

Anni Lukka

**GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA VUODE-
OSASTOILLA**

GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA VUODE- OSASTOILLA

Anni Lukka
Opinnäytetyö
2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun seudun ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö
Koulutusohjelma, Suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Anni Lukka

Opinnäytetyön nimi: Gerontologinen osaaminen hoitotyössä

Työn ohjaajat: Tuula Nissinen ja Anne Keckmann

Työn valmistumislukukausi- ja vuosi: Syksy 2016

Sivumäärä: 49 + 5 liitesivua

Väestön ikääntymisen myötä kirurgisten osastojen potilasaines on yhä iäkkäämpää ja gerontologisen osaamisen tarve kasvaa. Vaikka kiinnostus gerontologista osaamista kohtaan on kasvanut opiskelijoiden ja ammattilaisten keskuudessa, pitää sitä kaikin tavoin nostaa esille ja lisätä ihmisten tietoisuutta. Asenteiden muuttamisessa on paljon työtä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien gerontologista osaamista kirurgisilla vuodeosastoilla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitajien tämän hetkisestä osaamisesta ja saadun tiedon pohjalta mahdollistaa gerontologisen osaamisen kehittäminen niin osastoilla kuin hoitotyön koulutuksessakin.

Opinnäytetyöni oli laadullinen tutkimus ja se toteutettiin teemahaastattelulla kesän ja syksyn 2016 aikana. Haastattelemani kolme hoitajaa olivat yliopistollisen sairaalan kahdelta kirurgiselta vuodeosastolta. Haastatteleamalla koottu aineisto analysoitiin sisällönanalyyssimenetelmällä.

Tutkimustulosten mukaan sairaanhoitajat kokevat, että gerontologinen osaaminen vaatii laajan tietämyksen ja kliinisten taitojen lisäksi vahvaa vuorovaikutusosaamista ja kykyä heittäytyä työhön omalla persoonallaan. Resurssien puute, kiire ja ihmisten asenteet heikentävät hoidon tasoa. Asenteiden korjaaminen koskevat potilaiden ja omaisten ohella yhtä paljon hoitohenkilökuntaakin.

Osastot tilasivat tutkimuksen koululta, joten he pystyvät hyödyntämään sitä arvioidessaan henkilökuntansa gerontologista osaamista. Tutkimusta voidaan hyödyntää hoitotyön koulutusta kehitettäessä ja erilaisia jatkokoulutuksia suunniteltaessa. Jatkossa tutkimuksen voisi toistaa erilaisessa yksikössä ja vertailla näiden tutkimusten tuloksia keskenään. Seuraavassa tutkimuksessa voisi myös keskittyä enemmän gerontologisen hoitotyön vuorovaikutusosaamiseen ja eettiseen osaamiseen.

Asiasanat: gerontologinen osaaminen, ikääntyminen, hoitotyö, kirurginen vuodeosasto

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree programme in Nursing and Health Care, Option of Nursing

Author: Anni Lukka

Title of thesis: Gerontological Skills in Nursing

Supervisors: Tuula Nissinen and Anne Keckmann

Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages:49 + 5 appendix pages

While the population ages, patients in surgical wards are also getting older which leads to a growing need for gerontological skills. Although there has been increasing interest for gerontology among students and professionals, there is still a lot to do. One of the biggest challenges in this concern, is changing attitudes.

The objective of the study was to describe nurses gerontological skills in surgical wards. The target of the study was to get information about current gerontological skills among nurses and to enable the development of gerontological skills both at the hospital and at nursing school.

This is a study with a qualitative research approach and the data was collected during summer and autumn of 2016 by using theme interview. I interviewed three nurses from the two different surgical wards in Oulu University hospital. Data was analyzed through content analysis.

According to the research results nurses think that the gerontological skill set requires extensive knowledge and clinical skills as well as strong interaction skills and the ability to do the job individually. Lack of resources, the hurried environment and the attitudes of people lower the the quality of care. A change in attitude is not only necessary for the patients and close relatives, but also for the nursing staff themselves.

The study was ordered by the surgical wards and can be utilized in their evaluation of the staff's gerontological skills. The results can also be utilized in developing nursing education. In the future the research could be repeated in other nursing units and results could be compared. In the next research, the analysis could go more in depth on the gerontological interaction and ethical skills.

Keywords: gerontological skills, aging, nursing, surgical ward

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	5
1 JOHDANTO.....	7
2 GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ.....	8
2.1 Hoitajan gerontologinen osaaminen.....	8
2.2 Normaalit ikääntymismuutokset.....	10
2.3 Yleisimmät sairaudet ikäihmisillä ja niiden tuomat muutokset.....	11
2.4 Vanhuusiän delirium.....	12
2.5 Ikäihmisten somaattiseen erikoissairaanhoidon joutumisen yleisimmät syyt.....	13
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ.....	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	16
4.1 Metodologia.....	16
4.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta.....	16
4.3 Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä.....	17
4.4 Aineiston keruun toteuttaminen.....	18
4.5 Aineiston analyysi.....	18
5 GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA VUODEOSASTOILLA HOITAJIEN KERTOMANA.....	20
5.1 Ikääntymismuutokset ja niiden huomioiminen hoidossa.....	20
5.2 Ikääntyneen ihmisen perussairauksien huomioiminen hoidossa.....	22
5.3 Muistisairauksien huomioiminen hoidossa.....	23
5.4 Vanhuusiän delirium ja sen huomioiminen hoidossa.....	25
5.5 Kuntouttava hoitotyö ja sen huomioiminen hoidossa.....	26
5.6 Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteiden huomioiminen hoidossa.....	28
5.7 Ikääntyneen omaisten huomioiminen ja vuorovaikutus heidän kanssaan.....	30
5.8 Vapaa sana.....	33
6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	34
6.1 Ikääntymismuutosten ja ikääntyneen perussairauksien huomioiminen hoidossa.....	34
6.2 Muistisairaudet ja delirium sekä niiden huomioiminen hoidossa.....	35
6.3 Kuntouttava hoitotyö sekä ikääntyneen omaisten huomiointi ja vuorovaikutus heidän kanssaan.....	37
6.4 Ikääntyneen lääkehoito.....	38

6.5	Johtopäätökset.....	38
7	POHDINTA.....	40
7.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	40
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	41
7.3	Omat oppimiskokemukset.....	43
7.4	Työn yleistettävyyys ja jatkotutkimusaiheet.....	44
	LÄHTEET.....	45
	LIITTEET.....	49

1 JOHDANTO

Kuolleisuuden pieneneminen kaikissa ikäryhmissä on kasvattanut iäkkäiden määrää. Väestöennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden määrä voi nousta jopa 1,4 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä. Elämän viimeisien vuosien laatu on oleellista sekä iäkkäiden että yhteiskunnan kannalta. Terveyspolitiikan tavoitteena on itsenäisen elämän tukeminen sekä hyvän terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen eikä maksimaalisen eliniän pidentäminen. (Heikkinen 2005, viitattu 25.3.2015).

Väestön ikääntymisen myötä kirurgisten osastojen potilasaines on yhä iäkkäämpää ja gerontologisen osaamisen tarve kasvaa. Suuntaudun sairaanhoitajaopinnoissani sisätauti-kirurgiseen ja gerontologiseen hoitotyöhön ja tuntui luontevalta lähteä tutkimaan gerontologista osaamista hoitotyössä. Sain yhteistyökumppaniksi yliopistosairaalan kaksi kirurgista vuodeosastoa ja haastattelin osastoilta kolmea sairaanhoitajaa. Valitsin tutkimukseen laadullisen menetelmän, koska siinä pääsee valitsemaan haastateltavat ja pystyy paremmin ymmärtämään haastateltavan erilaisia näkökulmia. Haastattelumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu ja haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Analysoin teemahaastattelulla keräämäni aineiston sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitajien gerontologista osaamista kirurgisilla vuodeosastoilla. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa hoitajien tämänhetkisestä gerontologisesta osaamisesta ja saadun tiedon pohjalta mahdollistaa gerontologisen osaamisen kehittäminen niin osastoilla kuin hoitotyön koulutuksessakin.

Yliopistollisen sairaalan operatiivisen tulosalueen opetuskoordinaattori sekä kahden kirurgisen osaston osastonhoitajat toimivat tutkimuksen yhteistyökumppaneina työelämän puolelta. Opinnäytetyön ohjaajina toimivat lehtorit Tuula Nissinen ja Anne Keckmann Oulun ammattikorkeakoulusta.

2 GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ

Gerontologia on vanhenemistutkimusta ja gerontologinen hoitotyö on hoitotyötä, joka edistää vanhusten hyvinvointia ja korkeaa elämänlaatua. (Eliopoulos 2014, 2.) Tarhosen (2013) haastattelujen gerontologisten hoitajien mukaan laaja osaaminen muun muassa ikääntymisprosesseista ja niiden tunnistamisesta sekä itsenäinen päätöksenteko- ja priorisointikyky ovat osa gerontologista osaamista. (Tarhonen 2013, 32.)

2.1 Hoitajan gerontologinen osaaminen

Sairaanhoitajan (AMK) tutkinto muodostaa gerontologisen hoitotyön osaamisen perustan. Gerontologisen hoitotyön osaamiseen liittyy yleisesti työelämän osaaminen, hoitotyön ydinosaaminen ja gerontologinen erityisosaaminen. Gerontologisen hoitotyön osaamisen kompetensseja ovat muun muassa ikääntyneen autonomian edistäminen, kunnioittava viestintä ikääntyneen ja hänen omaisensa kanssa, gerontologisen tietoperustan käyttäminen hoitotyön päätöksenteossa ja parhaiden mahdollisten palvelujärjestelmien hyödyntäminen ikääntyneen parhaaksi. (Tiikkainen & Voutilainen 2009, 313-316.)

Osaaminen voidaan määritellä usean määritelmän mukaisesti, eikä sillä ole yleispätevää määritelmää. Osaaminen käsitteenä voi sisältää yksilö- tai organisaatiotason osaamista. Lisäksi puhutaan myös osastojen, tiimien ja yksiköiden osaamisesta. Yksilön osaaminen yleensä liitetään käsitteillä olevan työn vaatimien tietojen ja taitojen hallintaan sekä niiden konkreettiseen soveltamiseen käytännössä. Osaamiseen tässä tilanteessa kuuluvat henkilön tiedot, taidot, kokemukset ja kontaktiverkot. (Jääskeläinen, 2015. viitattu 15.3.2016).

Käsite osaaminen tarkoittaa terveydenhuollon piirissä jatkuvasti uusiutuvan ja laaja-alaisen monitieteisen tietoperustan hallintaa sekä käytännön osaamisen sekä sosiaalisten ja vuorovaikutuksellisten taitojen hallintaa. Kaiken toiminnan perustuminen tutkittuun tietoon ja näyttöön on osaamisessa merkityksellistä. Koska terveydenhuolto on jatkuvasti uusiutuvaa ja laaja-alaista, jatkuva uuden tiedon hankintaa tarvitaan jatkuvasti. Näin ylläpidetään ammattitaitoa sekä kehitetään osaa-

mista ja viestintätaitoja. Kokonaisvaltaista hoitotyötä toteutettaessa taidot, jotka koskevat potilasturvallisuuden ylläpitämistä ja asiakkaiden sekä potilaiden tarpeen vastaamista asiakaslähtöisesti, korostuvat. (Opetusministeriö 2006, 15-16.)

Ihmisen tai ryhmän tukeminen ja auttaminen erilaisissa terveyteen ja sairauteen liittyvissä toiminnoissa, jotka hän riittävän voiman, tahdon tai tiedon omatessaan suorittaisi itse, ovat ammatillisen hoitotyön tehtävänä. (Nurminen 1995, 4.) Potilaan omien terveysongelmien tunnistamisen, hallinnan ja hoitoon sitoutumisen tukeminen ovat sairaanhoitajan tehtäviä. Tehtäviin sisältyy myös hoitotyön suunnitelmien mukainen, potilaan ja hänen läheisensä ohjaus sekä sähköisten potilastietojen tuntemus. (Opetusministeriö 2006, 65.)

Kirurginen hoito on moniammatillista tiimityötä. Kirurgia eroaa yhdessä muiden operatiivisten erikoisalojen kanssa konservatiivisista hoidon aloista siinä, että potilaan henkilökohtaiseen ruumiilliseen koskemattomuuteen puututaan. Kaikkien ammattiryhmien, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, tulee ohjata potilasta sairauksiin liittyvissä kysymyksissä. (Ahola, Alanko, Lehtonen, Suominen & Ukkola 2001, 9.)

Kirurgisesti hoidettavien sairauksien kirjo on lisääntynyt teknologian kehittymisen myötä. Entistä iäkkäämpiä ja huonokuntoisempia potilaita leikataan ja kuntoutetaan. Tämän vuoksi osastojen henkilökunta joutuu työskentelemään kovan työpaineen alaisena. (Ahola ym. 2001, 9.)

Erikoissairaanhoito on erikoislääkäreiden johtama osa terveydenhuollossa. Sen piiriin kuuluu sairauksien tutkimisen ja hoidon lisäksi ennalta ehkäisevät ja kuntouttavat toiminnot. Kiireellisiä tapauksia lukuun ottamatta erikoissairaanhoitoon pääsy edellyttää lääkärin lähetettä. (Teperi 2005, viitattu 21.3.2016.)

Biologiseen vanhenemisprosessiin liittyy aina sekä sosiaalisia että psyykkisiä tekijöitä. Perintötekijät määräävät vanhenemisen tapahtumasarjan, mutta ympäristötekijät vaikuttavat siihen mahdollisesti suuressakin määrin. (Karvinen. 1995, 6).

2.2 Normaalit ikääntymismuutokset

Normaaleiden ikääntymismuutosten erottaminen sairauksien tuomista muutoksista on tärkeää ikääntyneitä hoidettaessa. Ikääntymisen tuomat fysiologiset muutokset pitää ymmärtää, jotta välttäisiin aikaa vieviltä ja epämukavilta yrityksiltä hoitaa normaalia ikääntymistä. (Wallace 2007, 17.)

Vanheneminen on väistämätön tapahtuma ihmisen elinkaareissa. Kasvukauden jälkeen kehossa ja sen toiminnoissa ilmenee epäsuotuisia muutoksia, jotka korostuvat iän mukana. Muutoksia tapahtuu soluissa, kudoksissa, elimissä ja elinjärjestelmissä, mutta muutokset eivät etene samanaikaisesti. Yhteistä elintoimintojen muutoksille on niiden heikkeneminen. Vanhenemismuutokset ovat sitä suurempia mitä monimutkaisemmista toiminnoista on kysymys. (Karvinen. 1995, 16.)

Ikääntyneellä solujen uusiutumiskyky katoaa ja solutaso vanhenee. Tämä on seurausta yksilön kehitykselle välttämättömien korjaus-, valvonta- ja säätelyjärjestelmien käydessä epätarkoituksenmukaisiksi. Näin ollen ikääntyneet kudokset ovat alttiita vanhenemiseen liittyville kroonisille taudille, joista suurimman osan muodostavat sydän- ja verisuonitaudit, aivohalvaukset, syöpä sekä dementia. (Saksela 2014, viitattu 8.12.2016.)

Normaaleihin ikääntymismuutoksiin kuuluu rasvan suhteellisen osuuden lisääntyminen kehossa. Paino kääntyy laskuun yleensä 70 ikävuoden jälkeen ja jatkaa alenemista 2-3kg kymmenessä vuodessa. Kehon pituus pysyy lähes samana kasvuiän jälkeen noin 40 vuoden ikään asti. 60 ikävuoden jälkeen pituus vähenee noin 2 cm kymmenessä vuodessa.

Luusto saattaa heikentyä jo 35–40 vuoden iässä. Selvemmat heikkenemismuutokset näkyvät 50 ikävuoden jälkeen etenkin naisilla, koska estrogeenin tuotanto vähenee. Lihaskunto on huipussaan 20–30 ikävuoden aikana ja sen säilyy lähes muuttumattomana 50 ikävuoteen asti, jos elintavoissa ei tapahdu suuria muutoksia. 50 ikävuoden jälkeen lihasvoima alkaa heiketä ja yli 65 vuotiailla lihaskunto heikkenee 1,5-2 % vuodessa. (Aromaa, Heikkinen & Rantanen 2008, 96-113.)

Merkittävimmät ikääntymisen tuomat muutokset sydän- ja verenkiertoelimistössä ovat sydämen maksimisykkeen aleneminen, sydänlihaksen supistumiskyvyn heikkeneminen ja iskutilavuuden

pieneneminen. Yhdessä nämä muutokset aiheuttavat sydämen suorituskyvyn heikkenemisen. Lisäksi valtimoiden seinämät jäykistyvät, seinämien sidekudoksien muutoksista johtuen. Tämä johtaa verenpaineen kohoamiseen. (Kaikkonen 2001, 219.)

Hengityselimistössä merkittävimpiä muutoksia ovat keuhkorakkuloiden pinta-alan pieneneminen, hiusverisuonien väheneminen, hengityselimistöjen voiman heikkeneminen sekä rintakehän joustavuuden aleneminen. Näistä muutoksista johtuen hengitystoiminnot alenevat. Sydän- ja verenkiertoelimistön muutokset ovat kuitenkin dramaattisempia kuin hengityselimistön muutokset. (Karvinen 1995, 17–18.)

Biologiseen vanhenemisprosessiin liittyy aina sekä sosiaalisia että psyykkisiä tekijöitä. Perintötekijät määräävät vanhenemisen tapahtumasarjan, mutta ympäristötekijät vaikuttavat siihen mahdollisesti suuressakin määrin. (Karvinen. 1995, 6).

2.3 Yleisimmät sairaudet ikäihmisillä ja niiden tuomat muutokset

Ikäihmisten sairaudet poikkeavat jonkin verran nuorempien sairauksista, vaikka samoihin sairauksiin voi sairastua iästä riippumatta. Ikääntyvillä ihmisillä vallitsevina sairauksina ovat sairaudet, jotka ovat kehittyneet pitkän ajan kuluessa. Hyvin yleisiä sairausryhmiä ovat sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, aineenvaihdunnan sairaudet, rappeutumissairaudet ja muistisairaudet. Usein tavataan myös hengityselinsairauksia. Vanhemmalla iällä sairauksien oireet voivat poiketa sairauden tavallisista oireista. Ne voivat olla joko monimuotoisempia tai lievempiä tai sairaus saattaa olla kokonaan oireeton. Sekavuus voi monessa tapauksessa olla sairauden ainoa oire. (Karvinen 1995, 65-66)

Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet ovat merkittävässä roolissa ikääntyneitä hoidettaessa. Näihin sairauksiin lukeutuu esimerkiksi sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, läppäviat, rytmihäiriöt, verenpaine-tauti, angina pectoris ja ateroskleroosi. (Syväne 2016, viitattu 27.10.2016.)

Yli 65-vuotiaista joka kolmas sanoo kärsivänsä muistioireista. Suurimmalla osalla heistä se ei kuitenkaan johdu muistisairaudesta, vaan oireet voivat johtua stressistä, kiireestä, väsymyksestä ja masentuneisuudesta. (Raivio, Suohenen & Tarnanen 2010, viitattu 27.10.2016.)

Alzheimerin tauti on yleisin muistisairaus. Sitä esiintyy 70% kaikista muistisairaista. Lisäksi muita eteneviä muistisairauksia ovat Lewyn kappale –tauti, aivoverenkiertosairaudet, Parkinson taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Raivio, Suhonen & Tarnanen 2010, viitattu 27.10.2016.)

Muistisairauksien riskitekijöitä ovat ikä, muistisairauksien esiintyminen suvussa, alhainen koulutustaso ja sosiaalinen eristyneisyys. Lisäksi riskitekijöitä ovat verenpainetauti, korkea kolesteroli, sokeriaineenvaihdunnan häiriö ja ylipaino. Liiallinen alkoholin käyttö, tupakointi ja pään vammat lisäävät muistisairauksiin sairastumisen riskiä. (Lehto & Mönkäre 2014, viitattu 27.10.2016.)

Muistisairauksiin ei ole olemassa parantavaa lääkitystä, mutta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitettu oireenmukainen lääkehoito hidastaa taudin etenemistä. Potilaan toimintakyvyn säilyttäminen mahdollisimman pitkään varmistetaan kuntouttavalla hoidolla ja ohjauksella. (Lehto & Mönkäre 2014, viitattu 27.10.2016.)

Vanhusten leikkauskelpoisuus tulee arvioida tarkemmin, koska heillä on keskimääräistä enemmän muitakin kuin kirurgisia sairauksia. Vanhusten kudokset ovat hauraampia ja niiden parantuminen kestää kauemmin kuin nuorilla. Leikkauksen jälkeiset kuntoutumismahdollisuudet tulee myös huomioida leikkauspäätöstä tehtäessä. Jos vanhus asuu yksin, hän voi tarvita joko kotiapua tai jatko-hoitopaikan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Vuorovaikutukseen, oppimiseen ja hoitotoimenpiteisiin tulee myös varata enemmän aikaa kuin nuorelle potilaalle. (Ahola ym. 2001, 64.)

2.4 Vanhuusiän delirium

Vanhuusiän delirium eli sekavuustila on elimellinen aivo-oireyhtymä, joka liittyy usein vaikeisiin somaattisiin sairauksiin. Deliriumpotilailla on hankaluuksia seurata ohjeita ja keskittyä. Heidän tietoisuutensa voi olla heikentynyt jopa tajunnan heikentymiseen saakka. Taudinkuvaan liittyy usein muistamattomuutta tai muita älyllisen toiminnan häiriöitä. Suurin osa vanhuusiän deliriumista kärsiviä ovat täysin passiivisia ja omissa maailmoissa. (Pitkälä 1996, viitattu 22.4.2016.)

Deliriumista kärsivän potilaan puhe ja ajattelu voivat olla harhailevaa ja järjestäytymätöntä. Potilaan psykomotoriikka usein muuttuu ja hänen uni-valverytminsä häiriintyy. Poikkeavat tunnereaktiot, kuten itkuisuus ja ärtyisyys kuuluvat myös deliriumin oireisiin. Oireet vaihtelevat eri vuorokauden aikoina ja ovat pahimmillaan ilta-yöaikaan. (Laurila, Pitkälä & Rahkonen 2006, viitattu 22.4.2016.)

Useissa tutkimuksissa on tullut esille, että deliriumia ennakoivia tekijöitä ovat olleet korkea ikä, toimintakyvyn heikkeneminen, dementia, vaikeat perussairaudet, tulehdussairaudet, suola- ja nestetasapainon häiriöt sekä eräiden lääkkeiden käyttö. Vanhukset ovat erityisen herkkiä saamaan deliriumin leikkauksen jälkeen huonon hapensaannin, leikkauksen aikaisen hypoperfuusion ja antikolinergisten lääkkeiden vuoksi. Yleisimpänä yksittäisenä deliriumin aiheuttajana pidetään lääkkeitä ja lääkkeistä erityisesti antikolinergisesti vaikuttavat lääkkeitä. (Pitkälä 1996, viitattu 22.4.2016.)

Virtsatietulehdus tai keuhkokuume ovat yleisempiä akuutin deliriumin aiheuttajia. Keuhkokuume voi vanhuksella ilmetä myös kuumeettomana. Vanhuspotilailla sekavuus voi olla ainoana oireena myös sydäninfarktille tai sydämen vajaatoiminnalle. (Pitkälä 1996, viitattu 22.4.2016.)

Deliriumia epäiltäessä tulisi potilaan psyykinen tila tutkia jollain älyllistä toimintaa mittaavalla testillä tai tarkkaavaisuutta ja orientaatiota mittaavilla kysymyksillä. Lisäksi tulisi haastatella potilaan omaisia hänen aikaisemmasta kognitiivisesta tilasta. Suurimmalla osalla deliriumpotilaista tavallimmat päivystyslaboratoriotutkimukset paljastavat oireyhtymän syyt. (Pitkälä 1996, viitattu 22.4.2016.)

2.5 Ikäihmisten somaattiseen erikoissairaanhoidon joutumisen yleisimmät syyt

Tapaturma- ja murtuma-alttius kasvavat ikääntymisen myötä. Vanhuksilla kaatumiset ovat suurin syy luunmurtumille. Kaatumisalttiutta lisäävät aistitoimintojen, nivelten liikkuvuuden ja lihasten heikkeneminen sekä sairaudet ja niiden lääkehoito. Kaatumisvammoissa tulee selvittää kaatumisen taustalla olevat syyt. Vuosittain ikääntyneistä kaatuu viidennes ja yleisemmin kaatuvat naiset. (Kröger ym. 2010.)

Päivystyksessä yleisimmät kotiutus- ja siirtodiagnoosit liittyvät huonovointisuuteen, sydänongelmiin, murtumiin, hengenahdistukseen ja neurologisiin ongelmiin. (Haapamäki, Huhtala, Löfgren,

Mylläri, Seinelä & Valvanne, 19.) Vuonna 2013 somaattisessa erikoissairaanhoidossa hoidettiin yhteensä lähes 2 miljoonaa potilasta. Heistä oli yli 65-vuotiaita 35,6%. Hoitajakset liittyivät tavallisiin sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksien, kasvainsairauksien, vammojen ja myrkytysten hoitoon. Yleisiä olivat myös hoitajakset liittyen tuki- ja liikuntaelimeihin, ruuansulatuselimeihin sekä hengityselimeihin. Erikoissairaanhoidossa eniten potilaita hoidettiin kirurgisilla osastoilla ja toiseksi eniten sisätautiosastoilla. (Rainio & Rätty 2015, 3-6.)

Ikääntyneille tehtävien toimenpiteiden määrä on kasvussa. Erikoissairaanhoidon vuodeosastolle saavutaan tavallisesti kotoa tai toisesta hoitolaitoksesta. Yli puolet tulee ajanvarauksen kautta ja loput päivystyksellisesti. Hoitajakset ovat tyypillisesti pisimpiä potilaita, jotka eivät asu kotona. Suurin osa erikoissairaanhoidosta kotiutuu omaan kotiin tai palveluasuntoon. Pieni osa siirtyy toiseen sairaalaan tai terveyskeskukseen. (Rainio & Rätty 2015, 3-6.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien gerontologista osaamista kirurgisilla vuodeosastoilla. Tavoitteena oli saada tietoa hoitajien tämänhetkisestä gerontologisesta osaamisesta ja saadun tiedon pohjalta mahdollistaa gerontologisen osaamisen kehittäminen niin osastoilla kuin hoitotyön koulutuksessakin. Tavoitteena oli myös syventää omaa gerontologista osaamista tutkimusprosessin aikana.

Tutkimustehtäväni oli:

1. Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat gerontologisen hoitotyön osaamisensa kirurgisella vuodeosastolla?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Metodologia

Valitsin kvalitatiivisen tutkimusotteen, koska laadullinen tutkimusote sopii aiheeseeni. Tutkin hoitajien omia kokemuksia tutkittavana olevasta aiheesta ja analysoin ne. Kvalitatiivisen tutkimuksen mukaisesti tarkoitukseni on kuvata tavallista elämää. Kvalitatiivinen tutkimus on muodoltaan avoimempi kuin kvantitatiivinen tutkimus. Tutkimuksen etenemisen vaiheet eivät välttämättä ole jäsenneltävissä etukäteen eri vaiheisiin, vaan voivat muotoutua tutkimuksen edetessä. Kvalitatiivisen tutkimuksen pääpiirteisiin kuuluukin tutkijan pyrkimys nähdä tutkittavien näkemys tulkittavana olevasta ilmiöstä tai ymmärtää ihmisen toimintaa tietyssä ympäristössä. (Kiviniemi 2010, 70.)

Laadullinen tutkimusprosessi voidaan nähdä myös eräänlaisena oppimisprosessina, jossa tutkija on pääasiallinen tutkimusväline, jonka kautta tietoa tutkimuskohteesta kertyy. Tutkimusprosessin aikana tutkijan tietoisuutta tutkittavasta asiasta pyritään lisäämään. (Kiviniemi 2010, 76.) Tutkimusmetodikseni valitsin teemahaastattelun. Teemahaastattelu antaa mahdollisuuden löytää monipuolisesti sairaanhoitajien kokemuksen ja tiedon gerontologisesta osaamisesta kirurgisilla vuodeosastoilla.

4.2 Tutkimuksen kohdejoukko ja tutkittavien valinta

Karkeimmillaan kvalitatiivinen tutkimus on aineiston ja analyysin ei-numeraalinen kuvaustapa. Vaikka tutkimusmetodeina kvalitatiivista ja kvantitatiivista tutkimusta ei tarvitse erotella toisistaan, perusasiat tulee tietää. (Tilastokeskus, Virsta, viitattu 2.3.2016). Tärkeimpinä kvalitatiivisen tutkimuksen erottavia tekijöitä kvantitatiiviseen tutkimukseen nähden ovat haastatteluiden kohdejoukot ja kysymysten muodot. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa haastateltavien valinta perustuu satunnaisotokseen ja kysymyksissä perusmuoto on strukturoitu kysymys, kun taas kvalitatiivisessa tutkimuksessa haastateltavat ovat ennakkoon valittu tiettyjen kriteerien perusteella ja kysymysasettelu on avoin kysymysasettelu tai teema. (Tilastokeskus, Virsta, viitattu 2.3.2016).

Haastateltavien määrään vaikuttaa, onko kyseessä kvalitatiivinen vai kvantitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivista tutkimusta tehdessä painotus on aiheen ymmärtämisessä, joten pienempikin haastateltavien määrä riittää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006). Yhdessä ohjaavan opettajan kanssa päädyin valitsemaan haastateltaviksi neljä sairaanhoitajaa ja yhteistyökumppanitkin hyväksyivät sen.

Laadullisessa tutkimuksessa on kyse harkinnanvaraisesta näytteestä, mikä tarkoittaa, että tutkittavat valitaan tutkijan asettamien kriteereiden perusteella. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, 2006.) Osastonhoitajat valitsivat tutkimukseeni neljä haastateltavaa kirurgisilta vuodeosastoilta. Kriteereinä oli, että hoitajat ovat ammattinimikkeeltään ja koulutukseltaan sairaanhoitajia, ovat töissä kyseisillä osastoilla ja heillä ei ole gerontologista erityisosaamista. Osastonhoitajat kyselivät osastoiltaan halukkaita haastateltavia ja lopulta sain haastateltua kolmea sairaanhoitajaa, koska yhden haastateltavan kanssa emme saaneet sovittua sopivaa haastatteluaikaa. Lähetin haastateltaville saatekirjeen (liite 1) tutkimuksen suorittamisesta. Saatekirjeessä kerroin, että tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla tämänhetkistä gerontologista osaamista hoitotyössä. Siinä myös mainittiin, että tutkimus suoritetaan haastattelemalla ja haastattelut nauhoitetaan. Lisäksi saatekirjeessä kerrottiin, että tutkimuksen tekemiseen on asianmukainen lupa ja haastateltavan vastauksia käsitellään luottamuksella, eikä haastateltavien tiedot paljastu tutkimuksessa. Ennen haastatteluja haastateltavat allekirjoittivat suostumuslomakkeen, jossa kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää milloin tahansa. (liite 3)

4.3 Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmä

Tutkimusmenetelmänä käytin teemahaastattelua. Teemahaastattelu on suosittu tapa kerätä aineistoa laadulliseen tutkimukseen. Kyseessä on keskustelu, mikä etenee teemojen mukaisesti haastattelijan johdolla. Siinä on tärkeää, että haastattelun rakenne pysyy haastattelijan hallinnassa. (Tilastokeskus, Virsta, viitattu 16.11.2016.) Haastattelun aihepiirit eli teema-alueet on määritelty etukäteen tutkimustehtävän mukaisesti ja tutkimustehtävä muodostui tietoperustasta. Teemat toimivat haastattelun runkona.

Haastattelin kolmea osastonhoitajien valitsemaa sairaanhoitajaa kahdelta kirurgiselta vuodeosastolta. Ensimmäinen haastattelu toimi esitestauksena kysymyksille. Esitestaus otettiin osaksi analysoitavaa aineistoa. Teemat valitsin tutkimustehtävän mukaisesti. Teemoina olivat ikääntymismuutosten huomioiminen hoidossa, ikääntyneen ihmisen perussairauksien huomioiminen hoidossa,

muistisairauksien huomioiminen hoidossa, vanhuusiän delirium ja sen huomioiminen hoidossa, kuntouttavan hoitotyön huomioiminen hoidossa, ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden huomioiminen hoidossa sekä ikääntyneen omaisten huomioiminen hoidossa ja vuorovaikutus heidän kanssaan. Kukin teema-alue sisälsi tarkentavia kysymyksiä ja lisäksi pyysin haastateltavia kertomaan esimerkkejä. (liite 2)

4.4 Aineiston keruun toteuttaminen

Aineiston keruu suoritettiin teemahaastattelulla yliopistollisen sairaalan kahdella kirurgisella vuodeosastolla kesän 2016 aikana. Osastonhoitajat valitsivat osastoilta yhteensä neljä haastateltavaa, joista haastattelin kolmea, koska emme saaneet yhden haastateltavaksi valitun kanssa sovittua sopivaa haastattelu-aikaa. Kaikki kolme haastattelua, esitestaus mukaan lukien, otettiin mukaan aineiston analyysiin. Esitestauksesta ei ilmennyt ongelmakohtia, joten en muuttanut teemahaastattelurunkoa seuraaviin haastatteluihin.

Ennen jokaista haastattelua pyysin haastateltavilta allekirjoituksen suostumuslomakkeeseen. (liite 3) Siinä kerrottiin, että keskustelu nauhoitetaan ja haastattelussa saatuja tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Lisäksi siinä mainittiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkittavalla on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen milloin tahansa. Lopuksi suostumuslomakkeessa todettiin vielä, että haastateltavan henkilöllisyys jää vain tutkijan tietoon ja aineisto hävitetään tutkimuksen loputtua.

Yhden haastattelun kesto oli noin yhden tunnin, johon haastateltavat saivat käyttää työaikaan. Haastattelujen ajankohdat sovin kunkin haastateltavan kanssa erikseen. Jokainen haastattelu tehtiin eri päivänä. Haastattelut toteutin rauhallisessa tilassa osastolla. Nauhoitin haastattelut kahdella nauhurilla ja myöhemmin litteroin ne.

4.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analyysimenetelmänä käytin teoriaohjaavaa sisällön analyysia. Loin tutkimusaineistosta, tässä tapauksessa litteroiduista haastatteluista, teoreettisen kokonaisuuden. Analysoitavat asiat valitsin tutkimuksen tarkoituksen, tehtävänasettelun ja teemojen mukaisesti. (ks. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi 2009, 91. Tuomi & Sarajärvi.)

Etenin aineistolähtöisen sisällönanalyysin mallin mukaan, joka on kuvattu teoksessa Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi (Tuomi & Sarajärvi 2009). Aloitin analyysin kuuntelemalla haastattelut ja litteroimalla ne. Sen jälkeen luin haastattelut ja perehdyin sisältöön, etsin pelkistettyjä ilmauksia ja listasin ne. Etsin teemojen sisältä pelkistetyistä ilmauksista samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, listasin ne ja muodostin alaluokkia, joita yhdistelemällä muodostin yläluokkia. Taulukossa 1 on esitelty alkuperäisten ilmauksien pelkistäminen ja jakaminen ylä- ja alaluokkiin. Yläluokkien yhdistämisellä sain muodostettua kokoavat käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

TAULUKKO 1. Esimerkki analyysistä

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
"riippuen potilaan kunnosta ja voinnista...pitääkö esimerkiksi anestesia­lääkärin käydä arvioimassa leikkauskunto"	Leikkauskunnon arvio	Komplikaatioiden ehkäisy	Parhaiden mahdollisten paranemisolosuhteiden luominen
"sepelvaltimotauti tulee ottaa huomioon hemoglobiinin seurannassa...kuitenkin se tippuu leikkauksen jälkeen, ettei tipu liian alas"	Hemoglobiinin seuranta erityisesti sydänsairailta		
"pyritään pitämään sokerit ideaalissa, niin toipuminen leikkauksesta on parempaa, kun ei ole sellaisia lisätekijöitä"	Diabeetikoilla sokeritasapaino	Sairauden tasapaino	
"kaikki on ennen ja jälkeen pidettävä mahdollisimman hyvässä balanssissa ennen toimenpiteitä"	Perussairaudet mahdollisimman hyvässä balanssissa ennen toimenpiteitä		

5 GERONTOLOGINEN OSAAMINEN HOITOTYÖSSÄ KIRURGISILLA VUODEOSASTOILLA HOITAJIEN KERTOMANA

Tutkimukseen osallistui 3 sairaanhoitajaa. Työkokemusta sairaanhoitajina haastateltavilla oli keskimäärin 2,7 vuotta. Työkokemusta kirurgisella vuodeosastolla haastateltavilla oli myös keskimäärin 2,7 vuotta.

5.1 Ikääntymismuutokset ja niiden huomioiminen hoidossa

Normaaleja ikääntymismuutoksia ovat hoitajien mukaan fyysisten ominaisuuksien heikkeneminen, kuten luiden haurastuminen, lihaksiston surkastuminen, aineenvaihdunnan hidastuminen ja yleinen toimintakyvyn heikkeneminen. Lisäksi useat hoitajat mainitsevat perussairauksien ja muistisairauksien lisääntymisen.

”Hitaus tulee myöskin, ja se vaikuttaa semmoiseen kuntoutumiseenkin, on se hitaampaa ikäihmisellä.”

Komplikaatioiden ennaltaehkäisy, vahinkojen välttäminen, parhaiden mahdollisten edellytysten luonti paranemiselle sekä ikääntyneen tilan saattaminen mahdollisimman hyvin tasapainoon ennen toimenpidettä nousevat pääsyiksi ikääntymismuutosten huomiointille kirurgisessa hoitotyössä. Kävi ilmi, että esimerkiksi kuivumat ovat iäkkäillä yleisiä, kun he välttävät suolan käyttöä. Ikääntyneet saattavat olla osastolle tullessa valmiiksi kuivuneita, ja heidät on saatava sen osalta tasapainoon ennen toimenpidettä.

”Niin monesti saattaa olla natriumarvot liian matalat vanhuksilla, monesti sanotaan, ettei saa syödä suolaa ja sitten vanhukset ei uskalla syödä suolaa ja sitten heillä on natriumit aina matalat.”

Nesteytyksestä huolehtiessa tulee huolehtia myös siitä, ettei annettu nestemäärä kerry elimistöön, vaan seurataan, että virtsamäärät ovat riittäviä. Tarvittaessa virtsaamista avustetaan nesteenpois-

tolääkkeillä. Hoitajien mukaan ravinnottaolijoilla nestehoidon toteutus on erityisen tärkeää. Nesteytyksen lisäksi huomioidaan ikääntyneiden mahdollinen huono ruokahalu ja annetaan tarvittaessa lisäravinteita.

”Monesti täällä se ruokahalu saattaa olla huono, eli saatetaan käyttää näitä lisäravinteita...tehojuomia.”

Liikuntakyvyttömillä potilailla ilmapatjat, antidecubituspatjat sekä asentohoito kahden tunnin välein ovat ensiarvoisen tärkeitä toimia ehkäisemään painehaavaumien ja muiden komplikaatioiden syntymistä. Toimintakyvyn ja rajoitusten puitteissa lähdetään liikkeelle niin pian kuin mahdollista. Fysioterapeutit ovat haastateltavien mukaan siinä merkittävässä roolissa.

”Parin tunnin välein pitää asentoa vaihdella vähintään. Sitten lisäksi meillä on painehaavan ehkäisyyn ilmapatjasängyt käytössä ja sitten on antidecubituspatjat ja semmoisia apuvälineitä siihen asentohoitoon.”

Ikääntyneen näkö ja kuulo selvitetään jo tulohaastattelussa. Jos niissä on ongelmia, niin huolehditaan, että aistitoimintojen heikkenemiseen tarkoitettut apuvälineet ovat saatavilla. Ymmärrettävyyttä lisätään myös selkeällä kielellä ja valaistuksella. Valaistus, asianmukaiset sukat ja kengät auttavat välttämään vahinkoja

”No tietenkin se, että pyritään niinku ohjaamaan potilas, sillä lailla, että jos hänellä on jotakin apuvälineitä niihin aistitoimintojen heikkenemiseen, silmälasia, kuulolaitteita, niinku ohjataan, katsotaan, että ne ovat päällä ja kuulee mahdollisimman hyvin, mutta sitten lisäksi kaikki, jos vähän tasapaino heittää tai muuta, niin sitten pystyy kaikilla kengillä ja sukilla ja valoisuudella ja semmoilla vaikuttaa siihen, että miten pystyy sitten toipumaan siitä...”

Pienenergisissä murtumissa tutkitaan laboratoriokokeiden avulla, onko osteoporoosia tai muuta syytä murtumille. Lähes kaikille ikääntyneille aloitetaan osastohoidon aikana kalkkilisät.

”Mutta jos esimerkiksi on jotakin matalaenergisää murtumia minkä takia leikataan, niin niillähän yleensä aloitetaan sitten ne kalkkitabletit ja sitten meillä on semmoinen matalaenergistien murtumien...käy se hoitaja tuolta eripäästä haastattelemassa sitä potilasta ja ottaa siitä tietyt labrat, mistä sitten seulotaan sitä osteoporoosiriskiä.”

Hoitajien mukaan vahinkoja vältetään myös huomioimalla ikääntyneiden lihaksiston kunto. Heikompi kuntoisilla käytetään liikkeelle lähtiessä enemmän asianmukaisia apuvälineitä ja voidaan tarvittaessa käyttää käsipari.

”Niin lihaksisto on monesti heikompi, että se pitää sitten huomioida siinä, kun lähdetään liikkeelle, että pitää luultavasti olla enemmän apuvälineitä, apukäsiä ehkä siinä sitten aluksi varsinkin. Ja sen takia me myös pyritään mahdollisimman nopeasti liikuttamaan, että se lihaksisto aika nopeasti surkastuu, jos sänkyyn jää.”

Säännöllisillä vitaalinelintoimintojen mittauksilla huomataan hoitajien mukaan ajoissa yleisvoiminnan muutokset ja ehkäistään komplikaatioiden muodostuminen. Mahdolliset aikaisemmat komplikaatiot huomioidaan myös. Mittausten lisäksi laboratoriokokeet otetaan säännöllisesti, koska ikääntyneillä veriarvot saattavat heitellä herkemmin kuin nuorilla.

Jotta ikääntyneille taataan parhaat mahdolliset edellytykset parantua, heitä ei kotiuteta ennen kuin kunto sen sallii. Tarvittaessa heidät siirretään jatkohoitoon.

”Niin meiltä ei kotiuteta kotiin ennen kuin katsotaan, että se toimintakyky riittää siellä kotona apuvälineiden kanssa ja että tietää että siellä on apua, että meidän lähetetään sitten jatkohoitoon ja jatkohoito hoitaa sitten kotiutuksen, että yleensä vanhemmat ihmiset varsinkin lähtevät jatkohoitoon vielä kuntoutumaan.”

5.2 Ikääntyneen ihmisen perussairauksien huomioiminen hoidossa

Hoitajien mukaan osastojen ikäihmisillä on monenlaisia perussairauksia. Sydän- ja verisuonisairaudet, erilaiset keuhkosairaudet, muistisairaudet, aivoverenkierrosairaudet ja diabetes ovat yleisiä. Ennen toimenpiteitä perussairaus on tärkeää saada tasapainoon. Sitä kautta vähennetään komplikaatoriskiä ja nopeutetaan toipumista. Anestesia- ja leikkauksen lääkäri arvioi tarvittaessa ikääntyneen leikkauksen.

Hemoglobiinin seuranta sydänsairailta ja verensokerin seuranta diabeetikoilla toistuvat yksittäisinä toimenpiteinä kaikissa haastatteluissa. Hemoglobiiniarvo laskee kuitenkin leikkauksessa, joten

verta voidaan tarvittaessa antaa jo ennen leikkausta. Sydänsairailta ikääntyneillä hemoglobiinin lasku vaikuttaa yleisvointiin.

Haavojen paranemisen ja muun toipumisen vuoksi verensokeri on tärkeää pitää ideaalina. Suurin osa osastoille takaisin tulevista infektiopotilaista on diabeetikkoja. Diabeetikoilla infektioriski on huomattavasti suurempi.

”Just se diabetes lisää infektioriskiä paljon, niin hidastaa haavan paranemista. Suurin osa jotka tulevat meille takaisin infektiona ovat diabeetikkoja.”

Sydämen- tai munuaisten vajaatoimintaisilla nesteytyksessä pitää huomioida, ettei aiheuteta potilaalle keuhkopöhöä. Heille pidetään nestelistaa, jossa seurataan, minkä verran nesteitä on mennyt sisään ja minkä verran poistunut. Keuhkohtaumatautipotilaiden kohdalla tulee tietää, ettei happea saa antaa liikaa. Erilaisten muistisairauksien kohdalla taas huomioidaan potilaan toimintakyky. Selvitetään, pystyykö potilas ottamaan ohjeita vastaan ja noudattamaan niitä.

Ikääntyneillä, joilla on perussairauksia, on usein myös lääkitykset niihin. Ennen toimenpiteitä jotkut lääkkeet tauotetaan ja tämän vuoksi seurataan tarkasti heidän vointiaan. Toimenpide saattaa lisäksi vaikuttaa joidenkin sairauksien kulkuun, joten siksikin potilaiden vointia seurataan tiiviisti.

”Jos tehdään toimenpiteitä, niin kaikkia lääkkeitähän ei pysty syömään mitä siihen perussairauksiin mennee, niin sittenhän niitä pitää seurata tarkemmin, että tuleeko siinä mitään komplikaatioita sen myötä.”

Hoitajat toivoisivat lisää tietoa kaikista sairauksista. Kirurgisella osastolla sisätaudit tuntuvat vaikeammilta ja niissä usein konsultoidaan sisätautien osastoa. Harvinaisempien sairauksien kohdalla etsitään yhdessä tietoa ja sitä kautta opitaan lisää.

5.3 Muistisairauksien huomioiminen hoidossa

Kaikki haastattelemani hoitajat ovat osastoilla hoitaneet paljon muistisairaita potilaita. Ympäristön vaikutus, omaisten mukanaolo, hoitajan, hoidettavan sekä eri hoitopaikkojen välinen yhteistyö ovat

ratkaisevia tekijöitä muistisairaahan hoidon onnistumisen kannalta. Esimerkiksi kommunikointiongelmat hoitajien ja muistisairaiden välillä aiheuttavat paljon ongelmatilanteita.

Ympäristön muutos ja mahdolliset toimenpiteet muuttavat muistisairaata usein sekaviksi ja aggressiivisiksi. Useamman hoitajan mukaan kotona rauhallinen ja tyytyväinen muistisairas voi osastolla muuttua aivan eri ihmiseksi. Muistisairauksia on myös eri tasoisia. Lievästi muistisairaata pystyvät itse kertomaan taustatietonsa, kun taas pidemmälle edenneissä taustatiedot pitää selvittää muilta tahoilta.

Haasteena hoitajat kokevat sen, että muistisairaata eivät usein kommunikointikyvyn menettämisen myötä ole kovin hoitomyönteisiä. Tarvitaan mielikuvitusta, kun keksitään erilaisia keinoja saada muistisairas yhteistyökykyiseksi.

”Lisäksi tällaiset joilla on se kommunikointikyky mennyt, niin he eivät välttämättä ole sitten enää hirveän hoitomyönteisiä. He eivät halua, että heitä käännetään, jolla estettäisiin painehaavoja, he ei halua syödä tai muuta niin se on aina oma iso haaste.”

”Vasta oli potilas, joka tykkäsi laulaa, niin meillä sitten laulettiin, että sitten hoitajatkin lauloivat. Yritettiin kyllä miellyttää parhaamme mukaan, just että laulettiin ja sitten yritettiin syöttää, välillä yks lusikka meni sieltä täältä.”

Vaikeimmissa tapauksissa on pitänyt perustaa omahoitajarinkejä. Joskus on myös jouduttu rajoittamaan lepositeilla. Aina kuitenkin yritetään mahdollisimman pitkään selvittää rajoittamatta potilaan oikeuksia. Joissakin tapauksissa se on kuitenkin välttämätöntä potilaan turvallisuuden vuoksi.

Hoitajien kokemuksen mukaan muistisairaita rauhoittaa vieraassa ympäristössä, kun kotoa on tuotu joku tuttu esine tai tavara, johon voi keskittyä. Läsnä oleminen ja esimerkiksi rauhoittava painava peitto auttavat muistisairasta kokemaan olonsa turvalliseksi. Turvallisuuden tunne lisää yhteistyökykyä.

Iso osa muistisairaista potilaista tulee jostain hoitopaikasta ja lähtee osastolta jatkohoitopaikkaan. Hoitopaikkojen välinen yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää hoidon jatkuvuuden kannalta. Hoito-ohjeet lähetetään potilaan mukana jatkohoitoon siirryttäessä ja lisäksi varmistetaan, että ne ymmärretään. Jos muistisairas kotiutetaan, niin varmistetaan, että kotihoito tai muu hoitava taho saa selkeät jatkohoito-ohjeet ja ymmärtää niiden toteutuksen.

”On tärkeää, että sitten kun siirtyy jatkohoitoon, että sinne laitetaan hyvin kattavat hoito-ohjeet, siitä mitä potilaalle on täällä tehty ja miten se kuntouttaminen jatkuu.”

Hoitoa hankaloittaa muistisairaiden mahdollinen aggressiivisuus ja sekavuus sekä resurssien puute, kun osastolla on sama määrä hoitajia muistisairaiden potilaiden lukumäärästä riippumatta. Omahoitajarinkejä perustetaan vain hankalimmissa tapauksissa. Tilan rajallisuus on myös esteenä mahdollisimman hyvän hoidon tarjoamiselle. Voi olla esimerkiksi tilanteita, jolloin sekava muistisairas pitää koko huonetta hereillä huutelemalla, mutta yhden hengen huoneita ei ole hänelle tarjota.

”Itseä pelottaa hoitajana se, että eihän se nyt vaan tule tuolta laitojen yli sängystä tai... se on hankalaa, koska pakko kumminkin olla muittenkin potilaiden luona ja pitää heistä samalla hyvää huolta, kun ei voi olla koko ajan siinä vierellä eikä ole aikaa olla sen yhden potilaan kanssa.”

Hoitajat toivoivat lisää tietoa rauhoittavien lääkkeiden käytöstä. Vaikka lääkärit määräävät ne, niin hoitajat toivoisivat, että olisi enemmän tietoa, milloin niitä kannattaa antaa ja milloin ei. Lisäksi he toivoivat neuvoja muistisairaahan kohtaamiseen ja muihin keinoihin rauhoitella tilannetta, ettei tarvitsisi turvautua rajoittamiseen.

”Joillakin vanhuksilla, joilla käy sitten paljon omaisia, niin ne saattavat tuoda ihan jotakin, vaikka tyynyä kotoa, tai jotakin semmoista mikä on semmoinen tuttu...mutta siis se on ihan sama juttu, että ne saattavat rauhoittaa ja ne saa nyplätä sitä omaa, niin ne eivät ole niin semmoisia rauhoittomia.”

5.4 Vanhuusiän delirium ja sen huomioiminen hoidossa

Deliriumoireiden tunnistaminen ikääntyneellä voi olla hankalaa, jos ei tiedä potilaan taustoja ja minäkäläinen hän on kotioloissa. On tärkeää, että omaiset tai muu hoitava taho on mukana hoidossa, koska silloin huomataan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekavuusoireet ja voidaan hoitaa potilasta sen mukaan. Hoitohenkilökunnan tieto ja kokemus auttavat myös oireiden tunnistamisessa. Jos deliriumpotilasta ei ole aikaisemmin nähnyt, niin tunnistaminen on tällöin vaikeaa. Syitä deliriumille ovat esimerkiksi ympäristön muutos, toimenpiteet ja lääkkeet. Hoitajien mukaan ei ole

harvinaista, että orientoitunut ikäihminen muuttuu sekavaksi ja aggressiiviseksi leikkauksen jälkeen. Silloin konsultoidaan lääkäriä ja yleensä alkuun määrätään jotain rauhoittavaa lääkettä.

”Jos meille tulee asiallinen potilas, jota ei ole vielä leikattu ja sitten hän yhtäkkiä mennee ihan täysin sekaisin, niin sittenhän me lähetään ensimmäisenä selvittämään sitä, että mistä se mahdollisesti voisi johtua.”

”Monestihan omaisetkin sanovat, ettei se kotona ole yhtään tuollainen, niin se saattaa olla se ympäristön muutoskin mikä tulee heti kun astuu noista meidän ovista sisään, niin se saattaa mennä vähän sekaisin.”

Deliriumin syitä selvitetään ja yritetään järjestää mahdollisimman turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö oirehtivalle. Yhden hengen huoneet olisivat ideaaleja, mutta resurssien puutteen vuoksi mahdottomia. Monesti oireet näkyvät sekavuuden ja aggressiivisuuden lisäksi vitaalielintoimintojen muutoksina. Deliriumpotilaat usein myös vastustavat hoitoa. Hoitohenkilökunnan tulee kertoa potilaalle rauhallisesti toimenpiteistä ja välttää tilanteen kärjistymistä rajoittamiskeinojen käyttämiseen.

”Totta kai niin se sekavuus ja ylipäättänsä semmoinen saattaa monesti näkyä, että ei pysy sängyssä, saattaa monesti kaikki tippaletkut sun muut irrottaa, katetrit revittää ballonkeineen irti ja niin sitä sattuu melko usein. Ja kyllähän sen näkee kaikista perusvitaalimittauksistakin, että on sykkeet korkeat ja verenpaineet ovat taivaissa ja saattaa olla se hengitys pinnallista.”

Hoitajien mukaan oman turvallisuuden kannalta hoitotyö on haastavampaa deliriumoireista kärsivien potilaiden kohdalla. Sekavan potilaan rauhoittelusta hyötyy molemmat osapuolet. Osastoilla käy geriatri säännöllisesti ja häntä konsultoidaan deliriumpotilaan hoidosta. Hoitajat muistuttavat myös siitä, että deliriumoireet voi tulla, vaikkei vanhus kärsisikään muistisairaudesta.

5.5 Kuntouttava hoitotyö ja sen huomioiminen hoidossa

Kuntouttava hoitotyö on hoitajien mukaan potilaan omien voimavarojen tunnistamista ja niiden hyödyntämistä. Kuntouttavaan hoitotyöhön vaikuttavat tekijät voidaan jakaa edistäviin ja estäviin. Po-

tilaan omat voimavarat, hoitajan kannustus, apuvälineet, hyvät puitteet, keskusteluapu ja hengellinen apu kuuluvat edistäviin tekijöihin. Estäviin tekijöihin kuuluu omat rajoitteet, huonot puitteet, resurssien vähyys ja hoitajien välinpitämättömyys.

”Kuntouttava hoitotyö on minun mielestä sitä, että huomioidaan ensinnäkin ne potilaan omat, mihin hän on kykenevä ja pyritään siihen, että hän tekee niin paljon itse kuin hän pystyy. Että joillakin vanhuksilla se lähtee siitä, että napitatko paitasi auki, tai laitatko tämän napin kiinni, pesetkö itse kasvossi, ja kaikista tämmöisistä sitten, mitä enemmän on sitä toimintakykyä, enemmän pyydetään sitä, että potilas itse tekee.”

Tärkeänä koetaan, että mahdollisimman pian toimenpiteen jälkeen saavutetaan aikaisempi toimintakyky. Ei jäädä sänkyyn makaamaan, vaan aletaan kuntoutua rajoitusten puitteissa heti. Hoitajien kannustus, fysioterapeuttien apu ja vanhuksen aikaisemman toimintakyvyn tunnistaminen ovat siinä tärkeässä osassa. Lisäksi totutellaan käyttämään erilaisia apuvälineitä liikkumisen tukena.

”mahdollisimman äkkiä pyritään saamaan potilas ylös sieltä sängyn pohjalta, koska vanhuksilla, niin niillähän tosi äkkiä se kunto laskee. Ettei ole yks tai kaks vanhusta, jotka saa lonkkamurtuman ja jää sen jälkeen sängynpohjalle”

Hoitajan tulee huomioida, että ikääntynyttä saattaa pelottaa liikkeelle lähteminen ja hän on saattanut luovuttaa jo paljon ennen osastolle tuloa. Näissä tilanteissa keskusteluavun ja tarvittaessa hengellisen avun tarjoaminen voivat helpottaa. Hoitajien mukaan monet vanhukset tarvitsevat toimenpiteen jälkeen paljon kannustusta, eivätkä he uskalla omatoimisesti alkaa toimia. Suurin työ on saada asenne muuttumaan sekä hoitajilla että hoidettavilla. Ikääntyneet saattavat kokea, että heillä teetetään hoitajien töitä, eivätkä he välttämättä ymmärrä, että se tehdään heidän parhaakseen. Kiireessä hoitajasta voi tuntua, että hän ehtisi asian tehdä paljon nopeammin sen sijaan, että teettää sen ikääntyneellä.

”monestihan niillä saattaa olla, että eihän se ole pelkästään se juttu, että he ovat tulleet tänne ja heitä leikataan, vaan siellä voi olla niin paljon muitakin asioita, tekijöitä heidän elämässään, että heillähän saattaa olla semmoinen luovuttanut asenne jo tullessaan, että ei heillä ole mitään tarvetta edes nousta, niin silloin varmaan joutuu enemmän niitä henkisiä ja psyykkisiä puolia kohtaamaan. Yrittää niistä keskustella ja saada se motivaatio käynnistettyä sillä.”

”joillekin muuten tällainen kuntouttava hoitotyö on niin kuin hengitystekniikoitakin, kuten esimerkiksi pulloon puhallusta ja sekin on tärkeä juttu, kun maataan paljon, ettei tule mitään keuhkokuumetta”

Kuntouttava hoitotyö toteutui haastateltavien mukaan suurimmaksi osaksi heidän osastoillaan. Pääpaino itse kuntoutuksessa tosin on jatkohoitopaikoilla, koska hoitoajat heidän osastoillaan ovat lyhyet. Arkena ja päiväsaikaan siihen on paremmin resursseja, kun fysioterapeutitkin ovat paikalla ja hoitohenkilökuntaa on enemmän. Illalla ja viikonloppuisin hoitajia on vähemmän ja silloin ei ole niin paljon aikaa keskittyä kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen. Hoitajien tietämys vaikuttaa myös siihen. Pitää tietää, miten potilasta saa liikutella ja onko mitä liikerajoituksia. Pitää myös huomata, mitkä asiat voi teetättää potilaalla itsellään ja mitkä ovat järkevää tehdä itse.

”Esimerkiksi iltavuorossa ei hoitajalla ole mitenkään aikaa lähteä kävelyttämään, vaikka lonkkamurtumapotilasta, joka on leikattu. Siihen tarvis kaksi hoitajaa aina ja meitä on viis täällä, 22 potilasta osastolla niin se ei ole ykkösprioriteetti silloin. Siinä on myös riskit, että jotakin sattuu, siinä pitää olla useammat kädet apuna.”

Lisää tietoa hoitajat kokevat tarvitsevansa ergonomiasta ja potilaiden liikuttelusta. Ergonomiasta he haluavat tietoa etenkin hoitohenkilökunnan hyvinvointia ajatellen. Koska osastoilla on paljon vuodepotilaita, niin olisi tärkeää käyttää siirtoihin oikeaa tekniikkaa.

5.6 Ikääntyneen lääkehoidon erityispiirteiden huomioiminen hoidossa

Hoitajien kokemuksen mukaan lähes kaikilla ikääntyneillä lääkelistat ovat pitkiä. Heillä menee erilaisia lääkityksiä moniin perussairauksiin ja lisäksi heillä menee lääkkeitä erilaisiin oireisiin, jotka aiheutuvat runsaasta lääkityksestä. Sairaudet, runsas lääkitys, lääkkeiden sivuvaikutukset, ikääntyneen fysiologiset muutokset, hoitajien tietämys ja tekniikka ovat pääasioita ikääntyneen kokonaislääkehoitoa tarkastellessa.

”no siis nimenomaan vanhuksilla monesti menee näihin perussairauksiin, joita yleisesti on enemmän, niin menee omat lääkkeet, niistä huomioiminen kaikki, että niillä ei ole mitään interaktioita keskenään”

Erilaiset sairaudet vaikuttavat ensinnäkin erilaisten lääkkeiden tarpeeseen ja lisäksi ne vaikuttavat siihen, miten ikääntynyt pystyy lääkkeen ottamaan tai muistaako hän ottaa sitä. Runsas lääkitys voi johtaa lääkkeiden yhteisvaikutuksiin, jotka tosin joissain tapauksissa voivat olla toivottujakin. Lääkkeiden sivuvaikutukset saattavat olla kiusallisia ja usein niitä hoidetaan uudella lääkkeellä. Hoitajien mukaan ikääntyneen normaalit fysiologiset muutokset vaikuttavat lääkkeen imeytymiseen ja poistumiseen elimistöstä. Lääkeaine saattaa olla imeytymättä kokonaan tai se voi imeytyä kerralla suurena määränä.

Hoitajilla on apuvälineinä hyvät lääketietokannat, mutta se ei korvaa tietämystä. Osastoilla on myös farmaseutit ja tarvittaessa geriatria konsultoidaan lääkkeistä. Farmaseuteilta kysytään, jos on jotain epäselvää lääkitykseen liittyen.

Muistisairaat saattavat jättää lääkkeet syömättä ja voi olla hankalaa saada selville potilaan todellista lääkitystä. Lääkelistat saattavat olla puutteellisia, eikä niitä välttämättä ole päivitetty pitkään aikaan. Hoitajat joutuvat usein selvittämään usealta taholta potilaan todellista lääkitystä, jos potilas itse ei pysty sitä kertomaan.

”Vasta oli vanhus, joka itse jakoi lääkkeet ja oli alkavaa muistisairautta, hän ne otti, kun otti ja se, että kukaan ei tarkastanut niitä lääkkeitä, onko hän syönyt niitä kuinka hyvin, että tosi hankala oli sitten tehdä meille sitä lääkelistaa, että minkälainen se lääkelista sitten oikeasti on mitä hän syö ja minkälaisella annostuksella.”

Ikääntyneillä voi olla nielemisvaikeuksia tai muita syitä, miksi lääkettä ei pystytä antamaan tavallisesti suun kautta. Silloin pitää selvittää saako lääkkeen murskata, liettää tai onko sillä vaihtoehtoinen antotapa esimerkiksi suonensisäisesti.

”Vanhuksilla saattaa myös olla tällaisia ihan fyysisiä asioita, että he eivät enää pysty nielemään tabletteja, isoja tabletteja, niin pitää tietää myös, että mitä saa murskata, mitä ei saa murskata, onko olemassa jotain muita keinoja, miten pystyisi lääkkeitä antaa.”

Osastolle tullessa usein joudutaan aloittamaan vahvat kipulääkkeet. Kipulääkkeitä aloitettaessa tulee huomioida ikääntyneen kotilääkitys. Ikääntyneet kestävät heikommin vahvoja opiaatteja ja heillä saattaa kotilääkkeenä olla jo menossa esimerkiksi opiaattipohjainen kipulaastari. Vahvat kipulääkkeet voivat aiheuttaa hengityslamaa.

”muillakin leikkauspotilaille vahva kipulääkitys, niin monesti ikäihmiset reagoivat sille kipulääkitykselle eri lailla, saattaa olla, että annokset ovat pienempiä kuin nuoremmilla ihmisillä, tai sitten suuremmat, riippuu siitä mihin se ihminen on totunut.”

Kommunikoimattomien ikääntyneiden kanssa lääkkeen tarvetta ja vaikuttavuutta arvioidaan kehonkieltä lukemalla ja vitaaleja seuraamalla. Kovissa kivuissa esimerkiksi verenpaine ja syke tavallisesti nousevat. Vitaaleja seurataan myös siksi, että nähdään mahdollisten komplikaatioiden syntyminen.

Monilla ikääntyneillä menee verenhennuslääkkeitä ja niiden kanssa pitää olla tarkkana, koska niillä on paljon yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa. Lisäksi ennen toimenpidettä useat verenhennuslääkkeet pitää tauottaa, jottei verenvuotoriski olisi niin suuri.

Yksi haastateltavista toivoi lisäkoulutusta verenpaineeseen vaikuttavista lääkkeistä. Ei suoranaisesti verenpainelääkkeistä, vaan muista lääkkeistä, jotka välillisesti vaikuttavat myös verenpaineeseen. Yleisesti hoitajat toivoivat lisää tietoa ikääntyneen lääkehoidon kokonaisuudesta. Heidän mukaansa se on paljon monimutkaisempaa kuin nuoremmen ihmisen lääkehoito, kun siihen vaikuttaa niin moni asia. Lisätietoa kaivattiin myös lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja ikääntymismuutosten vaikutuksista lääkeaineiden pitoisuuksiin elimistössä

5.7 Ikääntyneen omaisten huomioiminen ja vuorovaikutus heidän kanssaan

Kaikki haastateltavat ovat sitä mieltä, että ikääntyneen omaisten mukanaolo hoidossa on toivottavaa ja yleensä ottaen yhteistyö heidän kanssaan on ongelmaton. Ikääntyneen omaisten huomiointiin ja vuorovaikutukseen vaikuttavat asiat voidaan karkeasti jakaa edistäviin ja haittaaviin tekijöihin, joskin monet tekijät sopivat tilanteesta riippuen molempiin kategorioihin.

Vuorovaikutukseen ja huomiointiin vaikuttavia tekijöitä ovat omaisten mukaan ottaminen, omaisten aktiivisuus, omaisten erilaisuus, potilaan tunteet, potilaan toiveet, omaisten tunteet ja toiveet, muutokset potilaan tilassa ja hoitohenkilökunnan suhtautuminen.

Sairaalassa oloaika voi ikääntyneestä tuntua pitkästyttävältä ja heillä voi olla turvattomuuden tunnetta. Omaisten läsnäolo on usein tällaisissa tilanteissa suurena apuna. Yleensä omaiset ovat itse aktiivisia ja kyselevät ikääntyneen potilaan vointia. Joissakin tapauksissa hoitajat ovat joutuneet pyytämään omaisia valitsemaan yhden yhdyshenkilön, joka on yhteydessä sairaalaan ja tiedottaa muita omaisia, jotta heidän työaikansa ei menisi kokonaan puhelimesta puhumiseen. Hoitajat eivät tavallisesti ota omaisiin yhteyttä muuten kuin niissä tilanteissa, kun ikääntynyt siirretään toiseen hoitoyksikköön tai hänen tilassaan tapahtuu muutos huonompaan suuntaan.

Hoitohenkilökunta todistaa usein tilannetta, missä ikääntyneen potilaan toiveet ja tunteet eivät kohdata omaisten tunteiden ja toiveiden kanssa. Erityisesti tämä näkyy siinä vaiheessa, kun kuoleman hetki lähestyy, eivätkä omaiset ole valmiita luopumaan. Silloin voi esiintyä hoitohenkilökunnan syytelyä ja tyytymättömyyttä heidän toimintaan.

”Joskus saattaa paistaa omaisistakin läpi tietynlainen syyllisyydentunto, että ehkä jos he olisivat tehneet asioita toisin, niin näin ei olisi välttämättä tapahtunut tai muuta, niin joka sitten taas saattaa näkyä semmoisena, että saatetaan olla hoitajia kohtaan sitten semmoinen, että miksette ole tehneet tätä, miksette ole tehneet tätäkään, miksi tuo on tehty noin ja hirveen semmoisena, että jotenkin puretaan sitä omaa huolta hoitajiin.”

Omaiset saattavat myös purkaa huonoa omaatuntoaan ja pahaa oloa hoitohenkilökuntaan. Usein taustalla on omaisen tunne, että hänen olisi pitänyt huolehtia ikääntyneestä paremmin. Näin saattaa käydä myös tilanteissa, kun mietitään, onko ikääntyneen potilaan kokonaishoidon kannalta järkevämpää tehdä iso leikkaus tai muita raskaita toimenpiteitä vai tyydytäänkö hyvään perushoittoon. Omaiset eivät oman tunnemyrskyn vuoksi pysty välttämättä ajattelemaan ikääntyneen parasta näissä tilanteissa.

”Sitten niin semmoisia ristiriitatilanteita aina väliin tulee, että jos potilas on niin huonossa kunnossa, että kannattaako enää leikata, onko se isompi riski leikata kuin olla leikkaamatta, tai jos se vointi huononee ja jos ei ole tehty valmiiksi mitään hoidonrajoituksia...Sitten se että tuntuu ettei omaiset aina huomaa, kun omaisen on niin läheinen ja tärkeä ja rakas, että joskus on vaan parempi tyytyä siihen mahdollisimman hyvään perushoittoon ja siihen että, että aina ei kannata yrittää liikaa, että se voi joskus olla sitten vaan vaikeampaa sille potilaalle.”

Hoidonrajoituksia ja hoitotestamentteja pitäisi hoitajien mukaan tehdä enemmän. Ne helpottavat ikääntyneen potilaan viimeisinä elinaikoina, kun siinä vaiheessa voi olla hankalaa muuten selvittää potilaalta omaa tahtoa. Potilaan omaa tahtoa kunnioitetaan myös siinä, että luovutetaan tietoja omaisille. Joskus he ovat erikseen kieltäneet tietojen luovuttamisen joillekin omaisille. Hoitajat varmistavat aina soittajan tai kyselijän henkilöllisyyden ja tarkistavat potilaan papereista, saako tietoja luovuttaa ennen kuin puhuvat potilaan asioista.

”Yleensä, jos ne on ne puhelinnumerot sinne kirjattu, niin heille nyt uskaltaa tietoja antaa. Ja tietysti jos on hyvin asiallinen, niin voi pyytää myöskin soittamaan suoraan tälle potilaalle.”

Huonojen uutisten kertomiseen ja omaisten tukena olemiseen hoitajat haluaisivat saada lisää neuvoja. Huonojen uutisten kertomista ei välttämättä haastateltavien mukaan koskaan täysin opi, mutta kokemus voi tuoda helpotusta. Lisäksi hoitajat kaipaisivat selkeää linjausta, mitkä tiedottamiset kuuluvat lääkärille ja mitkä hoitajille.

”aina, jos on tämmöisiä tosi ikääntyneitä ja ne on huonossa kunnossa, niin sehän on aina raskasta kohdata niitä omaisia, tai on vähän semmoinen, että mitenhän tässä pitäisi olla ja mitä minun kuuluisi sanoa, etten sano väärin ja ehkä helpottaisi meidän työtä, kun osan asioistahan tiedottaa lääkäri ja osan tiedottaa hoitajat, että olisi semmoinen selkeä linja, että mikä kuuluu sairaanhoitajalle ja mikä kuuluu lääkärin tehtäväksi, niin ei tulisi semmoisia, että voinkohan minä nyt puhua tuosta magneettivastauksesta.”

Hankaluuksia hoitajilla on myös ollut Kanta-arkiston lupien kanssa. Jos ikääntynyt ei itse voi lupaa enää antaa, niin kenen tehtäviin se kuuluu? Haasteita tuo lisäksi kiire ja se, kun omaiset kysyvät potilaan ennustetta. On hankalaa olla kiireessä ystävällinen omaisille ja antaa heille aikaa.

”Sitten hoitajalta kysytään just tämmöistä ennustetta ja miten asiakas sairaudesta toipuu, kuinka nopeasti ja milloin päästään kävelemään, ja milloin pääsee kotiutumaan. Niitä on vaikea sanoa koska ikäihmisillä kestää se kuntoutuminen todella kauan”

5.8 Vapaa sana

Vapaassa sanassa hoitajat nostavat vielä uudestaan esille ajantasaisen tiedon siirtyminen eri hoitopaikkojen välillä. Toivottiin, että potilaiden tullessa osastolle heillä olisi mukana yhtä kattava tietopaketti kuin lähtiessä. Tämä vähentäisi huomattavasti hoitajien työtä, kun ei tarvitsisi selvittää potilaan tietoja muista hoitoyksiköistä. Lisää tietämystä hoitajat toivovat ruokavalion ja nestehoidon toteuttamiseen ja elintoimintojen muutoksiin. Hoitajat myös painottivat, että ikääntyneiden kanssa työskennellessä tulee laittaa itsensä likoon ja tehdä työtä omalla persoonallaan.

”Vanhustenhoito on oma alansa, siinä pitää tosi paljon pitää tehdä työtä omalla persoonallaan. Toki kaikkien potilaiden kanssa, mutta varsinkin jotenkin vanhusten kanssa. Yrittää huomioida mistä hän on tullut ja mitä on ehkä kokenut.”

6 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata hoitajien tämän hetkistä gerontologista osaamista hoitotyössä kirurgisella vuodeosastolla. Tutkimukseen osallistuneilla sairaanhoitajilla oli kaikilla lähes saman verran työkokemusta kirurgisella vuodeosastolla. Asiat, jotka tuottivat vaikeuksia ja joista toivoisi lisää tietoa, olivat lähes samoja kaikilla haastateltavilla. Koska tutkimuksessa ei ollut mukana pidempää työkokemusta omaavia hoitajia, ei pystytä sanomaan, olisiko vaikeutta tuottavat asiat olleet erilaisia heillä verrattuna vähemmän työkokemusta omaaviin.

Vertasin tuloksia Tuula Tarhosen pro gradu –tutkielmaan Gerontologinen osaaminen hoitotyössä (2013). Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat käyneet täydennyskoulutuksen gerontologiseen erityisosaamiseen ja tutkijan käyttämät teemat poikkesivat osittain tässä tutkimuksessa käytetyistä. Lisäksi hoitajat eivät työskennelleet kirurgisilla vuodeosastoilla.

Molemmissa tutkimuksissa nousi esiin gerontologisen hoitotyön haasteellisuus. Gerontologinen osaaminen edellyttää tietämystä normaaleista ikääntymismuutoksista ja lisäksi vaaditaan tietoa ikääntyneen sairauksista ja niiden hoidosta. Gerontologista hoitotyötä ei voi ajatella pelkästään sairaanhoitona, vaan ikääntynyt ihminen pitää huomioida kokonaisuutena. Ikääntyneen omien voimavarojen tunnistaminen, toimintakyvyn ja elämänlaadun tukeminen olivat molemmissa tutkimuksissa hoitajien mukaan keskeisiä asioita hoidossa.

6.1 Ikääntymismuutosten ja ikääntyneen perussairauksien huomioiminen hoidossa

Tutkimuksessani parhaiden mahdollisten paranemismahdollisuuksien luonti, ikääntyneen tilan saattaminen mahdollisimman hyvään tasapainoon sekä komplikaatioiden ennaltaehkäisy nousivat tärkeimmiksi syiksi huomioida ikääntymismuutokset kirurgisessa hoitotyössä. Tarhosen (2013) tutkimuksessa nousi esiin normaalien ikääntymismuutosten tunnistaminen ja erottaminen sairauksien aiheuttamista muutoksista.

Asentohoito ja erilaiset painehaavoja ehkäisevät patjat olivat hoitajien mukaan liikuntakyvyttömiä potilaiden kohdalla tärkeitä komplikaatioiden ehkäisykeinoja. Liikuntakykyisten iäkkäiden kanssa koettiin tärkeäksi huomioida lihaksiston kunto ja sen mukaan kuntouttaminen apuvälineitä apuna

käyttäen. Ikäihmisiä ei myöskään kotiutettu ennen kuin kunto sen salli. Tarhosen (2013, 25.) tutkimuksen mukaan hoitajat joutuivat välillä todistamaan, miten laitoksesta kotiutettiin ikäihmisiä ja heidän sanottiin pärjäävän kotona, vaikkei näin tosiasiasa ollut.

Verensokerin seuranta diabeetikoilla, hemoglobiinin seuranta sydänsairailta ja nesteytyksen seuranta sydämen- tai munuaisten vajaatoimintaisilla toistuivat yksittäisinä toimenpiteinä perussairauksien huomioidussa. Keuhkohtaumapotilaille taas ei saanut antaa liikaa happea. Hoitajien mukaan perussairaus tuli saada tasapainoon ennen mahdollisia toimenpiteitä, jotta komplikaatoriskiä pienennettäisiin. Rönnekaan (2011, 451.) mukaan diabeteksen huono hoitotasapaino heikentää elimistön normaalia puolustuskykyä ja altistaa leikkauksen jälkeisille infektioille.

Keuhkohtaumataudin pahenemisvaiheen hoidosta sanotaan Terveystieteissä seuraavasti: happea voidaan antaa viiksillä tai maskilla, mutta annostelussa tulee noudattaa varovaisuutta ja pyrkiä 88-92% happikylläisyyteen. (Helin 2016. viitattu 22.11.2016.) Lisää tietoa hoitajat toivoivat kaikista sairauksista ja erityisesti sisätaudeista. Kirurgisilla osastoilla sisätautisista asioista konsultoitii usein sisätautiosastoja. Tarhosen (2013) tutkimuksessa hoitajat kokivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa geriatrisista sairauksista. Hänen tutkimuksessaan haastateltavien mukaan vuorovaikutustaidot olivat keskeisempiä gerontologisen osaamisen taitoja ja osaamista tulisi laajentaa, koska ikääntyneet ovat meidän palveluissa kaikkialla. (Tarhonen 2013, 46.)

6.2 Muistisairaudet ja delirium sekä niiden huomioiminen hoidossa

Muistisairaiden hoidon onnistumisen kannalta ratkaisevia tekijöitä olivat hoitajien mukaan yhteistyö eri hoitopaikkojen ja hoitohenkilökunnan välillä, ympäristön vaikutus, sekä omaisten mukanaolo. Muutokset ja toimenpiteet saattoivat ajaa muistisairaat sekaviksi ja aggressiivisiksi. Kommunikointikyvyttömät ja heikosti kommunikoivat muistisairaat toivat haastetta hoidon toteuttamiseen, kun he eivät usein olleet kovin hoitomyönteisiä. Näissä tapauksissa hoitajat käyttivät mielikuvitusta ja eri keinoin pyrkivät löytämään yhteisymmärryksen muistisairaahan kanssa. Hoitajien kokemuksen mukaan muistisairaat rauhoittuivat vieraassa ympäristössä, jos heillä oli joku tuttu esine tai tavara, johon he pystyivät keskittymään.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa hoitajat kokivat tärkeäksi muistisairaahan huomioimisen ja ajan antamisen heille. Muistisairaiden toiveita kuunneltiin, vaikkeivat he itse olisi pystyneet enää asioista

päättämään. Hoitajat olivat myös sitä mieltä, että muistisairaat saattavat kokea turvattomuutta yksin jäädessään. Myös Tarhosen (2013) tutkimuksessa hoitajat kokivat, että muistisairaiden kanssa piti keksiä mielikuvituksen mukaan erilaisia kommunikointikeinoja. Vaikka toimintaympäristöt Tarhosen haastatteleminen ja minun haastatteleminen hoitajien välillä olivat hyvin erilaiset, niin silti samat toimintamallit toistuvat muistisairaiden kanssa työskennellessä. (Tarhonen 2013, 27-28.)

Haastattelemani hoitajien mielestä deliriumoireiden tunnistaminen voi olla vaikeaa, jos potilasta ei ole aikaisemmin nähnyt eikä tunne hänen taustojaan. Kirurgisella osastolla ei heidän mukaansa ole harvinaista, että orientoitunut ihminen muuttuu sekavaksi ja aggressiiviseksi leikkauksen jälkeen. Deliriumoireiden syiksi hoitajat luettelivat esimerkiksi ympäristön muutoksen, toimenpiteet ja erilaiset lääkkeet.

Terveystieteissä (2015) vanhuusiän deliriumista kirjoitetaan, että se on somaattisten syiden aiheuttama elimellinen aivo-oireyhtymä, jonka keskeisinä oireina ovat tarkkaavaisuuden häiriöt, heikentynyt tietoisuus ulkomaailmasta, äkillinen kognition tason lasku sekä usein myös näköharhat ja järjestäytymätön ajattelu. Hauraat ja monisairaat, etenkin muistisairaat iäkkäät ovat herkimpiä sairastumaan deliriumiin. Delirium on yleinen toipumista vaikeuttava komplikaatio. Jotkut lääkkeet voivat pahentaa deliriumin tilaa ja usein akuutin deliriumin taustalta löytyy tavallisia sairauksia, kuten infektioita. (Laurila 2015, viitattu 29.11.2016.)

Lääkärilehdessä (2015) olevan katsauksessa kirjoitetaan, että akuutin sairauden yhteydessä ainakin 15-20% vanhuspotilaista kehittyy delirium ja se altistaa toimintakyvyn heikentymiselle ja laitoshoidon joutumiselle. Vanhuspotilaan tullessa sairaalaan pitää selvittää akuuttia sairautta edeltävä toimintakyky ja sairauden parantamisen lisäksi toimintakyky tulee saattaa edeltävälle tasolle. Katsauksen mukaan suurin haaste deliriumin tunnistamisessa oli sen äkillisen alun toteaminen, ellei potilaan aikaisemmasta toimintakyvystä ollut aikaisempia tietoja. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015, viitattu 29.11.2016.)

6.3 Kuntouttava hoitotyö sekä ikääntyneen omaisten huomiointi ja vuorovaikutus heidän kanssaan

Potilaan omat voimavarat, hoitajan kannustus, apuvälineet, hyvät puitteet, keskusteluapu ja hengellinen apu kuuluivat haastattelemini hoitajien mukaan kuntouttavaa hoitotyötä edistäviin tekijöihin. Estäviin tekijöihin kuului omat rajoitteet, huonot puitteet, resurssien vähyyys ja hoitajien välinpitämättömyys.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa haastateltavien mukaan ikääntyneen omaiset suhtautuivat kielteisesti kuntouttavaan työotteeseen. Heidän mielestään asenteen taustalla oli aikaisemmin vallinnut normi, jonka mukaan sairasta ja ikääntynyttä tulee palvella. Hoitajat myös kertoivat, että kuntouttavan työotteen merkitys tiedettiin, mutta silti saatettiin toimia toisin. Ongelmana oli hoitajien kiinnostuksen tai sitoutumisen puute. (Tarhonen 2013, 38-40.)

Haastattelemani hoitajat painottivat ikääntyneen toimintakyvyn saattamista mahdollisimman pian aikaisemman tasolle. Siinä aikaisemman toimintakyvyn tunnistaminen oli tärkeässä osassa. Molemmista tutkimuksista kävi ilmi, että suurin haaste oli saada asenne kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan muuttumaan sekä hoitajilla että potilailla. (Tarhonen 2013, 40.)

Tutkimuksessani omaisten mukanaoloa hoidossa toivottiin ja yhteistyö heidän kanssaan koettiin pääasiassa ongelmattomaksi. Aktiivisten omaisten kanssa hoitajat usein joutuivat sopimaan yhden yhdyshenkilön, joka toimi linkkinä sairaalan ja muiden omaisten välillä, jotta hoitajien koko työaika ei kuluisi tiedottamiseen.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa haastateltavat kokivat, ettei omaisten kanssa tehty riittävästi yhteistyötä. Haastateltavat kokivat myös, että omaisten osallistuminen iäkkään hoitoon olisi tärkeää, jotta hoitajat tietäisivät, kuka on ikääntyneen ensisijainen omainen. (Tarhonen 2013, 25.)

Haastattelemani hoitajat kertoivat, että hoitohenkilökunta joutuu myös todistamaan tilanteita, missä ikääntyneen potilaan toiveet ja tunteet eivät kohtaa omaisten tunteiden ja toiveiden kanssa. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunta saattoi joutua syyttelyn kohteeksi. Hoitajien olivat sitä mieltä, että hoidonrajoituksia ja hoitotestamentteja pitäisi tehdä enemmän, jotta ristiriidoilta vältyttäisiin.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa haastateltavien mukaan osa omaisista oli kiinnostunut ikääntyneen hoitoon liittyvistä asioista, mutta suurin osa ei kuitenkaan riittävästi. Hoitajien mukaan omaisia pitäisi kuunnella enemmän ja heihin pitäisi ottaa useammin yhteyttä. (Tarhonen 2013, 33-34.)

6.4 Ikääntyneen lääkehoito

Hoitajien mukaan lähes kaikkien iäkkäiden lääkelistat olivat pitkiä ja lääkkeitä meni perussairauksien lisäksi eri runsaasta lääkityksestä johtuviin sivuvaikutuksiin. Ikääntyneen lääkehoidon toteutuksessa oli hoitajien mukaan tärkeä muistaa ikääntyneen fysiologiset muutokset ja niiden vaikutus lääkeaineen imeytymiseen. Lääkehoidossa haasteena koettiin muistisairaiden lääkkeiden syömistä jättäminen ja sitä kautta todellisten lääkitysten selvittäminen.

Iäkkäiden kipulääkitys nousi tutkimuksessani lähes kaikkien haastateltavien kohdalla merkittäväksi asiaksi lääkehoidon toteuttamisessa. Hoitajien mukaan kirurgisella vuodeosastolla aloitettiin usein vahva kipulääkitys ja siinä piti huomioida sekä iäkkään kotilääkitys että heikompi opiaattien kestävyys.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa haastateltavat kokivat, että iäkkäiden kivun hoito ei ole riittävää etenkin muistisairaiden kohdalla. Hoitajat saattoivat pitää ikääntyneitä kivussa, kun he eivät uskaltaneet antaa tarpeeksi vahvaa kipulääkettä, vaikka lääkemääräys olisi ollut voimassa. Hoitajat saattoivat pelätä, että iäkkäälle kehittyä riippuvuus lääkettä kohtaan. Hoitajat myös kokivat, ettei heillä ollut riittävästi tietoa lääkehoidosta ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. (Tarhonen 2013, 46.)

6.5 Johtopäätökset

Tuloksista voidaan päätellä, että gerontologinen osaaminen ei ole pelkästään kliinisten taitojen hallitsemista ja tiedon kartuttamista, vaan vuorovaikutusosaaminen, kyky tehdä yhteistyötä eri tahojen kanssa sekä iäkkään kokonaisvaltainen hoitaminen ovat siinä keskeisessä roolissa. Pitää olla tietämystä ikääntyneiden perussairauksista, erottaa normaalit ikääntymismuutokset sairauden aiheuttamista sekä hallita lääkehoito ja miten lääkkeet vaikuttavat eri lailla ikääntyneen elimistössä.

Tarhosen (2013) tutkimuksessa sanottiin, että gerontologinen hoitotyö on kokonaisuus, jonka hallitseminen vaatii yksittäisten tietojen tai taitojen sijaan monipuolista ja laajaa tiedollista ja taidollista osaamista, keskeisimpinä niistä vuorovaikutustaidot ja eettisesti kestävä toiminta.

Tuloksista kävi ilmi, että hoitajien ja hoidettavien asenne kuntouttavaa hoitotyötä kohtaan oli varsin huono, vaikka sen merkitys tiedettiin. Sama näkyi Tarhosen (2013) tutkimuksessa. Siinä lisäksi omaiset olivat kuntouttavaa hoitotyötä vastaan, joko tietämättömyyttään tai aikaisempien toimintamallien vuoksi. Lääkärilehden (2015) tutkimuksen mukaan sairaala ja päivystyspisteet ovat passiivisia ympäristöjä ja potilaat usein omaksuvat nopeasti hoidon kohteen roolin. Vaikka tiedetään, että liike on usein paras lääke, niin silti toimitaan usein päinvastoin. Asennemuutos pitää lähteä hoitohenkilökunnasta ja sen puolesta tulee puhua niin potilaille kuin omaisillekin.

Lääkehoidossa erityisesti runsaasti lääkittyjen mahdolliset yhteisvaikutukset ja iäkkään kivunhoito olivat ongelmakohtia hoitohenkilökunnalle. Ikääntyneiden aikaisemman lääkityksen huomiointi, ikääntyneen kipulääkkeiden sieto ja samalla riittävä kivunhoidon toteuttaminen tuntuu välillä vaikealta sovittaa yhteen. Tarhosen (2013) tutkimuksen mukaan iäkkäille ei uskallettu eri syistä antaa riittävästi lääkettä ja näin he saattoivat kärsiä kivusta, vaikka lääkärin määräysten mukaan lääkettä olisi saanut antaa.

Omaisten kohtaamisessa haasteena oli potilaan ja omaisten toiveiden yhteen sovittaminen. Hoitajat puhuivat hoitotestamenttien ja hoitotahtojen puolesta, koska niiden avulla säästetään monelta ristiriidalta. Hoitajien mukaan omaiset eivät usein tunnemyrskyn keskellä pysty ajattelemaan potilaan parasta, etenkin jos kuoleman hetki on lähellä. Tarhosen (2013) tutkimuksen mukaan muistisairaiden kohdalla omaisten mukanaolo on erityisen tärkeää, kun potilaan tahtoa on vaikea muuten selvittää.

7 POHDINTA

Alun perin aloitin tutkimuksen yhdessä opiskelukaverini kanssa, mutta hän joutui henkilökohtaisista syistä jättämään koulun kesken tutkimuksen aikana. Näin saatoin tutkimuksen loppuun yksin.

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta on tutkijoiden välillä erilaisia koulukuntia. Tutkimuksessani valitsin sen suuntauksen, jonka mukaan määrällisen tutkimuksen arviointikriteerit eivät sovellu laadullisen tutkimuksen arviointiin. Siinä ajatellaan laadullisen tutkimuksen tulokinnan oleva tutkijan persoonallinen näkemys, eikä se ole toistettavissa tai siirrettävissä toiseen asiayhteyteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole määritelty yhtä selkeitä kriteereitä kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Siitä huolimatta voidaan esittää joitakin kriteereitä, joiden avulla kvalitatiivista tutkimusta on mahdollista arvioida. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215-216.) Kriteereitä ovat uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus, tutkimustilanteen arviointi, varmuus, riippuvuus, vakiintuneisuus, vahvistettavuus ja vahvistuvuus. (Sarajärvi & Tuomi 2002, 136-167.) Arvioinnissa huomioidaan tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analysointi ja tutkimuksen raportointi.

Tarkoituksenmukaista laadullisessa tutkimuksessa on valita tutkimusaineistoon halukkaita haastateltavia. Tutkittavien valintaperiaate tulee ilmetä tutkimusraportissa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 215-216.) Opinnäytetyön suunnittelupalaverissa sovittiin, että osastojen osastonhoitajat kysyvät halukkaita sairaanhoitajia haastateltaviksi.

Kun aineisto kerätään haastattelemalla, raportista tulee ilmetä, minkälaisia ja kuinka laajoja haastatteluteemoja tutkittaville on esitetty. Mikäli kysymykset ovat liian suppeita, luotettavuus kärsii ja toisaalta taas liian laajat teemat aiheuttavat valtavan määrän tutkimusaineistoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 217.) Kun tutkimuksen suorittajana olin samalla alalla haastateltavien kanssa, piti olla tarkkana, etten johdatellut liikaa vastauksia haluamaani suuntaan kysymyksen asettelulla, vaan pyrin objektiivisuuteen ja olin tietoinen omista ennakkokäsityksistä.

Tutkijalta edellytetään luovuutta ja valmiutta tarkastella asioita eri näkökulmista sekä kykyä käsitteelliseen ajatteluun laadullisen aineiston analysoinnissa. Siinä aineistoa tulkitaan kehittämällä yläluokituksia ja niille alaluokituksia. Tutkijan tulee kirjata ja perustella oma luokitteluperusteensa analyysin luotettavuuden arvioimiseksi. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 219.) Keräsin aineiston teemahaastattelulla ja analysointiin käytin sisällönanalyysimenetelmää. Haastattelukysymykset ja apukysymykset olivat seitsemän teeman alla ja niillä sain vastaukset tutkimustehtävään.

Laadullisen tutkimuksen raportoinnista ei anneta yhtä selviä ohjeita kuin määrällisestä tutkimuksesta. Aineiston kerääminen ja sen analysointi sekoittuvat usein toisiinsa, mutta siitä huolimatta raportoinnissa on pyrittävä selkeyteen. Raportti tulee olla kirjoitettuna niin, että lukija tulee vakuutuneeksi tutkijan tekemien ratkaisujen oikeutuksesta, muodostettujen luokkien perusteluista sekä tutkimuksen kulun luotettavuudesta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 220.) Tutkimukseni määriteltiin selkeästi haastattelun teemat ja niiden alle tulevat haastattelukysymykset. Vastauksista muodostin ala- ja yläluokat. Raportissa näkyy henkilökohtainen ote, kokemukset ja esiymmärrys aiheesta.

Kellekään haastateltavalle ei annettu teemahaastattelun kysymyksiä etukäteen ja heille esitettiin kysymykset haastattelutilanteessa samalla tavalla. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta heikensi tutkittavien vähäinen määrä ja tutkittavien samankaltaiset työhistoriat sairaanhoitajina kirurgisilla vuodeosastoilla. Näin en pystynyt tuloksia tarkastellessa vertailemaan työkokemuksen vaikutusta niihin.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Vuonna 1964 annetussa Helsingin julistuksessa on käsitelty asioita, jotka on huomioitava pohdittaessa tutkimuksen eettisyyttä. "1. Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. 2. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. 3. Keskeistä on se, että tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää sen koska tahansa. 4. Vastuu on tutkimuksen johtajalla. 5. Kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava tietyt ongelmat, esimerkiksi

se, milloin tutkittavia voi manipuloida, ja se onko toimenpide mahdollisesti eettisesti oikein.” (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 27.)

Tutkimusongelmia pohtiessa käsitellään ne arvot, jotka ohjaavat tutkimusongelman valintaa ja tutkimusta. On tärkeää tiedostaa, että tutkimuksessa on tietyt rajaukset ja arvovalinnat ja näin ollen tutkijan näkökulma on rajoittunut. Tutkimusnäkökulman rajaaminen tulee selkeästi kuvata raportissa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.)

Tutkijalla ja tutkimusorganisaatiolla on vastuu siitä, mitä tietoa voidaan käyttää ja mitä ei. Tarvittaessa sovitaan erillisistä tutkimusluvista. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Opinnäytetyön suunnittelupalaverissa kävi ilmi, ettei eettisen luvan tarvetta tutkimukselle ole. Tutkimussuunnitelman ollessa valmis ja hyväksytty, hain tutkimuslupaa tältä sairaalalta. Tutkimusluvan myönsi ylihoitaja. Kun tutkimuslupa myönnettiin, lähetin haastateltaville saatekirjeen, jossa heidän suostumus varmistettiin ja heitä tiedotettiin tutkimuksesta. Saatekirjeessä mainittiin tutkijan lisäksi ohjaavat opettajat. En syyllistynyt tutkimusta tehdessä vilppiin tai plagiointiin. Täytin Oulun ammattikorkeakoulun yhteistyösopimuksen, jossa mainittiin opinnäytetyön tekijä, toimeksiantaja sekä koulu. Yhteistyösopimuksessa oli erikseen sopimusehdot, jossa sovimme opinnäytetyön tuloksien tekijänoikeuksista.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavalle on taattava anonymiteetti, koska tutkittavien määrä on pieni. Heidän tulee tietää myös tutkimuksen mahdollisista riskeistä ja siitä saatavasta hyödystä. Tutkittavien tulee saada riittävästi tietoa, mutta se ei saa vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Tutkittaville ei annettu haastattelun teemoja eikä haastattelukysymyksiä etukäteen.

Tutkimustuloksia julkaistaessa huomioitiin osallistujien anonymiteetin säilyttämisen, eikä raportissa kirjoitettu sellaista, mikä paljastaisi tutkittavan yksilön näkemyksiä. Nimettömyys ei yksin riitä, koska edes tutkittavan lähipiiri ei saa tunnistaa tutkittavia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 28.) Raportti annettiin luettavaksi tutkittaville ennen kuin se julkaistiin, jotta he saivat itse varmistaa anonymiteettinsä säilyttämisen. Jos tutkittava koki, että hänen näkemyksensä paljastui raportista, muokkasinkin sitä sopivammaksi.

Hävitin nauhoitteet ja haastattelumuistiinpanot raportin valmistuttua. Lisäksi hävitin suostumuslomakkeet, joihin haastateltavat olivat laittaneet allekirjoituksensa. Mistään jäljelle jääneistä aineistoista ei käy ilmi, tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys.

Itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja tutkimusmenetelmien oikea valinta ovat osa tutkimuksen eettisyyttä. Tutkijan tulee myös antautua ohjaukseen ja hakea neuvoa, mikäli hän ei tiedä miten toimia. Tutkija on vastuussa hänelle annetusta ajasta ja se tulee käyttää vastuullisesti. (Pauonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31-32.) Valmistauduin haastattelutilanteisiin asianmukaisesti ja käytin haastatteluun varatun ajan haastattelemiseen. Pysyin aikataulussa ja tiedotin tutkittavia, ohjaavia opettajia ja toimeksiantajia tutkimuksen etenemisestä.

7.3 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi. Aloitin työn yhdessä opiskelukaverini kanssa keväällä 2015. Syksyn 2015 työ oli kokonaan tauolla, kun olin vaihto-opiskelijana ulkomailla. Keväällä 2016 haimme tutkimuslupaa ja aloimme suunnitella haastatteluja. Kesän 2016 aikana haastatelimme hoitajat. Opiskelijakaverini jättäytyi tässä vaiheessa henkilökohtaisista syistä johtuen pois, joten suoritin työn loppuun yksin. Syksyn 2016 aikana analysoin aineiston ja kirjoitin raportin puhtaaksi. Tutkimussuunnitelmaan laadittiin tavoite, että opinnäytetyö valmistuu kokonaisuudessaan joulukuun mennessä, joten aikataulussa pysyttiin.

Opinnäytetyön tekemisen alkuvaiheessa olisi ollut hyvä huomata, että aineiston analysointi ja raportin kirjoittaminen olivat yllättävän työläitä vaiheita. Toisaalta ne olivat myös erittäin antoisia vaiheita, koska sinä aikana aineisto tuli hyvin tutuksi ja samalla mietini omia mielipiteitä aineistosta esille tulleista asioista. Mielestäni omalla kohdalla ammatillista kasvua tapahtui eniten juuri työn tässä vaiheessa.

Ammatillinen kasvu oli yhtenä tavoitteena opinnäytetyötä suunnitellessa ja koen, että prosessin aikana kasvua on tapahtunut. Asioita on oppinut ajattelemaan useammalta eri kantilta ja niiden pitäminen itsestään selvyysinä on vähentynyt. Olen huomannut, että mitä enemmän tietoa ja kokemusta karttuu, niin sitä vähemmän voi olettaa tietävänsä vastaukset ongelmiin suoralta kädeltä. Tieto ja kokemus ovat saaneet aikaan sen, että asioita pyrkii katsomaan puhtaalta pöydältä vailla liioja ennakko-oletuksia.

Olen aina viihtynyt ikääntyvien kanssa ja opinnäytetyötä tehdessä minulla on vain vahvistunut tunne, että haluan tehdä tulevaisuudessa työni heidän parissa. Tutkimukseni tuloksetkin sen osoittavat, että työtä tällä saralla riittää.

7.4 Työn yleistettävyyden ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien tämänhetkistä gerontologista osaamista kirurgisilla vuodeosastoilla. Sama tutkimus voitaisiin hyvin tehdä esimerkiksi terveyskeskuksen vuodeosastolla tai kotisairaanhoidossa ja eri paikoissa tehtyjen tutkimusten tuloksia olisi mielenkiintoista vertailla keskenään.

Yliopistollisen sairaalan kirurgiset vuodeosastot ovat usein erikoistuneet hoitamaan suppean erikoisalalan potilaita, joten tämän tutkimuksen tuloksia ei voi välttämättä suoraan yleistää muihin ikääntyneitä potilaita hoitaviin yksiköihin. Sairaanhoitaja koulutuksessa tuloksia voidaan hyödyntää ja tulokset voivat havahduttaa ihmiset huomaamaan ikääntyneiden kasvava määrä terveydenhuollon asiakkaina ja kuinka tärkeää se olisi huomioida koulutuksessa.

Yhtenä mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena olisi haastatella ikääntyneitä ja heidän kokemuksiaan hoitajien osaamisesta. Siinä tutkimuksessa voisi enemmän keskittyä vuorovaikutusosaamiseen ja eettiseen osaamiseen. Voisi myös tutkia, miten omaiset kokevat hoitajien gerontologisen osaamisen. Mielenkiintoista olisi myös tietää, miten tulokset muuttuisivat, jos hoitajat kävisivät jonkun koulutuksen gerontologiseen osaamiseen liittyen ja tutkimus suoritettaisiin uudestaan.

Tutkimuksesta olisi voinut tulla laajempi ja vastaajien välille enemmän eroja, jos haastateltavia olisi ollut enemmän ja haastateltavien työhistoriat olisivat olleet vaihtelevammat. Tutkimuksessani kaikki haastateltavat olivat toimineet sairaanhoitajina lähes saman aikaa, joten tuloksista ei voinut verrata työkokemuksen vaikutusta osaamiseen.

LÄHTEET

Aro, H. & Kettunen, J. 2010. Luunmurtumat. Teoksessa: Kröger, H., Aro, H., Böstman, O., Lassus, J. & Salo, J. (toim.) Traumatologia. 7. täysin uud. p. Helsinki: Kandidaattikustannus Oy.

Ahola, J. Alanko, A. Lehtonen, T. Suominen, S. & Ukkola, V. 2001. Kirurgia. Porvoo: WS Bookwell Oy. 9-64.

Aromaa, A. Heikkinen, E. Rantanen, T. 2008. Gerontologia. Helsinki: Duodecim. 96-113.

Eliopoulos, C. 2014. Gerontological Nursing. 8th Edition. China.

Haapamäki, E. Huhtala, H. Löfgren, T. Mylläri, E. Seinelä L. & Valvanne, J. 2014. Iäkkäät päivystyksen käyttäjinä. 70 vuotta täyttäneiden tamperelaisten päivystyskäynnit vuosina 2011-2012. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. 19.

Heikkinen E. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Suomalaisten terveys. Duodecim. Terveyskirjasto. Päivitetty 18.7.2005. Viitattu 25.3.2015, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00049

Helin, T. 2016. Keuhkohtaumatauti (COPD). Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 22.11.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00178&p_haku=keuhkohtaumatauti

Jääskeläinen, A. 2005. Osaamisen mittaaminen ja osaamiseen liittyvä riskienhallinta terveydenhuollon organisaatiossa. Tampereen teknillinen yliopisto. Teollisuustalouden laitos. Diplomityö. Viitattu 15.3.2016, <http://docplayer.fi/3011548-Aki-jaaskelainen-osaamisen-mittaaminen-ja-osaamiseen-liittyva-riskienhallinta-terveydenhuollon-organisaatiossa.html>

Jämsen, E. Kerminen, H. Strandberg, T. & Valvanne, J. 2015. Kun tauti paranee, mutta potilas ei –Sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen. Lääkärilehti 14-15. Viitattu 29.11.2016, <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL142015-977.pdf>

Kaikkonen, H. 2001. Ikääntymisen vaikutukset kestävyys- ja lihaskuntoon. Teoksessa M. Suominen, P. Kannys, M. Käyhty, L. Ahvo, M-L. Rahikainen, H. Kaikkonen, L. Timonen, M. Koivula, T. Berg, M. Salmelin, A. Jalkanen-Mayer. Ikääntyvien liikunta, terveys ja toimintakyky. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 219.

Karvinen, E. 1995. Ikäänny viisaasti: gerontologiaa ikäihmisille. Lahti: Vanhustyön koulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio. 6-18, 65-66.

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.) Ikku-noita tutkimusmetodeihin. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 70-76.

Kurkela, R. Virsta. Tilastokeskus. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 2.3.2016, <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan sekavuusoireyhtymän oireet ja diagnostiikka. Akuuttihoito-opas. Terveysportti. Viitattu 29.11.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho01320&p_haku=vanhuusi%C3%A4n%20delirium

Lehto, H. & Mönkäre, R. 2014. Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoidajan käsikirja. Terveysportti. Viitattu 27.10.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_haku=muistisairaudet

Nurminen, L. 1995. Hoitotyö ja sen oppiminen sairaanhoitajakoulutusta aloittavan opiskelijan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden koulutusohjelma. Pro Gradu-tutkielma.

Opetusministeriö, koulutus- ja tiedepolitiikan osasto, 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 15.3.2016, <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 27-32, 215-220.

Pitkälä, K. 1996. Vanhuksen sekavuustila – alidiagnosoitu ja huonoennusteinen oireyhtymä. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 22.4.2016,

http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo60108&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=

Rainio, J. & Rätty, T. 2015. Somaattinen erikoissairaanhoido 2013. Tilaustoraportti 1/2015 Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.10.2016, http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125551/Tr01_15_raportti_fi_sv_en.pdf?sequence

Raivio, M. Suhonen, J. & Tarnanen, K. 2010. Muistisairaudet. Käyvän hoidon potilasversiot. Terveyskirjasto. Viitattu 27.10.2016, http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094

Rönnemaa, T. 2011. Diabeetikko leikkauksissa ja erityistutkimuksissa. Teoksessa Ilanne-Parikka, P., Rönnemaa, T., Saha M.-T. & Sane, T. (toim.) Diabetes. 7. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 451.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 15.3.2016, http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L6_2.html

Saksela, E. 2014. Väistämätön vanhuuskuolema. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Viitattu 8.12.2016, http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_from-page=uusinnumero&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11850

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 91-109, 135-137.

Syvänne, M. 2016. Sepelvaltimotauti. Suomen Sydänliitto ry. Viitattu 28.10.2016, <http://www.sydän.fi/sepelvaltimotauti>

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Itä-Suomen yliopisto Terveystieteiden tiedekunta. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 8.12.2016,

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130427/urn_nbn_fi_uef-20130427.pdf

Teperi, J. 2005. Erikoissairaanhoito. Terveyskirjasto. Viitattu 21.3.2016,
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00053

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 313-316.

Tilastokeskus 2016. Tietoteoreettiset lähtökohdat. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen erot. Viitattu 16.11.2016, <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/01/07/>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Wallace, M. 2007. Essentials of Gerontological Nursing. New York: Springer Publishing Company. 17.

Tiikkainen, P. & Voutilainen, P. 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY. 313-316.

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Liite 2. Teemahaastattelu

Liite 3. Suostumuslomake

SAATEKIRJE

OULU 21.3.2016

HYVÄ VASTAANOTTAJA

Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta sosiaali- ja terveysalan yksiköstä. Teemme opinnäytetyönämme kvalitatiivisen tutkimuksen gerontologisesta osaamisesta kahdella kirurgisella vuodeosastolla.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla tämänhetkistä gerontologista osaamista hoitotyössä. Väestön ikääntymisen myötä sairaalaosastojen potilasaines on yhä iäkkäämpää ja gerontologisen osaamisen tarve lisääntyy koko ajan. Tämän vuoksi olisi tärkeää, että osallistut tukimukseemme.

Opinnäytetyö toteutetaan haastattelututkimuksella, johon pyydämme Teitä osallistumaan. Olemme kiinnostuneita Teidän näkökulmastanne tämänhetkisestä gerontologisesta osaamisesta työssänne. Osallistuminen tutkimukseen merkitsee osallistumista noin tunnin mittaiseen haastatteluun, joka toteutuu työajallanne omalla osastollanne.

Haastattelut ovat yksilöhaastatteluja, jotka etenevät haastattelurungon pohjalta. Haastattelut nauhoitetaan haastattelun aikana. Äänitetyt haastattelut muokataan tekstimuotoon, jonka jälkeen analysoimme haastattelussa esiin nousseet teemat. Haastattelut totutuvat osastollanne huhti-toukokuun aikana 2016.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa. Antamanne vastaukset käsitellään nimettömästi ja ehdottoman luottamuksellisesti. Kenenkään haastateltavan tiedot eivät paljastu tutkimuksessa, lukuun ottamatta tutkijoita. Tutkimusaineisto hävitetään tutkijoiden toimesta tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimustulokset julkaistaan opinnäytetyössämme kirjallisessa muodossa sekä palautekeskusteluna osastollanne tutkimuksen valmistuttua.

Tutkimusta ohjaavat lehtorit Tuula Nissinen ja Anne Keckman Oulun ammattikorkeakoulusta.

Kiitämme jo etukäteen tutkimukseen osallistumisesta!

Ystävällisin terveisin

Anni Lukka
Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön sv, sairaanhoitaja

Mona Lamberg
Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön sv, sairaanhoitaja

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Tutkimustehtävä: Millaiseksi sairaanhoitajat kokevat gerontologisen hoitotyön osaamisen kirurgisella vuodeosastolla?

Teema 1

Ikääntymismuutosten huomioiminen hoidossa

Mitkä ovat normaaleja ikääntymismuutoksia?

Miten ikääntymismuutokset huomioidaan kirurgisessa hoitotyössä?

Nestehoidon toteutus?

Asentohoidon toteutus?

Luuston ja lihaksiston kunto ja niiden vaikutus toipumiseen?

Aistitoimintojen heikkeneminen ja niiden vaikutus ymmärtämiseen ja toipumiseen?

Mahdollisten komplikaatioiden kehittyminen?

Mistä toivoisit lisää tietämystä ja mitkä ikääntymismuutokset ovat hankalat huomioida hoidossa?

Teema 2

Ikääntyneen ihmisen perussairauksien huomioiminen hoidossa

Minkälaisia perussairauksia osastonne ikäihmisillä on?

Miten ikäihmisten perussairaudet huomioidaan kirurgisessa hoitotyössä?

Miten perussairaus vaikuttaa potilaan toipumiseen?

Mistä toivoisit lisää tietoa ja mitkä sairaudet tuntuvat hankalilta huomioida hoitotyössä?

Teema 3

Muisti-sairauksien huomioiminen hoidossa

Oletko osastollanne hoitanut muistisairaita potilaita? Esimerkkejä.

Miten muistisairaus huomioidaan potilaan hoitotyössä?

Onko mahdollisia avustajia muistisairaana mukana?

Miten hoito-ohjeiden ja muiden ohjeistusten ymmärtäminen varmistetaan, tai taataan potilaan turvallisuus?

Mitkä piirteet muistisairaiden potilaiden hoidossa tuottavat hankaluuksia ja mihin toivoisit lisää tietoa?

Teema 4

Vanhuusiän delirium ja sen huomioiminen hoidossa

Onko osastollanne ollut vanhuusiän deliriumista kärsiviä potilaita?

Mitä erityispiirteitä deliriumpotilaan hoidossa on?

Onko deliriumoireiden tunnistaminen helppoa vanhuspotilaalla?

Teema 5

Kuntouttavan hoitotyön huomioiminen hoidossa

Mitä sinun mielestäsi on kuntouttava hoitotyö?

Huomioidaanko kuntouttavassa työotteessa niin fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen kuin hengellinenkin toimintakyky?

Toteutuuko kuntouttava hoitotyö osastolla?

Vaikuttavatko kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen resurssit, tietotaito tai jotkut muut seikat?

Missä koet tarvitsevasi lisää tietoa ja taitoa?

Teema 6

Ikääntyneiden lääkehoidon erityispiirteiden huomioiminen hoidossa

Millaisia erityispiirteitä ikääntyneiden lääkehoidossa on?

Miten huomioidaan mahdolliset yhteisvaikutukset?

Miten ikääntymismuutokset vaikuttavat lääkkeen antotapaan, lääkehoidon seurantaan, lääkkeen vaikuttavuuteen?

Ovatko lääkeannokset sopivan kokoisia?

Onko aineenvaihdunnan mahdollinen hidastuminen huomioitu lääkemääräyksissä?

Toteutuuko riittävä lääkehoidon vaikuttavuuden seuranta?

Missä koet tarvitsevan lisätietoa ja koulutusta?

Teema 7

Ikääntyneen omaisten huomioiminen hoidossa ja vuorovaikutus heidän kanssaan.

Miten koet ikääntyneen omaisten huomioimisen hoitotyössä?

Miten koet vuorovaikutuksen ikäihmisten omaisten kanssa?

Lapset, vaitiolovelvollisuus, mahdolliset selkkaukset perheenjäsenten välillä

Mikä ikäihmisten omaisten kohtaamisessa on hankalaa ja mihin toivoisit saavan neuvoja?

SUOSTUMUSLOMAKE

Suostun nauhoitettavaan haastatteluun, jossa selvitetään gerontologista osaamista hoitotyössä kahdella kirurgisella vuodeosastolla.

Olen tietoinen opinnäytetyöstä, johon haastattelu tehdään sekä sen tarkoituksesta ja tavoitteista.

Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa. Suostun siihen, että minua haastatellaan, haastattelu nauhoitetaan ja haastattelussa antamani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin.

Olen tietoinen siitä, että henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen loputtua.

päiväys

tutkittavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Opinnäytetyö (AMK)

Gerontologinen osaaminen hoitotyössä

Kvalitatiivinen tutkimus kirurgisilla vuodeosastoilla

Anni Lukka / Mona Lamberg