatuun. Itsestään selvää on, että jos työt eivät suju ja hoidossa korostuu kiire, hoidon laatu kärsii ja potilas kokee tyytymättömyyttä saatuun hoitoon/ ohjaukseen. Voi olla, että aistiessaan kiireen potilas ei esim. kysy tai avaa keskustelua eikä luota siihen, että hänen asiaansa kunnioitetaan.

POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

Hoitotyössä ohjaus on keskeinen osa potilaan hoitoa. Hoitajat ohjaavat potilaista suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa ja osana potilaan muuta hoitoa ja hoitotoimenpiteitä. **Potilas on siis oman elämänsä asiantuntija ja hoitajalla taas ammattinsa perusteella asiantuntijuus ohjattavan asian sisällöstä, ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta.** Ohjaajan tehtävä on auttaa potilasta käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan, etsimään ja löytämään erilaisia tapoja toimia.

Laadukas potilaohjaus sisältää **potilaan tiedollisen, emotionaalisen sekä konkreettisen tukemisen.** Tiedollinen tuki pitää sisällään hyvät ja ymmärrettävällä tavalla kerrotut hoidon kannalta välttämättömät tiedot sairaudesta ja sen hoidosta sekä sen, miten hyvin potilas on ne sisäistänyt käyttöönsä. Emotionaalinen tuki sisältää kaiken tunteisiin liittyvien asioiden käsittelyn, jotta hoito ei häiritse potilaan arkipäivän elämää. Konkreettisella tuella tarkoitetaan kaikkea sitä välineellistä tukea, jonka avulla potilas voi edistää hoitoon sitoutumista. Näitä ovat esimerkiksi hoitovälineet, apuvälineet, ja taloudellinen tuki.

Jotta ohjaus onnistuu, hoitajan pitää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjauksen perustuminen potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Laadukas ohjaus vaatii asianmukaiset resurssit, kuten esimerkiksi riittävän henkilöstön, aikaa, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet.

Ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan yksilöllisiin taustatekijöihin, kuten terveydentilaan, sukupuoleen, käyttäytymiseen ja perhetaustaan. Taustatekijät

pitäisivät olla niin ohjauksen sisällöllisen kuin menetelmällisenkin suunnittelun lähtökohtana. Tällä varmistetaan potilaan todellisiin tarpeisiin vastaaminen.

Sopivan ohjausmenetelmän valinta vaatii tietämystä potilaan kyvystä omaksua uusia asioita sekä tietouden ohjauksen päämäärästä. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin. Useimmiten ohjausta annetaan suullisesti joko yksilö- tai ryhmäohjauksena ja sitä vahvistetaan erilaisilla oheismateriaaleilla esim. lehtisillä. Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtöisin olevan ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Se on myös oppimisen kannalta usein tehokkain menetelmä. Ryhmäohjauksen hyvät puolet liittyvät vertaistukeen, mikä auttaa potilasta jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Se on myös taloudellista. Nykyään ohjausta annetaan paljon myös puhelimitse tai muiden audiovisuaalisten laitteiden välityksellä.

Ohjaustilanteen onnistuminen edellyttää **kiireetöntä ja rauhallista ympäristöä**. Huoneen tulisi olla rauhallinen, valoisa ja hyvin äänieristetty. Hoitajan olisi hyvä istua samalla tasolla ohjattavan kanssa, noin puolen metrin päässä potilaasta. Liian kuuma huone tai auringon häikäisy saattavat rasittaa ohjattavaa.

Omaiset ovat ikääntyneen hoitamisen kannalta voimavara ja perheen toiminnoilla on tärkeä merkitys paranemisessa ja sairauksien ennaltaehkäisyssä. Omaisten osallistuminen hoitoon lyhentää potilaan sairaalassaoloaikaa ja siten lisää myös kotihoidon osuutta. Omaisilla on erittäin tärkeä vaikutus potilaan hyvinvointiin ja siksi on tärkeää huomioida heidän tarpeensa. Omaisten ohjaus on siis tärkeää potilaan selviytymisen kannalta.

IKÄÄNTYMISEN VAIKUTUKSET OPPIMISEEN

❖ KOGNITIIVISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN

➤ MUISTI

Muistilla tarkoitetaan yksinkertaisesti kykyä tallentaa ja palauttaa mieleen koettuja ja opittuja asioita. Muistia ja oppimista tarkastellaan usein yhden kokonaisuuden muodostamina kognitiivisina toimintoina, mutta oppiminen ei ole kuitenkaan suoraan verrannollinen muistiin. Mitään ei voi oppia ilman muistamista, mutta vähänkään monimutkaisempia asioita ei voi myöskään kunnolla muistaa ilman ymmärtävää oppimista.

Aivoissa muisti ei paikannu yhteen tiettyyn kohtaan, jonka tuhoutuminen johtaisi kaikkien tallennettujen tietojen ja taitojen katoamiseen. Muistin toiminnassa keskeisiä osa-alueita ovat ohimolohkon sisäosat, eräät aivojen sisäosissa sijaitsevat hermosoluryhmät ja otsalohkojen etuosat. Keskushermoston toiminnan hidastuminen saa aikaan **muistitoimintojen hidastumista**. Myös esimerkiksi otsa- ja ohimolohkojen tietyillä alueilla iän myötä tapahtuvilla muutoksilla, on vaikutusta ikääntyneen muistiin tallentamisen ja mieleen palauttamisen vaikeutumisessa. **Tiedon käsittely hidastuu ja asioiden muistamiseen tarvitaan enemmän kertausta.**

Iän myötä **oppimiseen tarvittava aika lisääntyy** keskushermoston toiminnan ja erityisesti muistitoimintojen hidastumisen vuoksi. Jos aikaa on riittävästi tehokkaaseen mieleen painamiseen, oppimistulokset voivat olla ikääntyneillä yhtä hyviä kuin nuoremmilla. **Ulkoa oppiminen ja pienten faktatietojen tai yksittäisten asioiden oppiminen heikkenee** iän myötä. Syvällisempään oppimiseen, asiakokonaisuuksien sekä keskeisten sisältöjen ymmärtämiseen ikääntyminen ei vaikuta vaan ne säilyvät tai

jopa kehittyvätkin oppimiskokemusten myötä. Ikääntymisen ei oleteta heikentävän myöskään arkipäivän tilanteissa oppimista. Hidastuneet tiedonkäsittelytoiminnot voivat heikentää ikääntyneiden kykyä ottaa pienessä ajassa vastaan paljon uutta tietoa ympäristöstään, mutta toisaalta heidän aikaisemmat kokemuksensa ja tietonsa voivat auttaa heitä jäsentämään uutta tietoa ja poimimaan siitä olennaisimmat asiat.

➤ METAKOGNIOT

Metakognitiivisilla taidoilla tarkoitetaan ihmisten tietoja ja käsityksiä tiedonkäsittelyn toiminnoista, niiden sisällöstä, toiminnasta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Niillä myös viitataan arvioihin omien kognitiivisten toimintojen tasosta, tehokkuudesta ja muutoksista. Keskeisin metakognitiivisten taitojen tarkastelussa on muistin arviointi, metamuisti

län myötä ihmiset kiinnittävät yhä enemmän muistinsa toimintaa ja siinä ilmeneviin ongelmiin päivittäisessä elämässä. Ikäännyttäessä arvioinnit omasta muistista muuttuvat aiempaa kielteisemmäksi ja erityisesti vanhuudessa muistin koetaan huononevan. Muistin pettämiseen kiinnitetään enemmän huomiota. Sitä pelätään mutta toisaalta muistin heikkeneminen koetaan vanhuuteen normaalistikin kuuluvaksi asiaksi. Yksilön tiedot ja oletukset omista kognitiivisista toiminnoistaan voivat vaikuttaa siihen, miten hän käsittelee tietoa, ja tämä taas vaikuttaa hänen kykyynsä selviytyä erilaisista tiedonkäsittelyä vaativista tehtävistä.

Kognitiivisten toimintojen käyttöön vaikuttavat suoraan persoonallisuuden ominaisuudet, kuten minäkuva ja itseluottamus, motivaatio ja halu oppia. **Myönteisen asennoitumisen esiintuominen on tärkeää. Jos ikääntynyt on motivoitunut ja valmis harjoittamaan taitojaan, arkielämää vaativampikin oppiminen onnistuu.**

➤ ÄLYKKYYS

Älykkyyden taso säilyy pitkälle vanhuuteen. Yleinen älykkyys eriytyy joustavaksi ja kiteytyneeksi älykkyydeksi. Kiteytynyt älykkyys pitää sisällään suoritukset, joissa vaaditaan opittua tietoa ja toimintatapoja, kuten yleistieto, sanavarasto, laskutaidot, koulussa hankitut tiedot ja taidot sekä muu harjoituksen ja kokemuksen myötä syntynyt osaaminen. Joustavaa älykkyyttä edustaa suoritukset, jotka perustuvat järkeilyyn, abstraktiin ajatteluun, lyhytkestoiseen muistiin, sääntöjen, luokkien ja suhteiden havaitsemiseen nopeasti uusissa tilanteissa ja uusilla tehtäväsissä. Myös uusien asioiden nopea oppiminen ja ongelmanratkaisu uusissa tilanteissa on joustavaa älykkyyttä.

Joustava ja kiteytynyt älykkyys korreloivat keskenään. Joustava älykkyys edustaa perustaltaan biologista älykkyyttä, jonka kehitys eliniän suhteen saavuttaa huippunsa jo varhaisaikuisuudessa ja heikkenee tämän jälkeen, kun taas kiteytyneen älykkyyden kasvu oppimisen ja kokemusten myötä jatkuu monilla eri elämänalueilla lähes läpi elämän. Kiteytynyt älykkyys alkaa heiketä vasta noin 65-vuoden iässä, ja voimistuvaa suoritustason alenemista alkaa tapahtua noin 75-80 - vuotiaana. Kiteytynyt älykkyys säilyy niin pitkään kuin ihmisen uudet kokemukset karttavat.

❖ FYYSISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN

➤ NEUROLOGISET MUUTOKSET

Ikääntymisen myötä **sekä keskushermostossa että ääreishermostossa tapahtuu muutoksia** esim. neuronien (hermosolu) määrän vähenemistä sekä dendriittikatoa (hermosolun tuojahaarake, joka vastaanottaa hermoimpulsseja). Aivoihin alkaa muodostua neuriittiplakkeja sekä neuroneihin tulee muutoksia, joihin kerääntyy lipofuskiinipigmenttiä. Välittäjäaineiden, esimerkiksi asetyylikoliinin ja serotoniinin, määrä vähenee, koska niitä syntetisoivien entsyymien aktiivisuus heikkenee. Isojen aivojen kuorikerros ohenee, aivokammiot laajenevat sekä aivojen tilavuus ja paino pienevät. Edellä mainitut muutokset eivät kuitenkaan välttämättä heikennä ihmisen toimintakykyä.

Rakenteellisten muutosten lisäksi fysiologiset muutokset neurologisessa systeemissä ovat huomattavat. **Dopamiinien määrä laskee** otsalohkon aivokuoressa ikääntymisen myötä. On ajateltu, että **dopamiini auttaa uuden tiedon muuttamisessa asiayhteyteen sopivaksi kognitioksi ja sitä kautta sillä merkitystä ikääntyneen oppimiseen**. Iän myötä neurologisessa tutkimuksessa on todettavissa yhä enemmän poikkeavia löydöksiä, vaikka mitään neurologisia sairauksia ei pystyittäisikään diagnosoimaan. Poikkeavat löydökset johtuvat ikämuutoksista ja mahdollisesti alkavista neurologisista sairauksista sekä lääkkeistä.

➤ AISTITOIMINTOJEN MUUTOKSET

Lähes kaikissa aisteissa tapahtuu ikääntymisen myötä muutoksia. Iän myötä tapahtuvat aistitoimintojen muutokset, kuten näön ja kuulon heikkeneminen, ovat yhteydessä kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen. **Aistipuutokset voivat vaikeuttavaa havainnontekoa ja tiedonkäsittelyä ikääntyneillä, mutta näihin on yhteydessä myös tarkkaavaisuuden ja keskittymiskyvyn heikkeneminen**. Toisaalta taas terveydentilan ja aistitoimintojen heikkeneminen voivat vaikuttaa oppimiseen suoraan taikka välillisesti esimerkiksi sitä kautta, että ne heikentävät ikääntyneen mahdollisuuksia kodin ulkopuoliseen toimintaan.

Vanhuuden **huonokuuloisuus** etenee hitaasti ja monesti huomaamattakin. Syynä kuulon huononemiseen on sisäkorvan kuuloelimen ja aivoihin vievien hermoratojen rappeutuminen. Äänen tulosuunnan hahmottaminen ja korkeiden äänien kuuleminen vaikeutuvat. Kuulo heikkenee puhealueella niin, että konsonanttien erottaminen vaikeutuu ja taustamelu vaikeuttaa puheen kuulemistä. Ikäkuulo voi huonontaa elämänlaatua, vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä sekä olla yhteydessä myös kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen ja masennukseen. Toisaalta taas kognitiivisten toimintojen heikentyminen ikääntyneellä vaikuttaa eteenkin hälyssä puheen ymmärtämiseen. Ikäkuuloa ei voida parantaa vaan apua saadaan kuntoutuksesta sekä kuulokokeesta ja muista kuuntelun apuvälineistä ja hälytysjärjestelmistä.

Ikääntyneellä kuulo-ongelmaisella on usein samanaikaisesti myös näön ongelmia. Jopa yli kolmanneksella yli 70-vuotiasta on merkittäviä toiminnallisia näköhaittoja. Ikääntymiseen liittyvät **näkötoimintojen muutokset** ovat joko kuvan laadun muutoksia, mitkä liittyvät silmien väliaineiden samentumiin, verkkokalvon tai näköhermojen vaurioihin tai korkeampien näkötoimintojen muutoksia, jotka liittyvät aivovaurioihin. Tavallisin iän mukana ilmaantuva näköhäiriö on ikänäkö, jolloin lähelle tarkentaminen vaikeutuu. Tietyt sairaudet kuten esimerkiksi diabetes ja

harmaakaihi aiheuttavat merkittävää näön huononemista. Tärkeää olisi saada näköhäiriöiden ilmaannuttua heti käyttöön apuvälineet kuten lasit kompensoimaan ongelmaa. Näön heikkeneminen vaikeuttaa paitsi lukemista ja päivittäisiä toimintoja, myös kommunikaatiota, koska ilmeiden näkeminen höviää ja kommunikaatio perustuu aikaisempaa enemmän puheeseen. Tällöin vähäisetkin kuulon alentumat tulevat merkitseviksi.

➤ SAIRAUDET

Kognitiivisten toimintojen lievä heikentyminen voi olla seurausta normaalista biologisesta vanhenemisesta, mutta se voi olla myös sairauden aikaansaamaa, varsinkin jos toimintojen heikkeneminen on voimakasta. Ikääntymisen myötä myös aiemmat aivosairaudet ja -vammat alkavat näkyä kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisenä. Tärkeimpiä muistiin ja tiedon käsittelyyn vaikuttavia sairauksia ovat aivoverenkierron häiriöt sekä degeneratiiviset aivosairaudet kuten Alzheimerin tauti.

Muistihäiriöt ja erilaiset dementian oireet voivat liittyä moniin yleissairauksiin. Suurin osa on hyvin harvinaisia ja tärkeä merkitys on käytännössä vain **ateroskleroottisilla valtimotaudeilla, hypotyreoosilla, diabeteksella ja B12-vitamiinin puutoksella.** Lääkkeiden ohella muun muassa monet infektiot, kuten **keuhkokuume ja munuaisaltaan tulehdus, sydäninfarkti, metaboliset häiriöt, aivotähdys ja erilaiset myrkytykset** aiheuttavat sekavuustiloja ikääntyneillä. Sekavuustilan eli deliriumin oirekuvaan kuuluvat tarkkaavaisuuden häirö, kognitiiviset oireet sekä havaintohäiriöt.

Myös **mielialaongelmat** voivat aiheuttaa voimakkaita kognitiivisia muutoksia ikääntyneillä aiheuttaen muistihäiriöitä, oppimisvaikeuksia ja keskittymiskyvyn vaikeuksia.

➤ LÄÄKITYS

Ihmisen ikääntyessä sairastuvuus lisääntyy. Yli viiden lääkkeen samanaikainen käyttö on totta yhä useamman ikäihmisen kohdalla. Lääkkeiden kulku elimistössä, vaikutusvasteet muuttuvat sekä lääkkeiden postuminen elimistöstä hidastuu ikääntymisen myötä. Ikääntyminen muuttaa myös reseptoritason toimintaa sekä neurotransmissioon (hermopäätteestä erittyvän välittäjäaineen vaikutus kohdesoluun).

Useat eri häiriöt voivat vaikuttaa muistiin ja kognitiivisiin toimintoihin. Toisaalta myös näihin käytetyt lääkkeet voivat heikentää muistia. **Keskeisimmät muistitoimintoihin vaikuttavat lääkeryhmät ovat antikolinergit, bentsodiatsepiinit, trisykliset masennuslääkkeet sekä tavanomaiset psykelääkkeet.**

Kolinerginen hermoverkko säätelee vireystilaa, tarkkaavaisuutta sekä muistitoimintoja. Antikolinergiset lääkkeet voivat aiheuttaa muistitoimintojen häiriöitä, sekavuutta, ahdistuneisuutta sekä aistiharhoja. Näitä lääkkeitä ovat reumalääkkeistä **prednisoloni**, sydän- ja verisuonisairauksien lääkkeitä **digoksiini**, **furosemiidi**, **varfariini**, **kaptopriili**, **dipyridamoli** ja **nifedipiini** sekä kipulääkkeistä **kodeiini**. Psykelääkkeistä **trisykliset masennuslääkkeet** ja tavanomaiset **psykoosilääkkeet**, allergialääkkeistä **antihistamiinit** sekä mahalääkkeistä **ranitidiini** mahdollisesti vaikuttavat muistitoimintoihin.

Tärkeää ikääntyneiden lääkinnässä on aloittaa hoito riittävän pienellä lääkemannoksella, seurata vaikutusta huolellisesti ja suurentaa annosta hitaasti tarpeen mukaan. Tärkeää on muistaa, että lääkkeet voivat olla myös syynä yleiskunnon romahtamiseen, henkisen suorituskyvyn laskuun ja sairaalaan joutumiseen.

❖ PSYKOSOSIAALISET MUUTOKSET JA OPPIMINEN

Yksi keskeisimmistä ongelmista ikääntyneillä on yksinäisyys. Ikääntyneen yksinäisyys on erilaista kuin nuorempien sukupolvien yksinäisyys. Hän on monesti tahtomattaankin yksin. Ikätovereita on jo kuollut ja oma toimintakyky on sellainen, ettei pysty hakeutumaan muiden seuraan vaikka itse haluaisikin. Suomalaisen kyselytutkimuksen mukaan 74 vuotta täyttäneistä kotona tai palveluasunnoissa asuvista 39 % kärsi vähintään toisinaan yksinäisyydestä ja 5 % usein tai aina. Myös laitoshoidossa olevat ikääntyneet ovat hyvin yksinäisiä.

Yksinäisyyden tunteen taustalla löytyy monenlaisia ikääntyneen elämässä tapahtuvia psykososiaalisia muutoksia, kuten vieraaseen ympäristöön muutto, eläkkeelle jääminen, leskeytyminen, omien toimintakykyjen rajoitukset, huonoksi koettu terveys ja huono taloudellinen tilanne. Yksinäisyyden tunteen taustalla ovat myös erilaiset luonteenpiirteet, tilannetekijät, kulttuuri, oma elämänhistoria, tavoitteet, motiivit ja selviytymiskeinot. **Yksinäisyys johtaa vähitellen sairasteluun ja toimintakyvyn heikkenemiseen sekä sosiaaliseen eristäytyneisyyteen. Yksinäisyyden kokemuksella on myös yhteys dementian ilmaantumiseen.**

IKÄÄNTYNEEN POTILAAN OHJAUKSEN ERITYISPIIRTEET

Lähtökohtana ikääntyneen hoidon suunnittelulle ja toteutukselle sekä ohjaukselle on tiedon hankinta. Ikääntyneen potilaan ohjauksen suunnittelua auttaa, jos hoitaja tuntee hänen yksilöllisen elämänsä ja voimavaransa. Tällöin hoitaja pystyy paremmin tukemaan potilasta tarvitsemissaan tilanteissa ja juuri hänen tarvitsemallaan yksilöllisellä tavalla. Jokaisen potilaan tarpeet ovat erilaiset ja jokainen potilatapaaminen, ohjaustilanne ainutlaatuinen tapahtuma, jonka onnistuminen vaikuttaa potilaan hoitomyönteisyyteen ja omahoidon toteutumiseen. Potilaan osallistuminen oman hoitoonsa, vaikka vain avustetustikin, pitää hänet oman hoitonsa subjektina ja auttaa häntä sitoutumaan hoitoon. Hoitajien tulisikin tukea ikääntynyttä osallistumaan aktiivisesti hoitoonsa, sisäistämään oma tilanteensa ja etsimään sopivia ratkaisuja.

Hoitajan vuorovaikutustaidot vaikuttavat ikääntyneen ohjaustilanteen ilmapiiriin. Vuorovaikutustilanteissa tulisi korostua ikääntyneen kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorin käyttö ja aito kuunteleminen. Ikääntyneen selviytymistä sairautensa hoidossa edistää hoitosuhteen pysyvyys.

Ohjaustilanteen tulee olla kiireetön, inhimillinen ja kannustava. Ohjauksen tulee olla selkeä ja hoitajan tulee käyttää kieltä, jonka potilaskin ymmärtää. Ikääntyneille on tärkeää saada tietoa ja tulla kuulluksi omissa asioissaan, vaikka eivät pysty eivätkä edes halua päättää esimerkiksi omista lääkkeistään.

Hoitajan on tärkeää tietää potilaan ikääntymisen mukana tuomat rajoitukset, kuten heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot, jotta voi käyttää sopivia ohjauskeinoja ja -materiaalialeja tukena ohjauksessa. Suullista ohjausta on hyvä tukea kirjallisella materiaalilla. Ohjausta kannattaa myös konkretisoida toiminnan kautta. Ikääntyneen

potilaan oppiminen voi viedä kauemmin ja opittujen taitojen kertaaminen on tärkeää. Kerrata kannattaa jopa jokaisella ohjauskerralla ja muistin apuna voi käyttää esim. muistilappuja tai reissuvihkoa.

Iän myötä näkö- ja kuulo-ongelmat lisääntyvät sekä tarkkaavaisuus ja keskittymiskyky heikkenee. Nämä asiat tulee ottaa huomioon opetustilanteessa ja oppimateriaaleissa. Ohjaustilanteessa puheen tulisi olla rauhallista eikä potilaan pitäisi saada vastata ilman kiirettä. Tieto kannattaa jakaa osiin, antaa vain pienissä palasissa iäkkäälle potilaalle ja kerrata välittömästi. Potilaalle, jolla heikentynyt näköaisti, kannattaa käyttää heijastamatonta, valkoista paperia, jossa kirjoitus mustalla. Hänellä tulisi olla silmälasit, jos niitä tarvitsee. Kirjoituksen tulee olla tarpeeksi suurta esim. fontilla 12 tai 16. Isot kuvat voivat auttaa ohjaamista. Huomiota kannattaa myös kiinnittää hyvään, muttei liian kirkkaaseen valaistukseen.

Kuulo-ongelmaiselle potilaalle hoitajan tulisi puhua hitaasti, lyhyillä lauseilla ja hieman kovemmalla äänellä, mutta ei huutaen. Jos kuulo toisessa korvassa parempi, siihen puhuminen kannattaa. Katsekontakti on hyvä pitää potilaaseen. Taustamelu pitäisi pyrkiä poistamaan ja potilaalle antamaan aikaa toistaa annettu tieto. Matalalla äänellä annetut selkeät ohjeet edesauttavat ikääntyneen oppimista. Suositeltavaa on myös positiivisen ja kannustavan palautteen antaminen, keskusteleminen vain yhdestä aiheesta kerrallaan ja selkeä sanojen ääntäminen.

Ikääntyneen ihmisen oppimista auttavat mm. oppimistilanteen kiireettömyys ja rauhallisuus, opittavan asian liittäminen aiemmin opittuun ja muuhun omaan elämään, opittavan asian jakaminen sopivan pieniin osiin ja kertaaminen. Tärkeää olisi pystyä luomaan psyykkistä tukea antava oppimisympäristö, koska on esitetty, että monet ikääntyneet ovat varovaisempia ja hankalissa tilanteissa ahdistuvat helpommin kuin nuoret. Oppimisen ajankohta voi vaikuttaa myös ikääntyneen oppimiseen mm. vireystilan ja psyykkisen kuormituksen kautta. Kotona annettu ohjaus on edesauttanut ikääntyneen onnistunutta ohjausta, koska tällöin sairaalan ympäristö ei aiheuta

häiriötä ohjaustilanteeseen vaan ikääntynyt pystyy suuntamaan kognitiiviset taitonsa paremmin. On paljon keinoja, joilla voidaan lisätä ja monipuolistaa iäkkään potilaan ohjausta, kuten mm. systemaattiset sairaalassa tapahtuvat potilasohjaukset, joissa mukana kotikäynti, tietokoneavusteinen ohjaus ja puhelinohjaus.

Ikääntyneen läheisten osallistuminen hoitoon ja ohjaustilanteisiin kannustaa ja tukee ikääntyneen sitoutumista hoitoonsa. Omaisten ja läheisten merkitys tiedonantaja on ensiarvoisen tärkeä, mutta he ovat myös mukana varmistamassa ohjaustilanteessa annetun tiedon perillemenoä sekä itsehoidon käytännön toteutuksessa. Hoitajien tulisikin ymmärtää omaisten tärkeys ja ottaa heidät mukaan potilaan hoitoon ja ohjaukseen.

Onnistuneen ohjauksen ja hoitoon siotutumisen edellytys on ikääntyneen erityispiirteet huomioon ottava vuorovaikutuksellinen hoitosuhde sekä hoitajan myönteinen asenne ikääntyntä potilasta kohtaan. Ikääntynyt voimavarat tulisi etsiä eikä vain keskittyä potilaan sairauksiin ja invaliditeettiin. Tärkeää on myös erottaa hoidettavat sairaudet normaalista ikääntymiseen kuuluvista muutoksista.

IKÄÄNTYNEEN OHJAUKSESSA TÄRKEÄÄ (yhteenveto)

- Vuorovaikutustilanteissa näkyvä ikääntyneen kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorin käyttö ja aito kuunteleminen
- Hoitosuhteen pysyvyys
- Tiedon hankinta ikääntyneen potilaan elämänhistoriasta ja voimavaroista
- Tärkeää huomioida ikääntyneen lääkitys ja sen mahdolliset vaikutukset oppimiskykyyn
- Ikääntyneen osallistuminen omaan hoitoonsa
- Ohjaustilanne:
 - kiireettömyys, kannustava ilmapiiri
 - puheen selkeys ja käytettyjen sanojen ymmärrettävyys
 - oikea ajoitus, ettei ikääntynyt esim. väsynyt
- Suullisen ohjauksen tukeminen kirjallisella materiaalilla sekä konkreettisella toiminnalla
- Ohjattavan asian liittäminen aiemmin opittuun
- Asioiden kertaaminen
- Tiedon jakaminen pieniin osiin
- Kuulo-ongelmien huomiointi:
 - katsekontakti potilaaseen
 - taustamelun poistaminen
 - hidas puhe, lyhyet lauseet, hieman kovempi ääni
 - jos kuulo toisessa korvassa parempi, puhe siihen korvaan
- Näköongelmien huomiointi:
 - apuvälineiden käyttö; lasit, suurennuslasi jne.
 - riittävä valaistus
 - kirjalliset ohjeet valkoisella heijastamattomalla paperilla, fontti 12 tai 16, isot kuvat auttavat konkretisoimaan asiaa
- Positiivisen palautteen antaminen
- Omaisten mukaan ottaminen ohjaustilanteeseen

LÄHTEET

- Alexopoulos, G.S. 2003 Clinical and biological interactions in affective and cognitive geriatric syndromes. *American Journal of Psychiatry* 160, 811-814.
- Anttila, K.; Kaila-Mattila, T.; Puska, E-L.; Vihunen, R. & Virolainen S. 1999. Hoitamalla hyvää oloa. WSOY: Porvoo.
- Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. *Acta Universitatis Ouluenis, D Medica* 624. Oulun yliopisto, Oulu. Väitöskirja. [7.2.2010] Saatavissa <http://herkules oulu.fi/isbn9514259033/isbn9514259033.pdf>
- Banning, M. 2004. Enchancing cocordance with prescribed medication in older people. *Nursing Older People* 16, 14-17.
- Cutilli, C. 2006. Do your patients understand? How to write effective healthcare information. *Orthopaedic Nursing* Vol. 25, No.1/2006, 39-48.
- Cutilli, C. 2008. Teaching the Geriatric patient. Making the most of "cognitive resources" ang gains. *Orthopedic Nursing* Vol. 27, No.1/2008, 195- 198.
- Cutilli, C. 2010. Seeking health information. What sources do your patients use? *Orthopaedic Nursing* Vol. 29, No.3/2010, 214-219.
- Edwardson, S. 2007. Patient education in heart failure. *Heart & Lung* Vol. 36, No. 4/2007, 244- 252.
- Ekdahl, A.; Andersson, L. & Friedrichsen, M. 2009. "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu; Otavan Kirjapaino Oy.
- Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. WSOY: Porvoo, 226-242.
- Erkinjuntti, T.; Alhainen, K.; Rinne, J. & Huovinen, M. 2007. Mitä muisti on? Viitattu 5.11.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=amh00002#s3.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3.p. Vastapaino: Tampere.
- Gavan, CS. 2003. Succesfull aging families: A challenge for nurses. *Holistic Nursing Practice* Vol.17, 11-18.
- Hartikainen, S.; Saarelma, O.; Lönnroos, E. & Seppälä, M. 2006. Miten arvioin iäkkään lääkitystä. *Suomen lääkärilehti* Vol.61, No.42/2006, 4352-4355.
- Heiske, P. 2001. Hyvinvointia työyhteisöön. Gummerus Kirjapaino Oy: Helsinki.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. p. Helsinki : Tammi.
- Horn, J.L. & Cattell, R.B. 1967. Age differences in fluid and crystallized intelligence. *Acta Psychologica* Vol.26, 107-129.
- Hurme, H. & Metsäpelto, R-L. 2004. Iäkkäiden sukupolvisuhteet perheessä. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) *Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia*. Porvoo: WSOY, 514-525.
- Hyvärinen, L. 2003. Näön vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 155- 163.
- lisa, K.; Kankaanpää, S. & Piehl, A. 1998. Tekstin tekijän käsikirja. 2. painos. Espoo: Wellprint Oy.

- Isola, A.; Backman, K.; Saarnio, R.; Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol.19, No.2/2006, 51- 62.
- Isola, A.; Vuoti, M.; Saarnio, R. & Routasalo, P. 2009. Ikääntyvän hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 177- 193.
- Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, H. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pulun yliopistollinen sairaala: Oulu, 10-18.*
- Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Lehtikunnas, T. & Ahonen, P. 2003. Need for change patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient education and Counseling* Vol. 51, No.3/2003, 239-245.
- Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset- huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa *Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen*. Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.). Turun yliopisto. *Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja sarja A51*. Turku. 3-9.
- Jordan, J.; Buchbinder, R. & Osborne, R. 2010. Conceptualising health literacy from the patient perspective. *Patient education and Counseling* Vol. 79, 36-42.
- Kalska, H. 2006. Kun muisti pettää, mikä muisteista pettää? *Duodecim* Vol.122, 1313-1320.
- Kassara, H.; Palokoski, S.; Holmia, S.; Murtonen, I.; Lipponen, V.; Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. *Hoitotyön osaaminen*. Porvoo: WSOY.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu- tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kivelä, S. 2005. *Me, ikääntyminen ja lääkkeet*. Porvoo: WSOY.
- Kivelä, S-L. & Räihä, I. 2001. Masennus. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 225- 234.
- Koponen, H. 2004. Lääkehoidon kognitiiviset haittavaikutukset. Teoksessa Raitanen, T., Hänninen, T., Pajunen, H. & Suutama, T. *Geropsykologia*. 354- 361.
- Kosonen, I., Selin, T. & Naaralainen, S. 2009. Oppimisympäristö ja sen muutosten vaikutuksia opiskeluun. Tampereen ammatillinen opettajakorkeakoulu. Viitattu 13.11.2010 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/8101/Kosonen.Irina_Naaralainen.Samuli_Selin_Tuula.pdf?sequence=2.
- Kronqvist, E-L. & Pulkkinen, M-L. 2007. *Kehityopsykologia. Matkalla muutokseen*. Porvoo: WSOY.
- Kuusinen, J. 2003. Älykkyys ja vanheneminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 164-171.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* Vol.6, No.4/2008, 10-15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemuotoanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* Vol.17, No.5/2005, 250- 258.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* Vol.79, No.10/2006, 6-9.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol.18. No.1/2006, 37-45.
- Kyngäs, H. 2009. Asiakkaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Porvoo: WSOY, 76-80.

- Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Siven, T. & Välimäki, P. 2005. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. 4.-5. Painos. Porvoo: WSOY.
- Lehtinen, R-L. 2006. Kiire haasteena, aika mahdollisuutena. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden ja -talouden laitos, Kuopion yliopisto. Viitattu 11.11.2010 <http://www.uku.fi/tht/opinnaytteet/graduRLlehtinen.pdf>.
- Lehto, B.; Laitinen-Junkkari P. & Turunen, H. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Hoitotiede Vol. 12 , 66–76.
- Leino-Kilpi, H. 2009. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Porvoo; WSOY. 360- 377.
- Manninen, J.; Burman, A.; Koivunen, A.; Kuittinen, E.; Luukannel, S.; Passi, S. & Särkkä, H. 2007. Oppimista tukevat ympäristöt. Johdatus oppimisympäristöajatteluun. Vammala: Opetushallitus.
- Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp Ky. Jyväskylä.
- Mäki-Torkko, E.; Hannula, S. & Sorri, M. 2006. Ikääntyvän kuulo. Suomen lääkäri-lehti Vol.61, No.12/2006, 1337-1341.
- Niemi, T.; Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Nurmi, T.; Rekiaro, I. & Rekiaro, P. 1992. Suomen kielen sanakirja. Gummerus Kirjapaino Oy: Jyväskylä.
- Pajarinen, R. 2008. Ikäihmisten hoidonohjauksen ydinsanat ovat kertaus ja konkretisointi. Diabetes ja lääkäri Vol.37, No.5/2008, 36-39.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. WSOY: Porvoo, 14–24.
- Pirttilä, T.; Strandberg, T.; Vanhanen, H. & Erkinjuntti, T. 2004. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? Lääkäri-lehti Vol.59, No.11/2004, 1133-1138.
- Pitkälä, K.; Erkinjuntti, T. & Leppävuori, A. 2001. Sekavuustila. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 212-224.
- Poutiainen, E. & Hokkanen, L. 2004. Laaja neuropsykologinen tutkimus. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. Geropsykologia. 272 - 287.
- Rauste- Von Wright, M.; Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. uudistettu painos, Juva: WSOY.
- Repo, I. & Nuutinen, T. 2003. Viestintätaito. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Rice, R. 1999. Teaching strategies for special patient groups encountered in home care. Geriatric nursing Vol.20, No.4/1999, 220-222.
- Routasalo, P. 2009. Yksinäisyyden lievittäminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkanen, P.(toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 184-195.
- Routasalo, P. 2010. Yksinäisyys ja eristäytyminen. Teoksessa Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Porvoo: Duodecim, 411- 416.
- Ruoppila, I. 2006. Vanheneminen. Teoksessa Nurmi, J-E.; Ahonen, T.; Lyytinen, H.; Lyytinen, P.; Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. Ihmisen psykologinen kehitys. Porvoo: WSOY, 206-263.

- Sajavaara, Paula 2007. Alustava lukeminen ja muistiinpanot. Teoksessa Hirsjärvi,S.; Remes, P. & Sajavaara, P. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy, 105–118.
- Salmela, S. & Mätiäinen, I. 2007. Neuvontakeskustelu. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 218-232.
- Soininen, H. & Hänninen, T, 2002. Muistihäiriö: normaalia ikääntymistä vai dementiaa? Lääkärilehti Vol.57, No.20/2002, 2183-2185.
- Sorri, M. & Huttunen, K. 2003. Ikääntyneen kuulo. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 143-154.
- Strandberg, T. & Alhainen, K. 2001. Yleissairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T.; Rinne, J.; Alhainen, K. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 207-211.
- Sulkava, R. 2006. Neurogeriatria. Teoksessa Soinila, S.; Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 640-644.
- Suutama, T. 2003, Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 1. painos. Tampere: Kustannus Oy Duodecim, 174-184.
- Suutama, T. 2004. Kognitiiviset toiminnot. Teoksessa Raitanen, T.; Hänninen, T.; Pajunen, H. & Suutama, T. (toim.) Geropsykologia. Vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Porvoo: WSOY, 76-108.
- Suutama, T. 2008. Muisti ja oppiminen. Teoksessa Heikkinen, E. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 192- 203.
- Suutama, T. & Ruoppila, I. 2007. Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 116-128.
- Tiikkanen, P. 2007. Yksinäisyys ja yhteisyys. Teoksessa Lyyra, T-M.; Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Tampere: Edita, 146-168.
- Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009-2060. Viitattu 3.5.2010
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html.
- Tynjälä. P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. 1. -3.painos. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tilvis, R. & Neuvonen, P.J. 2002. Lääkehoidon erityispiirteet vanhuksilla. Teoksessa Neuvonen, P.; Himberg, J-J.; Huupponen, R.; Kivistö, K. & Ylitalo, P. Kliininen farmakologia ja lääkehoito. Jyväskylä: Gummerus, 100-112.
- Torkkola, S.; Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi, opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Visser, A. 2000. Chronic diseases, aging and dementia: implications for patient education and counselling. Patient Education and Counseling Vol. 39, 293-309.
- Wilson, I. & Tanila, H. 2006. Miksi vanha ei muista? Aikakausikirja Duodecim Vol.122, No.11/2006, 1323-1329.