



# Omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista

Kerttu Skyttä, Janina Kuisma





2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista

Kerttu Skyttä, Janina Kuisma  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
2020

Janina Kuisma, Kerttu Skyttä

**Omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista**

Vuosi

2020

Sivumäärä 432

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista Hopeakuun ryhmäkodissa Kuunloiste. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää hoivapalveluita osastolla omaisten haastattelujen pohjalta. Tutkimuksen ansiosta saatiin lukuisia eri näkökulmia liittyen vanhuspalveluihin omaisten toimesta. Yhteistyökumppani palvelutalo Hopeakuu ja sen hoitohenkilöstö saivat arvokasta tietoa palveluidensa laadusta opinnäytetyön ansiosta.

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään näkökulmia ikääntyneen asukkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin sekä omaisen osuutta hoivakodin arkeen. Aluksi määritellään mitä ovat hoivapalvelut, jonka jälkeen käsitellään ikääntyneen asukkaan sosiaalista, psyykkistä, fyysistä sekä elämän loppuvaiheen hyvinvointia. Lopuksi käsitellään omaisten kohtaamista ja vertaistuen tärkeyttä hoivakodin arjessa.

Opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ja sen tuottama tutkimusaineisto käsiteltiin sisällönanalyysillä. Haastattelun teemoja olivat omaisten kokemus läheistensä hoivan laadusta, hyvinvoinnista ryhmäkodissa, vertaistuen tarpeesta sekä siitä, miten heidät on huomioitu ja kohdattu ryhmäkodissa hoitohenkilökunnan toimesta.

Keskeisiä tuloksia olivat kokemukset yhteydenpidosta, läheisen fyysisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisesta sekä vertaistuen tarpeesta. Yhteydenpito hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä koettiin ryhmäkodissa toisaalta riittäväksi mutta toisaalta myös riittämättömäksi. Läheisen fyysisen toimintakyvyn tukemiseen kaivattiin enemmän ulkoilun lisäämistä. Läheisen sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen kaivattiin enemmän huomion kohdistamista. Vertaistuelle koettiin tarvetta sekä henkilökohtaisella että yleisellä tasolla. Tutkimuksen tulokset toivat siis esiin useita tarpeita omaisten näkökulmasta.

Kehittämisehdotuksina yhteistyökumppanillemme on vertaistukiryhmän perustaminen sekä tiiviimmän yhteydenpidon lisääminen hoitotyöhön.

Asiasanat: omainen, kokemus, hoivapalvelut

Janina Kuisma, Kerttu Skyttä

Relatives' experiences of care services for the elderly

Year

2020

Pages

432

---

The purpose of the thesis was to describe the relatives' experiences of care services for the elderly in the group nursing home Kuunloiste at Hopeakuu residential care home. The goal of the thesis was to develop care services based on interviews in the ward. The study provided a number of different perspectives on elderly services from the perspective of the relatives. The partner residential care home Hopeakuu and its nursing staff received valuable information about the quality of their services thanks to the thesis.

The theoretical framework of the thesis deals with aspects of the overall well-being of the elderly resident and the contribution of the relative to the daily life of the nursing home. First, care services are defined, followed by a discussion of the social, mental, physical, and end-of-life well-being of older residents. Finally, the encounter of relatives and the importance of peer support in the daily life of a nursing home are discussed.

The thesis is a qualitative study. The research method was a thematic interview and the material produced by it was processed by content analysis, which was transferred to the form of a table. The themes of the interview were the relatives' experience of the quality of care for their loved ones, well-being in the group nursing home, the need for peer support and how they have been taken into account and encountered by the nursing staff in the home.

Key results included experiences of communication, consideration of physical and social well-being, and the need for peer support. Communication between the nursing staff and relatives in the group home was perceived to be sufficient but also insufficient. More support for outdoor activities was needed to support physical functioning. More attention was needed to support social well-being. There was a need for peer support on both a personal and general level. The results of the study thus highlighted several needs from the perspective of relatives.

Development proposals for our partner include the establishment of a peer support group and increasing closer contact with nursing work.

Keywords: relative, experience, care services

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Teoreettinen tausta.....	8
2.1	Ikääntyneen asukkaan hyvinvointi hoivapalveluissa.....	8
2.1.1	Ikääntyneen asukkaan sosiaalinen hyvinvointi.....	8
2.1.2	Ikääntyneen asukkaan fyysinen hyvinvointi.....	10
2.1.3	Ikääntyneen asukkaan psyykkinen hyvinvointi.....	15
2.1.4	Ikääntyneen asukkaan hyvinvointi elämän loppuvaiheessa.....	17
2.2	Omaiset hoivakodin arjessa.....	18
2.2.1	Omaisten kohtaaminen hoitotyössä.....	18
2.2.2	Omaiset ja vertaistuki.....	19
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet.....	20
4	Työelämäkumppani.....	20
5	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	21
5.1	Laadullinen tutkimus.....	21
5.2	Aineistonkeruu.....	21
5.3	Aineiston analyysi.....	22
6	Opinnäytetyön tulokset.....	23
6.1	Läheisen sosiaalisen hyvinvoinnin huomioiminen.....	23
6.2	Läheisen fyysisen hyvinvoinnin huomioiminen.....	23
6.3	Omaisten kohtaaminen.....	24
6.4	Yhteydenpito omaisiin.....	24
6.5	Vertaistuki omaisille.....	25
7	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	26
8	Pohdinta.....	29
	Liitteet.....	36

## 1 Johdanto

Väestön ikärakenne muuttuu Suomessa. Iäkkäiden määrä erityisesti vanhemmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaasti, samalla kun työikäisten ja lasten osuus väestöstä vähenee. Iäkkäillä ihmisillä täytyy olla mahdollisuus elää oikeanlaista elämää riippumatta iästä tai toimintakyvystä. Hyvään elämänlaatuun tuo parannusta muun muassa hoidon tai palvelujen laadun kehittäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Tärkein näkökulma arvioidessa hoidon ja hoivan laatua iäkkäällä on hänen oma kokemuksensa. Vanhuspalveluja suunniteltaessa, kehitettäessä ja arvioidessa arvokasta informaatiota tuovat myös omaiset ja hoitohenkilöstö. Etenkin tilanteessa, jossa iäkäs henkilö ei ole itse kykenevä kertomaan kokemastaan hoidon laadusta, arviota kysytään omaisilta, läheisiltä tai häntä hoitavilta tahoilta. Vanhuspalvelulaki edellyttää, että palvelujen käyttäjältä tai hänen omaiseltaan tai läheiseltään sekä hoitohenkilöstöltä tiedustellaan kokemusta iäkkään saamasta hoidosta tai palvelusta. Kattavaa tiedonkeruuta, joka olisi systemaattista, ei ole kuitenkaan Suomessa toistaiseksi toteutettu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019.)

Laitoshoidossa kaikki asukkaat tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa, mutta osa asukkaista on täysin riippuvaisia hoitohenkilökunnasta. Perustana jokaisen hoitotyössä on tukea ja kuntouttamaan yksilöllisiä voimavaroja sekä pyrkiä säilyttämään niitä, mitkä ovat jäljellä. Ikääntyneiden hoidossa on kyettävä tukemaan myös asukkaan perhettä ja omaisia myös kuoleman lähestyessä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 287.)

Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä tarkastellaan, mitä hyvä ikääntyneen hoiva on, ja mikä on omaisten rooli läheistensä hoidossa, mitä ovat heidän oikeutensa ja tarpeensa, ja mikä rooli heillä on ikääntyneen hoivapalveluissa. Opinnäytetyö liittyy Laurea-ammattikorkeakoulun Ohjaus hoitotyössä-hankkeeseen. Opinnäytetyö on tehty Espoon Eläkekotisäätiön palvelutaloon Hopeakuu, Kuunloisteen 15-paikkaiselle ikääntyneiden osastolle. Haastattelut toteutetaan teemahaastatteluna ja haastattelun tulokset analysoidaan sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata omaisten kokemuksia hoivapalveluista palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoivan laatua osastolla omaisten haastattelujen pohjalta.

## 2 Teoreettinen tausta

### 2.1 Ikääntyneen asukkaan hyvinvointi hoivapalveluissa

Hoivapalveluilla tarkoitetaan iäkkäille suunnattuja palveluita, joita voidaan karkeasti jakaa kahteen ryhmään: ympärivuorokautiseen hoitoon sekä kotiin saataviin palveluihin (Katro 2019). Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan ikääntyneen asukkaan hyvinvointia ympärivuorokautista hoitoa tarjoavissa hoivapalveluissa.

#### 2.1.1 Ikääntyneen asukkaan sosiaalinen hyvinvointi

Ikääntyneellä sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä ovat ystävyys- ja läheissuhteet sekä sosiaaliset toiminnot. Kaikenikäisille tärkeä asia, läheiset ja heidän antamansa psyykkinen tuki auttaa selviytymään elämän vaikeuksista. Ystävien ja läheisten tuki on myös usein konkreettista. Yksinäisyyttä kokee tutkimusten mukaan ajoittain peräti kolmannes yli 75-vuotiaista. Yksinäisyys korostuu etenkin pitkäaikaislaitoksissa asuvien keskuudessa. (Kivelä & Vaapio 2011, 101-102.)

Lähiympäristöllä on vaikutusta etenkin pitkäaikaishoidon piirissä oleville ikääntyneille. Ikääntyneet viettävät parhaimmillaan vuosia samassa huoneessa ja talossa. Omat tutut huonekalut ja esineet luovat turvallisuuden sekä elämän jatkuvuuden tunnetta. Sopeutuminen pitkäaikaishoidon yksikön päivittäiseen arkeen helpottuu ja kanssakäyminen hoitajien ja muiden asukkaiden kanssa on mielekkäämpää. Lähiluonto ja luontokokemukset tarjoavat iäkkäille aistikokemuksia sekä kohentavat mielialaa ja hyvinvointia. (Kivelä & Vaapio 2011, 104.)

Sosiaaliset kontaktit voivat vähentyä iän myötä tai saattavat olla hyvin yksipuolisia. Suomessa sukulaiset saattavat asua merkittävänkin kaukana toisistaan, koska sukulaiset ja perheenjäsenet muuttavat toiselle paikkakunnalle esimerkiksi töiden tai opiskelujen vuoksi. Ikääntyneen matkustaminen saattaa olla myös vaikeaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 281.)

Hengelliseen toimintaan osallistuminen ja usko yleisesti vaikuttavat myönteisesti ikääntyneen mielialaan. Hoitoyksiköissä hoitohenkilökunnan tulisi kunnioittaa ja tukea iäkkäiden uskonnollisia vakaumuksia ja huolehtia heidän hengellisten tarpeidensa tyydytetyksi tulemisesta. On todettu, että papit ja muut seurakuntien työntekijät keventävät omalla työllään hoitotyöntekijöiden arkista työtä ympärivuorokautisissa hoitoyksiköissä. (Kivelä & Vaapio 2011, 105.) Tämä omalta osaltaan kertoo siis siitä, että ikääntyneillä on paljon hengellisiä, yksilöllisiä tarpeita.

Seksuaalisuus on kaikenikäisten oikeus ja siitä voivat nauttia kaikki. Seksuaalisuus ei ole ikäsidonnaista, vaan säilyy koko elämän ajan. Ikääntyneiden seksuaalisuudesta puhutaan



nykyään enemmän, mutta se on silti terveydenhuollossa melko näkymätön ilmiö. Aiheesta ei juurikaan ole kirjallisuutta tai tutkimusta, eikä ikääntyneille ole seksuaaliväestöä tai seksuaaliterveyspalveluita. Seksuaalisuus ei usein myöskään tule ilmi ikääntyneiden hoito- tai palvelusuunnitelmissa. Yksityisyyteen ei ole useinkaan riittävästi mahdollisuuksia. (Kelo, Launiemi & Takaluoma 2015, 59.)

län muutokset seksuaaliterveyteen ovat anatomisia ja fysiologisia, sairauden tai fyysisen toimintakyvyn tuomia, tai psyykkisistä tai sosiaalisista tilanteista johtuvia. Seksuaalinen aktiivisuus tutkitusti vähenee iän lisääntyessä, mutta se ei ole aina seurausta jostakin fyysisestä muutoksesta. Ikääntyessä seksuaalisuuden merkitys voi monella muuttua, sekä siihen liittyvät ilmaisutavat. (Kelo ym. 2015, 63-65.) Seksuaaliterveyden näkymättömyys koskettaa erityisesti seksuaalivähemmistöön kuuluvia ikääntyneitä. Sukupuoli- tai seksuaalivähemmistöön kuuluvia suomalaisia ikääntyviä arvioidaan olevan noin kahdesta kymmeneen prosenttiin kaikista ikääntyneistä. (Kelo ym. 2015, 66.)

Ikääntynyt on hyvin pitkälti riippuvainen hoitohenkilökunnasta ja sen tarjoamasta tuesta ja avusta liittyen seksuaalisuuden ilmaisemiseen. Hoitajan toiminta voi pahimmassa tapauksessa estää seksuaalisuuden ilmaisemisen tai sen toteutumisen. Hoitohenkilökunnalla saattaa olla puutteelliset tiedot seksuaalivähemmistöistä ja heidän elämästään, tai heillä voi olla joitakin ennakkokäsityksiä ikääntyneiden seksuaalisuudesta. Seksuaalisen hyvinvoinnin ja moninaisuuden huomiointi on tärkeä osa ikääntyneen onnistunutta hoitotyötä. (Kelo ym. 2015, 69-70.)

Ikääntyneen seksuaaliterveyttä voi edistää hoitoyksikön sekä yksittäisen hoitotyöntekijän tasolla. Hoitoyksikön tilaratkaisuissa on mahdollista ottaa huomioon yksityisyys ja oma rauha, sekä kahdenkeskinen aika läheisten kanssa. Täydennyskoulutusta voidaan järjestää henkilökunnalle liittyen seksuaalisen hyvinvoinnin moninaisuuteen ikäihmisillä. Hoitohenkilökunta voi olla edistämässä ikääntyneen seksuaalisuutta esimerkiksi antamalla ikääntyneen itse määrittää sukupuolensa, käyttää sitä nimeä, jonka hän kokee omakseen, tukea pukeutumisella sukupuolista identiteettiä ja korostaa hoidossa hellyyden ja kosketuksen merkitystä. (Kelo ym. 2015, 71.)

Maailman terveysjärjestön mukaan (World Health Organization 1997) elämänlaatu tarkoittaa yksilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvomaailman määrittelemässä viitekehäksessä. Elämänlaatu on kattava käsite, joka heijastaa yksilön fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia näkökohtia. Jokainen ikääntynyt on kuitenkin yksilö. Siksi tulee ottaa huomioon, että ikääntyneellä voi olla huono terveyteen liittyvä elämänlaatu kroonisista sairauksista huolimatta, mutta korkea elämänlaatu, joka ei liity terveyteen. (Baernholt, Hinton, Rose & Mattos 2011.)

Usein yli 70- vuotiailla terveys nousee etusijalle ja liikuntakyvyn merkitys korostuu. 80 ikävuoden jälkeen taas korostuu unen laatu, terveys, riittävä sinnikkyys ja tieto arkea varten ja läheisiltä saatu tuki on myös erityisen tärkeää. Elämänlaatua lisääviä tekijöitä on hyvä toimintakyky, yksinäisyyden tunteen puuttuminen sekä mielihyvän säilyminen itselleen tärkeissä asioissa, myöskin kotipalvelun saaminen ja taloudellisten huolien puuttuminen. Iäkkäällä ihmisellä on tärkeää psykososiaalisen tuen, hoivan ja avun saaminen. Riskitekijöitä elämänlaadulle voi olla esimerkiksi se, jos lähipalvelut ovat kaukana, tai jos ei saa riittävästi apua kotihoidosta. Elämänlaadulle merkitykselliset asiat vaihtelevat ikääntyneiden eri ryhmien välillä, mutta myönteinen elämänasenne on kaikille tärkeää. Iäkkäimmillä perheeltä ja ystäviltä saatu tuki on keskeinen elämänlaatua kohentava tekijä. (Luoma 2014.)

Hyvään elämänlaatuun ja hoitoon liittyy paljon odotuksia tunteita ja toiveita. Edellytyksenä ikääntyneen hyvälle hoidolle on hänen oman näköisensä elämän jatkaminen, sekä kuntoutuksen ja tarvittavien palvelujen saaminen. Muistisairaus voi heikentää sairastuneen ja läheisen elämänlaatua. (Holopainen, Okkonen, Pohjanvuori & Siltanen 2015.) Elämänlaatua parantavia tekijöitä ovat muistisairauteen liittyen selviytyminen päivittäisissä toiminnoissa, muistisairaana oma hyvinvoinnin ja terveyden kokemus, ymmärretyksi tuleminen, hengellisyys, osallisuus sekä toiminnallisuus. Elämänlaatua huonontavia tekijöitä ovat esimerkiksi pitkäaikaissairaudet, varhainen sairauden puhkeamisikä, ahdistuneisuus, masennus, yksinäisyys, levottomuus, riippuvuus muista ihmisistä päivittäisissä toiminnoissa, vuorovaikutuksen puuttuminen, liikkumisen rajoittaminen, hoitajien kuormittuminen, kipu sekä kaatuminen. (Holopainen ym. 2015.)

### 2.1.2 Ikääntyneen asukkaan fyysinen hyvinvointi

Ravitsemus on jokaisella yksilöllistä, aktiivisuus ja sairaudet vaikuttavat ravitsemukseen merkittävästi. Ikääntymisen ja sairauksien myötä liikkuminen vähenee, ruokahalu ja perusaineenvaihdunta heikkenevät. Tutkimuksien mukaan kasvien, marjojen ja hedelmien kulutus on heikkoa suomalaisten ruokailutottumuksissa, kun taas sokerin, suolan ja tyydyttyneen rasvan kulutus on monilla liian suurta. Pehmeitä rasvoja tulisi suosia, esimerkiksi kala ja kasviöljy estävät verihiihtaleiden kokkaroitumista, tulehduksia ja masentuneisuutta. Hyvä ravitsemus pitää yllä ikääntyneen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. (Kelo ym. 2015.)

Ateriarytmi on tärkeää, ikääntyneen tulisi nauttia 4-5 ateriaa vuorokaudessa. Oikeanlainen ravitsemus pitää sisällään tarpeeksi proteiinia, rasvaa, hiilihydraatteja sekä riittävästi vitamiineja ja hivenaineita. Nesteitä tulisi nauttia 1-1,5 litraa päivässä. Päivittäin tulisi nauttia hedelmiä, kasviksia sekä kala-, liha-, tai kanaruokia. Lisäravinteita tulisi käyttää, mikäli ikääntyneellä esiintyy infektioita, makuuhaavoja ja painon laskua puolen vuoden aikana enemmän kuin 10 prosenttia. (Kelo ym. 2015.)

Aliravitsemus on riski varsinkin laitospotilailla. Heistä jopa 20-60 %:lla esiintyy aliravitsemusta. Todennäköisimmin aliravitsemuksesta kärsivät yli 80-vuotiaat henkilöt. Tähän voivat olla syynä huonot proteesit tai hampaat, jotka vaikeuttavat ruokailua. Aliravitsemus voi estää potilaan toipumista, esimerkiksi painehaavoista. Ikääntyneet saavat usein aivan liian vähän proteiinia ravinnostaan. Ikääntyneillä proteiinin lisääntynyt tarve liittyy kokonaisenergiatarpeen lisääntymiseen iän myötä. Myös riittävällä proteiinin saannilla voidaan vaikuttaa haavoista toipumiseen ja niiden ehkäisyyn. Aliravitsemus tunnistetaan potilailta yleisesti ottaen huonosti, kun potilaan ruokailun avustamiseen ja ruokailun seurantaan voi laitoksissa ja palvelutaloissa olla liian vähän aikaa. Ikääntyneiden ravitsemustilannetta voidaan seurata MNA -testin avulla. (Kelo ym. 2015.)

Kipu on epämiellyttävä kokemus tai aistimus, joka liittyy kudosaan tai sen uhkaan, tai joka kuvataan sellaisena vauriona. Kipu on aina subjektiivista. Kipu ei ole vain tuntemus jossakin osassa tai osissa kehoa, vaan kipu on myös aina emotionaalinen kokemus sen epämiellyttävyyden vuoksi. (International Association for the Study of Pain 2017.) Kivun kokemukseen vaikuttaa moni tekijä. Kipu voi olla tyypiltään elinvaurio- tai kudosaan kivun lisäksi hermovauriokipua, luustokipua, idiopaattista kipua tai läpilyöntikipua. Kiputyypin lisäksi kivun tuntemiseen vaikuttavat aikaisemmat kipukokemukset, kipukynnys, sosiaaliset, psyykkiset sekä hengelliset tekijät, oma asenne ja uskomukset sekä persoonallisuus. Monet henkiset tekijät, kuten yksinäisyys, turvattomuus ja eristyisyys voivat lisätä kipua. Pahentavia tekijöitä, jotka vaikuttavat kivun tuntemiseen, ovat myös unenlaatu ja sen saanti, masentuneisuus, stressi sekä ahdistuneisuus. (Kelo ym. 2015, 53-54.)

Ikääntymisellä on myös suuri vaikutus kipukokemukseen, ja siihen, miten ihminen aistii kivun. Iän myötä monien aistijärjestelmien toiminta muuttuu. Muun muassa terävää kipua välittävät hermosäikeet rappeutuvat ikääntyessä, jolloin kivun johtumisnopeus hidastuu, kipukynnys kehon ääreisosissa nousee sekä sisäelimestä tulevan kivun tunne vaimentuu. Esimerkiksi akuutti sydäninfarkti voi olla kivun osalta vähäoireinen, joka vaikeuttaa diagnostiikkaa. Vaikka suurin osa kipuaistimusta välittävistä rakenteista siis heikkenee, osa rakenteista voi myös herkistyä, joka ilmenee ikääntyneellä kovan kivun sietokyvyn heikentymisenä. Tämä johtuu kipua vaimentavien suojausmekanismien rappeutumisesta. (Kelo ym. 2015, 54.)

Kivun kesto määrittää sen, onko kipu akuuttia vai kroonista. Akuutti kipu on luonteeltaan äkillistä, ja se on elimistön normaali reaktio kudosaan. Useimmiten akuutti kipu lievittyy, kun kudosaan paranee. Ikääntyneillä tavallisimpia akuutin kivun syitä ovat haavat sekä erilaiset tulehdukseen liittyvät tilat, kuten keuhkokuume, murtumat, virtsatietulehdus tai leikkaukset. Krooninen kipu taas on luonteeltaan pitkäaikaista, jota esiintyy kudosaan paranemisen jälkeenkin. Yleisimpiä kroonisen kivun aiheuttajia ikääntyneillä ovat erilaiset tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet, kuten nivelreuma tai nivelrikko. (Kelo ym. 2015, 54-55.)

lääkäiden hoidossa kivun tunnistaminen ei ole helppoa. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on hyvä ja luotettava kivun tunnistus. Iäkäs potilas ei välttämättä ole enää kykenevä kuvailemaan tai osoittamaan kipuaan, silloin tulee arvioida kipua havaintojen perusteella. Erilaiset muutokset käyttäytymisessä voivat kieliä kivusta, esimerkiksi levottomuus, itkeminen, vartalon jäykkyys tai liikkumattomuus. Muita merkkejä kivusta voivat olla ärtyneisyys, masentuneisuus, pelko, vetäytyminen sosiaalisista suhteista tai uni-valverytmin muutokset. Kivun tunnistaminen on luonnollisesti helpompaa, jos iäkäs on hoitajalle ennestään tuttu. (Kelo ym. 2015, 55-56.)

Erilaiset kipumittarit helpottavat työtä kivun tunnistamisessa. Yleisimpiä kipumittareita potilaiden hoidossa lienee ovat VAS-asteikko eli Visual Analogue Scale, NRS-mittari eli Numerical Rating Scale, VRS-luokittelu eli Verbal Rating Scale sekä kasvoasteikko FPS eli Facial Pain Scale. Iäkäiden kivun arvioinnissa ja kipumittareiden valinnassa ja käytössä tulee muistaa näön, kuulon sekä hienomotoriikan vaikutus. Sanallisessa kivun arvioinnissa tulee muistaa käyttää iäkkäälle helposti ymmärrettäviä termejä. (Kelo ym. 2015, 56.)

Iäkkäillä fysiologiset muutokset vaikuttavat heidän herkkyyttään kipulääkkeille, ja tästä syystä heidän kipulääkeannostensa tulisi olla pienempiä kuin muilla aikuisilla. Lääkkeiden haittavaikutusten sekä haitallisten yhteisvaikutusten riskiä tulee pohtia, sillä iäkkäillä esiintyy tavallisesti monia pitkäaikaissairauksia ja niiden lääkehoitoa sekä munuaisten toiminta on heillä heikentynyt. (Kipu. Käypä hoito- suositus, 2017.) Lääkehoito on vain osa kokonaisvaltaista kivun hoitoa. Iäkäiden kivun hoidossa lääkkeetöntä hoitoa tulee mahdollisuuksien mukaan käyttää lääkehoidon kanssa. Erilaisia lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä ovat esimerkiksi kylmähoito, lämpöhoito, TNS eli transkutaaninen hermostimulaatio, kosketus, hieronta, rentoutus menetelmät, huumori, mielikuvaharjoitukset, asentohoito sekä hyvä perushoito, liikunta sekä apuvälineiden käyttö (Kelo ym. 2015, 57-58.)

Onnistunut iäkäiden kivun hoito kattaa asiallisen diagnosoinnin, yksilöllisten tarpeiden tunnistamisen sekä realistisen hoidon tavoitteet. Iäkäiden kivun hoidolla on erityinen merkitys. Korkeassa iässä pitkäaikainen kipu voi pahimmillaan aiheuttaa pysyvän toimintakyvyn menetyksen, ja se voi aiheuttaa tarpeen apuvälineisiin tai riippuvuuden toisen henkilön apuun. Kivun hoidon kulmakiviä iäkkäillä ovat tilanteen kokonaisvaltainen arviointi, hoidon seuranta sekä sellaisten hoitojen muuttaminen tai lopettaminen, jotka eivät enää tuo selvää hyötyä potilaalle. (Finne-Soveri, 2015.)

Iho on kuudesosa kehon painosta ja se toimii suojana kehon herkkien sisäkuudosten ja ulkoisen ympäristön välillä. Se toimii kehon lämpötilan ja sisäisen nesteytyksen ylläpitämisessä, aistitoiminnoissa ja immunologisessa seurannassa. Ikääntymisprosessi vaikuttaa ihoon monin tavoin. Ihon toiminnan ja rakenteellisen tasapainon menetys etenee väistämättä ihmisen ikääntyessä. Useimmat tutkimukset iän tuomiin muutoksiin ihossa keskittyvät ei-toivottuihin

esteettisiin näkökohtiin, mutta ihon huonontuminen iän myötä on enemmän kuin kosmeettinen ongelma. (Farage, Miller, Elsner & Maibach 2013.)

Ikääntymisen tavanomaiset muutokset tarkoittavat, että ikääntyneet potilaat ovat nuorempia alttiimpia ihon häiriöille kuten painehaavoille. Iäkkäät tarvitsevat myös enemmän aikaa ihon paranemiseen. Ikääntyneen iho-ongelmat voivat johtaa lisäkomplikaatioihin. Ikääntyneillä on ohuempi ja herkempi iho, ja kun ihon kyky syntesoida D-vitamiinia heikkenee sekä verisuonet muuttuvat hauraammiksi, mustelmia tulee helpommin. Kollageenin, yhden kehomme tärkeimmistä proteiineista, tuotanto vähenee ikääntyessä. (Zulkowski 2003.)

Vaikka ihon ikääntymiseltä ei voida välttyä, sitä voi hidastaa. Tärkeää ikääntyneen ihon hoidossa on suojautua esimerkiksi auringon UV-säteilyltä (Hannuksela-Svahn 2016). Ihon perushoito on tärkeää, joka tarkoittaa säännöllistä pesua ja rasvausta perusvoiteella. Ikääntyneen ihoa tulee käsitellä erityisen hellävaraisesti, kuivaus tapahtuu pyyhkeellä taputtelemalla. Jos iho on tulehtunut ja kutiava, voidaan tarvittaessa käyttää kortisonivoidetta. Ohuelle ihoalueelle sitä ei tulisi käyttää. Monipuolinen ravinnonsaanti, proteiinin, energiansaanti ja riittävä nesteensaanti auttavat ihoa pysymään terveenä. Stressi, D-vitamiinin saanti ja liikunta vaikuttavat myös ihon hyvinvointiin. (Allergia 2020.)

Painehaavat syntyvät usein vuodepotilaille. Ihminen voi olla estynyt kääntymään vuoteessa, ja voi joutua olemaan pitkiä aikoja samassa asennossa. Kun luu painaa ihoa, on kudosten verenkierto puutteellista. Seurausta tästä on painehaavan syntyminen. Yleisimpiä paikkoja painehaavoille on alaselkä, lonkat, pakara tai kantapää. Iholla näkyy ensimmäisenä punoittava alue, sen jälkeen turvotusta. Lopulta iho rikkoutuu. Painehaavaan liittyy usein myös kipua. Kun painehaavan kasvu etenee, siitä muodostuu syvä haava, johon voi syntyä bakteeri-infektio. Pahimmassa tapauksessa painehaava voi hoitamattomana johtaa sepsikseen. (Lumio 2019.)

Painehaavojen ennaltaehkäisy on tärkeää. Jos otetaan käyttöön riskinarviomittari, sen tulisi olla luotettava ja sopia potilasryhmälle. Ihon muutoksia tulee arvioida jatkuvasti ja ottaa huomioon useita asioita kuten huono ravitsemustila, verenkierto ja happeutumisen sekä ihon kosteuden lisääminen. Painehaavariskiinkin vaikuttavat ikä, vuodelepo, rajoittunut liikkuminen, kehon lämpötilan nousu, yleinen terveydentila sekä hematologiset muutokset. Ihoa arvioidessa otetaan huomioon ihon lämpötila, turvotus sekä kiinteyden muutokset kudoksessa verrattuna ympäröivään ihoon. Kipua tulee myös arvioida. Iho tulisi pitää puhtaana ja kuivana. Asentohoito on erityisen tärkeää, mutta tulee ottaa huomioon, ettei ihon punoitusalue ei kuormitu ja kudosalue saa lepotaukoa ennen uutta kuormitusta. (Haesler 2014, 14-15.)

Haavojen hoitaminen on haastavaa. Hoitolinjauksen haavan hoidosta ja arviosta tekee lääkäri, mutta sairaanhoitajat tekevät suurimman osan painehaavojen hoidosta. Painehaavaa voidaan suihkuttaa vedellä, jos siinä ei ole keltaista erittävää infektiota ja haavan pohja näyttää

siistiltä. Paikallishoitoon käytetään antiseptisiä aineita, hopeapitoista salvaa, keinoihoia tai paikallisesti vaikuttavia kudiskasvutekijöitä. (Lumio 2019.)

Tulehdukset hoidetaan haavassa usein muutaman viikon antibioottikuurilla. Antibioottia sisältäviä voiteita ei kuitenkaan tule haavaan käyttää, koska ne voivat aiheuttaa allergiaa ja bakteerit ja valikoivat resistenttejä bakteereja, joten haavan tulehtuessa sitä on haastavampi hoitaa. Haavassa voi ilmetä myös ongelmabakteeri, MRSA. Vaikea krooninen haava vaatii usein haavan peittävän laitteen, mikä toimii alipaineella ja poistaa tulehdustuotetta haavasta, tällöin puhutaan alipaineimuhoidosta. Haavan sulkeutumisen nopeuttamiseksi voidaan tehdä myös ihonsiirre, jos haava on ollut useita viikkoja siistin näköinen. (Lumio 2019.)

Hyvä suun terveys ja riittävä määrä hampaita parhaimmillaan parantavat ikääntyneen toimintakykyä: syöminen, nieleminen, vatsan toiminta, puheen muodostus, sekä jopa ulkonäkö ja sosiaaliset suhteet paranevat. Suusairaudet ovat yleistymässä ikääntyvässä väestössä, kun suusairauksien riskitekijät kasaantuvat. Iäkkäillä yleisimpiä riskitekijöitä ovat puutteellinen omahoito, vähentynyt syljeneritys, kariogeeninen dieetti, tupakointi sekä erilaiset perussairaudet kuten diabetes. Suun kuivuminen, joka johtuu yleisimmin perussairauksista tai lääkkeiden haittavaikutuksista, hankaloittaa syömistä ja suun puhdistamista. (Siukosaari & Nihtilä 2015.)

Suun kuivuminen ja limakalvojen oheneminen lisäävät hampaiden reikiintymisen riskiä. Reikiä kehittyy nopeasti, jos suun hoito on yleensäkin puutteellista ja ruoka koostuu runsaasti sokeria sisältävistä ruoka-aineista. Ikääntyneillä reiät voivat kasvaa suuriksi ilman, että kivun tuntemusta syntyy. Hyviä keinoja hampaiden reikiintymisen ennaltaehkäisyyn ovat suun huolellinen puhdistus, fluorin ja ksylitolin käyttö sekä terveelliset ruokailutottumukset. (Kelo ym. 2015.)

Monella ikääntyneellä on käytössä irtoproteesit, ja ne voivat olla huonosti istuvat. Proteeseja käyttävillä on suussa enemmän mikrobistoa kuin niillä, jotka eivät niitä käytä. Proteesistomatiitti on yleinen vaiva. Irtoproteesi pitää puhdistaa huolella päivittäin, jotta sen pinnalle ei kasvaisi bakteeri- ja sienikasvustoa. Proteesistomatiitti tarkoittaa proteesin alla olevan limakalvon tulehdusta, joka tulee erityisen herkästi potilaille, jotka kärsivät vähäisestä syljenerityksestä tai suun kuivuudesta. Päivittäin proteesit tulisi ottaa vähintään pari tunniksi pois suusta. Niitä ei tule laittaa vesilasiin, vaan antaa kuivua sienien hävittämiseksi. (Voutilainen ym. 2002, 145-147.)

Hyvä omahoito ja säännöllinen hammaslääkärin tutkimus ennaltaehkäisevät suusairauksia. Hammaslääkärin ja suuhygienistin vastuualuetta on huolehtia siitä, että ikääntyvän potilaan suu on mahdollisimman infektioton ja että potilaan suu on helposti puhdistettavissa. Vastuu suun terveyden hoidosta kuitenkin siirtyy hoitohenkilökunnalle ja omaisille, kun vanhuksen

toimintakyky heikkenee. Hyvä suun terveys parantaa ikääntyneen elämän laatua. (Siukosaari & Nihtilä, 2015.)

Ikääntyneellä on normaaliin ikääntymiseen liittyviä fyysisten toimintojen heikkenemistä ja heillä on monesti perussairauksia taustalla, ikääntynyt ei jaksakaan enää yhtä paljon kuin nuorempana. Osa pitkäaikaishoidon asukkaista on täysin riippuvaisia hoitajien toiminnasta, osa taas enemmän omatoimisia, asukkaiden riippuvuus hoitohenkilökunnasta vaihtelee. Asukkaan yksilöllisiä voimavaroja tulisi tukea ja säilyttämään niitä mitä on jäljellä sekä kuntouttamaan vähentyneitä voimia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 285.)

Säännöllinen liikunta on merkityksellistä ikääntyneille. Fyysinen aktiivisuus on tehokas tapa ehkäistä pitkäaikaissairauksia ja parantaa samalla myös elämänlaatua. Fyysinen aktiivisuus on vaikuttanut välittömästi ikääntyneillä muun muassa verensokerin säätelyyn, suolen toimintaan, ruokahaluun, mielialaan, ahdistukseen ja stressiin. Pitkäaikaisia vaikutuksia fyysisellä aktiivisuudella on ollut tasapainoon ja liikkuvuuden säätelyyn, lihaskuntoon sekä kestävyyskuntoon. (Shephard 2002.)

### 2.1.3 Ikääntyneen asukkaan psyykinen hyvinvointi

Psyykinen hyvinvointi on käsitteenä laaja. Siihen liittyvät fyysinen hyvinvointi, elämänhallinta, kognitiiviset toiminnot, selviytymiskeinot, elämän tarkoituksellisuuden ja mielekkyyden kokemukset. Ikääntyvillä psyykkisen toimintakyvyn tarkastelussa painottuvat usein kognitiiviset toiminnot ja niiden arvioinnin haasteet. Psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat lähekkäin yhteydessä toisiinsa. Sosiaalisten suhteiden merkitys psyykkisen toimintakyvyn kannalta tiivistyy siihen, että minäkäsitys, itsensä arvostaminen ja hyväksyminen sekä itseluottamus ovat näiden suhteiden kautta syntyviä. Tässäkin olennaista on ikääntyvän ihmisen oma kokemus sosiaalisten suhteidensa laadusta ja siitä tuesta, mitä hän saa sosiaalisen verkkinsa kautta. (Pohjolainen, Sarvimäki & Syrén 2007.)

Kun ihminen ikääntyy biologisesti, muutokset kuten hitaus sekä nopeampi psyykinen väsymys ovat usein melko vähäisiä, eivätkä vaikutukset ole merkittäviä. Ikääntyminen ei johda yleiseen psyykkiseen haavoittavuuteen, se tulee esille epätavallisissa ja stressaavissa tilanteissa. (Hasché & Nordenram 2017.)

Viriketoiminta on tärkeä osa ikääntyneen sekä fyysistä että psyykkistä kuntoa. Viriketoiminnan avulla ikääntynyt voi muistella tärkeitä muistoja esimerkiksi liittyen lapsuuteen ja nuoruuteen. Viriketoiminnan avulla hoitohenkilökunta voi oppia tuntemaan ikääntyneen elämänsä historiaa ja mieltymyksiä paremmin. Viriketoiminta on osa ikääntyneen hoidon kokonaisuutta ja myös osa lääkkeetöntä hoitoa. Se pitää yllä psyykkistä ja fyysistä kuntoa. (Muistisairaudet. Käypä hoitosuositus 2016.)

Itsemääräämisoikeus eli autonomia tarkoittaa käytännössä oikeutta tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä omasta hoidosta ja palveluistaan. Myös ympärivuorokautisen hoidon piirissä oleville vanhuksilla tulee olla itsemääräämisoikeus. Heidän tulee saada riittävästi totuudellisia, ymmärrettäviä ja selkeää tietoa sairauksistaan sekä niiden hoitomuodoista, kuluista ja hoitonnusteesta. Ikääntyvän tulee yhtä lailla päästä osallistumaan hänen hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ikä syrjintää voi valitettavasti esiintyä - sekä suoranaista vallankäyttöä, koska vanhukset ovat usein hauraita, ja joku muu saattaa tehdä hoitopäätökset heidän puolestaan. (Kivelä & Vaapio 2011, 18-19.)

Hoidon etiikan peruskäsitteistä potilaan itsenäisyys ja siihen liittyvä autonomia ovat keskeisempiä. Suomessa puhutaan yleisemmin itsemääräämisoikeudesta kuin autonomiasta. Potilaiden tekemien päätösten ja valintojen kunnioittaminen ei ole helppoa, jos hoitohenkilökunta ei ole samaa mieltä potilaan tekemistä päätöksistä tai siitä ei seuraa hyvää potilaalle. Jos potilaan päättämästä toiminnasta on haittaa hänelle itselleen tai muille on itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen haasteellista. Itsemääräämisoikeuteen vaikuttavat sekä sisäiset että ulkoiset tekijät. Kun ihminen päättää itse omista asioistaan, hänellä tulisi olla myös kyky vastata päätöksen seurauksista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 138.)

Jos potilas ei itse kykene ilmaisemaan mielipidettään, läheisten ja hoitohenkilökunnan on määriteltävä, mikä on hänelle parasta. Läheisillä on näkemystä pitkästä aikavälistä ja elämänhistoriasta, kun taas hoitajilla tarkastelee tilannetta lyhyen aikavälillä ja vetoamalla hoitotyöhön ja lääketieteellisiin faktoihin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 140.)

Laitoshoidossa olevien itsemääräämisoikeutta saatetaan helposti loukata. Jokapäiväisistä toiminnoista huolehtiminen kuten ravitsemus voi epäonnistua, jos asukkaalle ei anneta tarpeeksi ruokaa, riittävästi aikaa ruokailuun tai päinvastoin häntä syötetään väkisin. Hoitajan tulisi huolehtia asukkaan yksityisyydestä ja hygienian hoitoon tulisi varata riittävästi aikaa. Oma tahto liittyen hygienian hoitoon on otettava huomioon sekä käytettävät hoitovälineet on pidettävä henkilökohtaisina. Liikkumisen rajoittaminen voi olla sosiaalista rajoittamista, jolloin ikääntynyttä estetään olemasta tekemisissä esimerkiksi toisen asukkaiden kanssa tai osallistuminen yhteiseen tapahtumaan estetään. Fyysistä liikkumisen rajoittamista voi olla esimerkiksi ovien lukitseminen. Usein liikkumista rajoitetaan siitä syystä, että asukas on hoitajien näkemyksen mukaan vaarassa vahingoittaa muita tai itseään. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 292.)

Toisen ihmisen liikkumisen rajoittaminen on eettisesti väärin, mutta hoitajalla voi olla vähäiset vaihtoehdot asian hoitamiseen. Päätöksenteko tulisi tehdä kuitenkin yksilöllisesti sekä harkitusti, jotta ei syntyisi rajoittamista suosivaa hoitokulttuuria. (Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2014, 287.) Itsemääräämisoikeus ei aina toteudu täydellisesti, mutta sitä kohti voidaan pyrkiä



ja etsiä tapoja, joilla se voisi toteutua mahdollisimman hyvin. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 144.)

Hyvä käytäntö hoitotyössä on käydä keskustelua hoitotahtoon liittyvien kysymysten kanssa aina hoitotahdon laatineen ikääntyneen ja hänen omaistensa kanssa, jotta elämän loppuvaiheessa hoitohenkilökunta voi toteuttaa sellaista hoitoa, mitä on toivottu. (Kivelä & Vaapio 2011, 22-23.) Kun potilas antaa suostumuksen hoitoon liittyviin toimenpiteisiin ja tutkimuksiin, hänen tulee olla kykeneväinen siihen. Kyky antaa suostumus voi olla heikentynyt esimerkiksi sairauden tai onnettomuuden vuoksi. Tässä tilanteessa pyydetään suostumus usein omaiselta tai muulta hänelle läheiseltä henkilöltä. Jos omaisia tai läheisiä henkilöitä ei potilaalla ole, hoitohenkilökunta toimii parhaan asiantuntemuksensa mukaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 155.)

#### 2.1.4 Ikääntyneen asukkaan hyvinvointi elämän loppuvaiheessa

World Health Organization: in määritelmän (2020) mukaan palliatiivinen hoito tarkoittaa lähestymistapaa, joka parantaa potilaan sekä hänen läheistensä elämänlaatua, kun he kohtaavat elämää uhkaavan sairauden. Palliatiivinen hoito käsittää kärsimyksen ehkäisemisen sekä lievittämisen, sen aikaisen tunnistamisen ja moitteettoman arvioinnin sekä kivun hoidon ja fyysisien, psykososiaalisten ja hengellisten tarpeiden huomioinnin.

Palliatiivinen hoito on ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa vaiheessa, jossa sairauteen ei enää löydetä parannuskeinoa. Palliatiivinen hoito ei ole sidoksissa kuoleman läheisyyteen, toisin kuin saattohoito. Siksi nämä käsitteet tulee erottaa toisistaan. Palliatiivinen hoito saattaa kestää jopa vuosia, esimerkiksi syöpäpotilailla. (Kelo ym. 2015, 253.) Ikääntyneen hoitotyöhön sisältyy laadukas loppuelämän vaiheen hoito. Laadukkaaseen saattohoitoon voidaan liittää seuraavia elementtejä; fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta sekä hengellisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, saattohoidon mahdollistaminen eri ympäristöissä, omaisten tukeminen, sekä hoitajien jaksamisesta huolehtiminen. (Kelo ym. 2015, 261.)

Saattohoito tarkoittaa kokonaisvaltaista hoitoa, kun puhutaan kuolemaa lähestyvistä ihmisistä. Saattohoito kattaa arvokkaan ja kivuttoman kuoleman. Tavoitteena saattohoidossa on mahdollisimman laadukas oirehoito ilman kipuja sekä muita ikäviä oireita. Potilaan oirehoito, toiveet sekä lähestyvään kuolemaan valmistautuminen ovat saattohoidossa keskiössä. Saattohoito on potilaan ja hänen läheistensä tukemista. Saattohoitoon siirtyessä tavallisimmin potilaalla on elämää jäljellä joitakin kuukausia tai viikkoja. Saattohoitoa voidaan toteuttaa monenlaisissa ympäristöissä, niin kotona, kotisairaalan tai kotihoidon turvaamana, kuin hoito- ja hoivayksiköissä, laitoshoidossa, saattohoito-osastolla tai saattohoitokodissa. (Kelo ym. 2015, 253-254.)

## 2.2 Omaiset hoivakodin arjessa

### 2.2.1 Omaisten kohtaaminen hoitotyössä

Omaisten osallistuminen läheisensä hoitoon ja onnistunut yhteistyö hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä on rikkaus, josta hyötyvät kaikki osapuolet. Omaisen osallistuminen hoitoon tulisi perustua asiakkaan ja omaisen tahtoon. Hoidon ja laadun hyvin tärkeä arvioija on myös omainen. Tutkimustulokset ovat osoittaneet, että mitä vähemmän hän saa läheisensä hoidosta tietoa, sitä todennäköisemmin hän arvioi kielteisemmin hoidon ja palvelun laadun. (Voutilainen ym. 2002, 77.) Kun omaisille lisätään mahdollisuuksia hoitoon osallistumiseen, on pohdittava mikä on omaisen rooli, eli mitä työntekijät odottavat omaiselta. Osallistuminen hoitoon edellyttää hyvää yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja omaisten välillä. Hoitajilla keskeistä on myös huolehtia omaisen jaksamisesta ja olla tukena sekä nähdä omaiset voimavarana ikääntyneen hoidossa. (Voutilainen ym. 2002, 82.)

Omaisilla on myös erilaisia rooleja. Ward-Griffinin mukaan omaiset ovat ”myötäilijäomaisia”, ja usein jättäytyvät hoidosta taka-alalle. Heillä ei usein ole halua tai mahdollisuutta osallistua hoitoon enempää. ”Kilpailijat” jäävät myös taka-alalle hoitohenkilöstöstä, mutta he osallistuvat hoitoon. Heillä voi olla eri näkemyksiä hoidon tavoitteista ja keinoista ja he eivät erityisemmin hae yhteistyötä hoitohenkilöstön kanssa. Ammattihenkilön tulee tällöin tarjota yhteistyötä ja tietoa aktiivisesti omaiselle ja neuvottelemalla saada heidät yhteistyöhön. ”Tukea kaipaavat” osallistuvat hoitoon vähän, mutta olisivat valmiita osallistumaan enemmän. Heillä vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on avointa. Hoitajien antama tuki ja rohkaisu hoitoon osallistumiseen on tärkeää. ”Yhteistoiminnalliset” ovat aktiivisia ja osallistuvat asukkaan hoitoon henkilökunnan kanssa sovitulla tavalla, jotta tähän päästään niin hoidon tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi on omaisen, asiakkaan, jos mahdollista ja hoitajien kesken ja sitä arvioidaan myös säännöllisesti. (Voutilainen ym. 2002, 80.)

Yhteistyö ja omaisten toiveet on otettava huomioon. Tiedon antaminen omaisille riittävän ymmärrettävästi ja jos asukkaan vointi muuttuu, on tärkeää, että omaiset pidetään ajan tasalla. Hoitolinjaukset tulee ottaa huomioon ja keskustella niistä omaisten kanssa, jos asukas sen sallii. (Kelo ym. 2015, 271.) Omaisille olisi annettava mahdollisuus osallistua läheisensä hoitoon saattohoidossa, sillä läheisten tukeminen on osa laadukasta saattohoitoa. Ihmiset reagoivat eri tavoin omaistensa sairauteen, toiset haluavat olla aktiivisesti mukana ja osallistua hoitoon, toiset taas saattavat vetäytyä enemmän. Omaisen kipupisteet esimerkiksi suhteessa omiin vanhempiin voivat nousta esiin kuoleman lähestyessä. Kuolema voi olla hyvin pitkä prosessi sekä epämääräinen. Hoitajilla ei aina ole vastauksia kaikkiin kysymyksiin, kuten milloin ja miten kuolema tulee tapahtumaan. Sen vuoksi tärkeässä roolissa on hoitajan läsnäolo, kuuntelu ja uskallus kohdata surevat. (Kelo ym. 2015, 272.)

Omaiset reagoivat eri tavalla ja sairaanhoitajalla tulee olla valmiudet potilaan hoidon lisäksi vastata omaisen ja läheisten tiedon tarpeeseen ja emotionaalisiin reaktioihin. Omaisille jää mielikuva saattohoidosta ja tilanteesta, jossa he saavat tiedon kuolemasta. Tilanteesta voi jäädä mieleen epäoleellisia asioita vaikkapa hoitoympäristöstä ja se, miten hoitaja on käyttäytynyt ja miten heille puhuttiin asiasta. Sairaanhoitajan sanat, eleet ja ilmeet ovat suuressa roolissa, koska kuolevan potilaan omaiset tarkkailevat ja tulkitsevat hoitohenkilökunnan käyttäytymistä enemmän kuin muiden omaiset. (Saastamoinen 2012, 10.)

Saattohoidossa tulee kuolevan lisäksi huomioida läheiset ja ammattilaisen tehtävänä on tukea heitä ja perheen välisiä suhteita ja omaisten selviytymistä surutyössä. Halutessaan läheisillä on oikeus osallistua hoitoon ja heitä tulisi siinä opastaa ja ohjata. Saattohoidon aikana omaiset tarvitsevat tukea paljon ja ohjausta sekä rehellistä ja selkokieleistä tietoa sairauden ennusteesta ja kuolemasta. (Muistiliitto, 2016.)

### 2.2.2 Omaiset ja vertaistuki

Läheisen sairastuminen vaikuttaa perheen jäseniin ja muuttaa elämää monella tavalla. Tulevaisuuden epätietoisuus on henkisesti kuormittavaa ja usein terveydenhuollossa unohdetaan omaisten avuntarve. Omaisia ei aina välttämättä kuulla. Omaisen läheistä hoidetaan ja käydään tervehtimässä, mutta omaisen saatetaan unohtaa. Usein tämä johtuu siitä, että resurssit on kohdistettu sairastuneen hoitoon. Omaisten huomioon ottaminen ei aina vaadi terveydenhuoltoa, vaan tukea voi löytyä myös esimerkiksi vapaaehtoiselta taholta. (Mikkonen & Saarinen 2018, 127.)

Kun puhutaan vertaistuesta, sillä tarkoitetaan ihmisten keskinäistä tukea, mikä perustuu kokemukseen. Kun tapahtuu jotain odottamatonta, niin samankaltaisten asioiden kokeneiden tuki on tarpeen. Vertaistuki voi olla elämän kriisitilanteissa selviytymisessä ratkaisevaa. Vertaistuki on kehittynyt vuosien saatossa kulttuurin, ihmisten tarpeiden ja yhteiskunnan rakenteen mukaan. (Mikkonen ym. 2018, 9.)

Georgen yliopistossa sekä Kingstonin yliopistossa tutkittiin vertaistuen vapaaehtoisen ja omaishoitajan kokemuksia vertaistukipalvelusta. Tutkimuksen haastattelut osoittivat, että vertaistuki auttoi sekä hoitajia, että vertaistukivapaaehtoisia, kun he eivät olleet yksin kokemusten ja tunteidensa kanssa. Nämä havainnot tuovat esiin dementiapotilaiden nykyisten ja entisten hoitajien kokeman eristäytymisen ja syrjäytymisen ja kiinnittävät huomiota vertaistuen etuihin molemmille. (Greenwood 2013.)

Vertaistukea voi olla monenlaista, se voi olla pari- tai ryhmätukea. Hyvinä esimerkkeinä toimivat erilaiset vertaistukiryhmät, tukiperhetoiminta tai keskustelupalstat verkossa. Kun puhutaan vertaistukiryhmistä, tarkoitetaan ryhmää samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia ihmisiä, jotka haluavat jakaa kokemuksiaan. Vertaistukiryhmätoiminta voi olla keskustelemaa

tai toiminnallista. Keskustelevassa vertaistukiryhmässä on oleellista keskinäinen tuki ja luottamus. Saman kokeneet pohtivat yhdessä kriittisiä elämäntilanteita ja tekijöitä, mitkä ovat johtaneet niihin. Toiminta on ryhmässä yleensä itseohjautuvaa ja ryhmäläiset päättävät itse sisällöstä. Tarkoituksena on tukea elämän kriisiin joutuneita. Toiminta on yleensä määräaikaista ja suunniteltua. Ryhmät ovat yleensä suljettuja ja uusia henkilöitä ei oteta kesken ryhmän toiminnan. Ilmapiiri keskusteleavassa ryhmässä on salliva, mielipiteet sallittuja ja jokainen voi olla oma itsensä, eikä ketään tuomita. (Mikkonen ym. 2018, 56-58.)

Toiminnalliset vertaisryhmät ovat vapaamuotoisempia kuin keskustelevat tukiryhmät. Niissä voidaan harrastaa ja tuetaan virkistystoimintaa. Osallistujien määrä voi olla suurempi kuin mitä se on keskusteleavassa ryhmässä. Tällaiseen ryhmään voi hakeutua esimerkiksi kriisiryhmän tai tukihenkilön tuen jälkeen, kun oma elämäntilanne on enemmän tasapainossa. (Mikkonen ym. 2018, 62.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista palvelutalo Hopeakuun ryhmäkodissa Kuunloiste. Tavoitteena on kehittää ikääntyneiden hoivapalveluita omaisten haastattelujen pohjalta.

Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelma eli tutkimuskysymys oli ”Millaisia kokemuksia omaisilla on liittyen ikääntyneiden hoivapalveluihin ryhmäkoti Kuunloisteessa?”

### 4 Työelämäkumppani

Palvelutalo Hopeakuu sijaitsee Espoossa, Olarin kaupunginosassa. Palvelutalo kuuluu Espoon Eläkekotisäätiö sr:lle. Palveluasuntojen lisäksi Hopeakuu kattaa kolme 15-paikkaista ryhmäkotia Kuunloiste, Auringonsäde ja Tähdentento ja vanhassa osaa ryhmäkoti Linnunrata 18 paikkaa. Ryhmäkoti Kuunloiste kuuluu vuonna 2014 valmistuneeseen lisäsiipeen. Ryhmäkodit ovat ympärivuorokautisia hoivaosastoja. Ryhmäkohdissa asustavilla vanhuksilla esiintyy sydän- ja verisuonisairauksia, muistisairauksia, parantumattomia sairauksia kuten erilaiset syövät ja aivosairaudet. Osastoilla hoidetaan monisairaita ikääntyneitä ja vammaisia. Hopeakuu tarjoaa asukkailleen erinomaiset lähtökohdat oman hyvinvoinnin ylläpitoon ja terveyteen. (Espoon eläkekotisäätiö 2020) Tässä opinnäytetyössämme haastattelut koskivat ryhmäkoti Kuunloisten omaisia.

## 5 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

### 5.1 Laadullinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisin tutkimusmenetelmin. Laadullinen tutkimusmenetelmä käsitteenä on haastava, sille löytyy ainakin 34 eri määritelmää (Tuomi & Sarajärvi 2017). Laadullisella tutkimuksella on usein päämääränä pyrkiä ymmärtämään tutkimuksessa tarkasteltavaa ilmiötä tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden näkökulmasta (Juuti & Puusa 2020). Tässä opinnäytetyössä henkilöt olivat juurikin omaisia, joita haastateltiin. Tutkittava ilmiö tässä opinnäytetyössä on omaisten kokemuksia läheistensä hoivasta. Tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden kokemukset, tunteet sekä ajatukset ovat keskiössä laadullisessa tutkimuksessa. Ei ole tarkoituksenmukaista yrittää päästä tutkittavan henkilön henkilökohtaisen kokemusmaailman sisälle tai yrittää kokea asiat hänen kauttaan. Tutkimuksen tekemistä helpottavat menetelmät, joiden avulla pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin mutta myös lähestymään tutkimuksen aihetta. (Juuti & Puusa 2020.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan tulkitessa aineistoa, hän pyrkii tuottamaan jotakin uutta näkökulmaa tutkittavaan aiheeseen. Näkökulmat voivat esiintyä joko sisällöllisesti uusina, tai ne voivat esitellä jonkin tietyn kohderyhmän näkökulmia, joita on tutkittu vähemmän. Laadulliselle tutkimukselle tyypillistä on aineistolähtöisyys. Aineistolähtöisyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa käytetään aineistossa esiintyviä käsitteitä ja sanoja sekä lauseita, joita haastateltavat henkilöt ovat käyttäneet. Laadullinen tutkimus ei pyri etsimään jonkin ilmiön määrää tai esiintyvyyttä, vaan pikemminkin ilmiön tarkasteluun pyritään löytämään erilaisia näkökulmia. (Juuti & Puusa 2020.)

### 5.2 Aineistonkeruu

Tutkimusaineiston analyysi on mahdollista tehdä monella eri tavalla. Eettisestä näkökulmasta on keskeistä, että analyysi tehdään tieteellisesti luotettavasti ja hyödyntämällä kerättyä aineistoa. Hyväksyttävää ei ole jättää analysoimatta kyselylomaketutkimuksessa jokin kysymys, jos tietolähteet eivät ole vastanneet siihen. (Leino-Kilpi & Välimäki 370.)

Haastatteluihin osallistui 5 omaista. Haastateltavat omaiset valikoituivat ryhmäkodin puolesta tapahtuneen rekrytoinnin pohjalta. Ryhmäkoti kysyi kaikilta ryhmäkodin asukkaiden omaisilta puhelimitse tai kasvotusten, kuka heistä haluaisi osallistua haastatteluihin, ja ryhmäkoti ilmoitti opinnäytetyön tekijöille halukkaat osallistujat. Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, ja haastatteluun osallistui yhden haastateltavan lisäksi vain opinnäytetyön tekijät. Haastattelurunkona (Liite 1) käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelu tarkoittaa puolistrukturoitua haastattelumenetelmää, jossa haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan (Hirsjärvi & Hurme 2015, 47-48). Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan, teemahaastattelu etenee tiettyjen, ennalta määrättyjen teemojen

mukaisesti. Teemahaastattelu valikoitui käytettäväksi haastattelumenetelmäksi siksi, koska se tuo tutkittavien äänelle enemmän kuuluvuutta sekä ottaa huomioon, että ihmisten tulkinnat asioista ovat keskeisiä, ja että ne syntyvät vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2015, 48.) Teemahaastattelun teemoja olivat omaisten kokemus läheistensä hoidon laadusta, hyvinvoinnista ryhmäkodissa, vertaistuen tarpeesta sekä siitä, miten heidät on huomioitu ja kohdattu ryhmäkodissa hoitohenkilökunnan toimesta.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla ryhmäkodin asukkaiden omaisia puhelimitse. Suostumus haastatteluun (Liite 2) kysyttiin puhelun alussa haastateltavalta, sekä tiedote haastattelusta (Liite 3) käytiin läpi haastateltavan kanssa puhelun aluksi.

### 5.3 Aineiston analyysi

Haastattelujen aineisto, joka on tallennettu äänitteiksi, analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa usein käytettävä perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysillä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. (Tuomi & Sarajärvi 2017.) Analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi siksi, että se on hyväksi todettu menetelmä laadullisissa tutkimuksissa, ja että se on selkeä tapa jäsenellä sekä esittää tutkimuksen tuloksia. Erilaisia sisällönanalyyseja laadullisessa tutkimuksessa ovat aineistolähtöinen, teorialähtöinen sekä teoriaohjaava sisällönanalyysi. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

Tässä opinnäytetyössä haastatteluiden analyysi aloitettiin aluksi teorialähtöisesti, koska teoria ohjasi analyysin tekoa alusta saakka. Aineistosta etsittiin teorian perusteella tiettyjä asioita, tässä tapauksessa teemoja, joita verrattiin jo olemassa olevaan tietoon. Kuitenkin aineistoa tutkiessa siitä nousi esille joitakin asioita, jotka eivät sisältyneet teoriaan. Näin ollen tämän opinnäytetyön analyysi on lopulta lähempänä teoriaohjaavaa analyysiä, jossa tutkijan ajattelua ohjaavat vuoroin teoria, vuoroin aineisto. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

Äänitteet puheluista kuunneltiin kertaalleen, ja kommentit kirjoitettiin tietokoneelle muistiin. Omaisten kommentit ovat satunnaisessa järjestyksessä. Taulukko (Liite 4) muodostettiin aloittamalla kirjoittamalla omaisten alkuperäiset kommentit sanasta sanaan satunnaisessa järjestyksessä. Tämän jälkeen kommentit pelkistettiin. Pelkistäminen on sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe, jossa ikään kuin karsitaan aineistosta tutkimukselle ylimääräinen pois. Se voi tarkoittaa aineiston tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Sitten alkuperäisistä kommenteista etsittiin yhtäläisyyksiä. Näiden yhtäläisyyksien mukaan muodostettiin yläluokat, jonka jälkeen pystyttiin muodostamaan edelleen pääluokat. Tällainen prosessi on ominaista juuri sisällönanalyysille. (Tuomi & Sarajärvi 2017.)

## 6 Opinnäytetyön tulokset

### 6.1 Läheisen sosiaalisen hyvinvoinnin huomioiminen

Läheisen sosiaalinen hyvinvointi jakoi mielipiteitä omaisten vastauksissa. Toisaalta virikkeet ja juttelu koettiin tarpeellisena sekä nyt että jatkossa, mutta toivottiin myös enemmän huomion kohdistamista omaan läheiseen.

Eräs haastateltavista totesi, että hän toivoisi huomion kohdistamista enemmän omaan läheiseen. Hän totesi samalla, että ymmärtää huomion jakautumisen muillekin asukkaille:

***”Toivoo, että (läheinen) saisi enempi huomiota, mutta sen ymmärtää, että ryhmäkodissa on monta muutakin asukasta.”***

Haastattelussa todettiin, että tärkeää on, että nykyhetkessä sekä aina tulevaisuudessa löytyisi aikaa jutteluun sekä virikkeiden järjestämiseen.

***”Tärkeintä on, että löytyy ja löytyisi aikaa jutteluun ja virikkeisiin.”***

### 6.2 Läheisen fyysisen hyvinvoinnin huomioiminen

Fyysisen hyvinvoinnin huomioimisen osalta koettiin, että ulkoilua ei toteuteta tarpeeksi, ja että fyysistä hyvinvointia tulisi yleisesti tukea enemmän. Toisaalta perushoito koettiin ryhmäkodissa hyväksi, sekä ruokailurytmit ja aterioiden sekä juomien riittävyys koettiin positiivisena.

Yksi haastateltavista ei ottanut kantaa hoivan laatuun, mutta totesi, että hänen mielestään ryhmäkodissa perushoito on hyvää:

***”Hoidon laadusta en osaa tarkemmin sanoa, perushoidosta voin sanoa, että on hyvä.”***

Haastattelussa todettiin ruokailun olevan rytmittynyttä, ja että ruoan ja juoman saanti siellä on omasta näkökulmasta riittävää:

***”Ryhmäkodissa äiti saa jatkuvasti ruokaa, oikeat määrät ja nestettä oikean määrän. Ryhmäkodissa on selvät ruokailuajat.”***

Haastattelussa tuli ilmi, että ulkoilua ei ole mahdollisuuksia toteuttaa niin paljon kuin olisi tarvetta, ja että koetaan, että henkilökuntaa on ryhmäkodissa vähän:

***”Henkilökuntaa on vähän, ulkoilua ei ole aikaa toteuttaa niin paljon kuin olisi tarve.”***

Haastattelussa yksi omaisista toivoi, että ryhmäkodissa kiinnitettäisiin enemmän huomioita fyysisen toimintakyvyn tukemiseen:

***”Olisi toivetta, että fyysistä toimintakykyä tuettaisiin enemmän.”***

### 6.3 Omaisten kohtaaminen

Omaiset kokivat kohtaamisen ryhmäkodissa pääasiassa positiiviseksi. Joku koki, että hänet omaisena on kohdattu sekä huomioitu hyvin, ja joku koki, että omaisen hyvinvointi on otettu hoitohenkilökunnan toimesta hyvin huomioon.

Kysyttäessä kohtaamisesta, eräs osallistujista koki, että hänet on kohdattu omaisena hyvin sekä myös huomioitu hyvin:

***”Minut omaisena on kohdattu ja huomioitu hyvin.”***

Eräs haastateltavan kokemus on, että omaisen hyvinvointi on otettu hoitohenkilökunnan toimesta hyvin huomioon:

***”Omaisen hyvinvointi on otettu hoitohenkilökunnan toimesta hyvin huomioon.”***

### 6.4 Yhteydenpito omaisiin

Yhteydenpito jakoi mielipiteitä omaisissa. Positiivista oli omaisten mielestä se, että hoitohenkilökunta pitää yhteyttä omaisiin omatoimisesti ja että omaisen huomioidaan yhteydenpidossa myös poikkeustilanteissa, tässä tapauksessa koronaepidemian aikana. Toisaalta tiedottamisen tarvetta koettiin omaisten toimesta esimerkiksi lääkärinkäyntien osalta.

Eräs haastattelun osallistujista kertoi, että hoidon tapahtumista olisi mukava enemmän keskustella ryhmäkodin hoitohenkilöstön kanssa, esimerkiksi mahdollisista muutoksista:

***”Toisinaan olisi kiva jutella enemmän mitä hoidossa on tapahtunut, onko mitään muutoksia ja niin edelleen.”***

Haastattelussa nousi esille, että tiedonkulku kaipaa kehittämistä, eikä lääkärin käynneistä hoivakodissa ole informoitu omaista riittävästi:

***”Tiedonkulussa olisi kehitettävää ja lääkärin tarkistuksista ei ole tullut mitään tietoa omaiselle.”***



Kysyttäessä yhteydenpidosta, esille tuli, että ryhmäkodin hoitohenkilökunta pitää yhteyttä omatoimisesti, silloinkin kun omainen ei itse ota aktiivisesti yhteyttä ryhmäkotiin:

***”Hoitajat on soittaneet aika usein ja kertoneet, että kaikki on hyvin, jos en ole itse muistanut soitella.”***

Eräs haastateltavista kertoi, että hän kokee kynnystä siihen, että soittaisi ryhmäkotiin, koska ajattelee, että hoitajilla on kiireistä ryhmäkodissa:

***”On tullut kynnys soittaa, jos ei ole pakko. Jos hoitajilla on kiire ja ruokailut tai pesut ovat kesken.”***

Kun kysyttiin yhteydenpidosta, kerrottiin, että ryhmäkodin hoitohenkilökunta on poikkeustilanteissakin huomionut hyvin yhteydenpidon, ja myös omaiselta kysynyt hänen voinnistaan:

***”Henkilökunta on myös ottanut minuun yhteyttä koronan aikana kysyäkseni, onko minulla kaikki hyvin.”***

#### 6.5 Vertaistuki omaisille

Omaiset näkivät vertaistuelle tarvetta sekä yleisesti että henkilökohtaisella tasolla. Todettiin, että vertaistukea voisi ryhmäkodin toimesta järjestää.

Yksi haastateltavista koki henkilökohtaista tarvetta vertaistuelle, mikäli sellainen resurssien näkökulmasta on mahdollista järjestää:

***”Koen, että olisi tarvetta vertaistuelle ryhmäkodin toimesta, jos olisi resursseja sellaista järjestää.”***

Kysyttäessä vertaistuesta ja sen tarpeesta, yksi haastateltavista koki vertaistuen olevan yleisesti tarpeellinen:

***”Yleisesti vertaistuki voisi olla kuitenkin tarpeellinen.”***

Eräs haastatteluun osallistuja totesi, että hänellä ei itsellään ole vertaistuen tarvetta, koska hänen mielestään hän on huono vastaanottamaan tämänkaltaista tukea:

***”Vertaistuen tarvetta ei ole minulla, koen että olen huono ottamaan vastaan vertaistukea.”***

## 7 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä tärkeitä eettisiä periaatteita ovat opinnäytetyön luotettavuus sekä tietosuojan toteutuminen. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ohjaavat eettiset suositukset. Suositukset yhtenäistävät ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessia, ennaltaehkäisevät tieteellistä epärehellisyyttä sekä parhaimmillaan kohentavat opinnäytetöiden laatua. Eettiset suositukset perustuvat lainsäädäntöön sekä tiedeyhteisön kansainvälisiin ja kansallisiin tutkimuseettisiin periaatteisiin, linjauksiin ja suosituksiin. Opinnäytetyötekijän tulee hallita hyvä tieteellinen käytäntö opinnäytetyöprosessissa, tieteellisen käytännön vastuut sekä eettisen ennakoarvioinnin lähtökohdat, tarpeellisuus ja ennakoarviointimenetelmät. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry 2020.)

Aineistonkeruumenetelmää ohjaa tutkimusongelma. Kun tutkitaan ihmisiä, tutkimusaineiston luotettavuuden perusta on tutkittavien yhteistyöhalu. Tutkimus voi olla välitön, esimerkiksi haastattelu tai välillinen, eli kyselytutkimus tai dokumenttien käyttö. Tutkimusaineiston keruussa on kiinnitettävä aina huomiota tutkittavien ihmisten kohteluun ja oikeuksiin, mitä määritellään ja säädetään tutkimustoimintaa koskevissa laeissa. Lähtökohtana on, että ihmisiä keitä tutkitaan, kohdellaan kunnioittavasti ja rehellisesti. Siihen kuuluu, että tutkittavilta pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki, 366.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelma eli tutkimuskysymys oli ”Millaisia kokemuksia omaisilla on liittyen ikääntyneiden hoivapalveluihin ryhmäkoti Kuunloisteessa?”. Tutkittavilta henkilöiltä on haastatteluiden aluksi kysytty jokaiselta suostumus tutkimuksen osallistumiseen.

Tutkimukseen suostuminen vaatii, että osallistujia informoidaan etukäteen selkeästi ja monipuolisesti ja heidän velvollisuuksiaan ja oikeuksiaan kuvataan totuudenmukaisesti ja selkeästi. Heille suodaan myös mahdollisuus kieltäytyä tai keskeyttää se. Lisäksi anonyymiteetti

taataan, eli henkilötietoja ei missään vaiheessa paljasteta. (Leino-Kilpi & Välimäki, 368.) Haastateltavia omaisia informoitiin puhelinhaastattelun aluksi selkeästi ja riittävästi ja he olivat yhteisymmärryksessä velvollisuuksistaan ja oikeuksistaan. Heille kerrottiin mahdollisuus tutkimuksen keskeyttämiseen tai siitä kieltäytymiseen. Haastateltaville informoitiin myös heidän anonyymiteettisuojojansa säilyminen läpi koko opinnäytetyöprosessin ja sen jälkeen.

Tässä opinnäytetyössä henkilötietoja ja haastatteluista saatua aineistoa käsiteltiin anonyymiteettisuojaa kunnioittaen, eikä näitä tietoja luovutettu kellekään opinnäytetyöprosessiin kuulumattomalle henkilölle. Haastateltavia ei pysty tunnistamaan haastattelujen aineistoista mitenkään. Haastateltavien kommentit ovat satunnaisessa järjestyksessä. Tietoja säilytettiin vain opinnäytetyön tekijöiden tiedossa olevassa paikassa, johon ulkopuolisilla ei ole pääsyä. Haastattelut toteutettiin hiljaisessa ja rauhallisessa paikassa, johon ulkopuolisella ei ole pääsyä. Haastattelujen analysoinnin päätyttyä aineistot hävitettiin niin, että ne tuhoetaan lopullisesti.

Tutkimusten luotettavuuden takaamiseen on esitetty monia normeja ja kannanottoja, miten tutkimusta tehdään eettisesti kestäväällä tavalla. Nämä normit ovat pääosin lähtöisin toisen maailmansodan jälkeen julkaistussa Nürnbergin säännöstössä sekä kansainvälisessä ihmisoikeuksien julistuksessa. Molemmissa näissä kiinnitettiin huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksien toteutumiseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 363.)

Hyvässä tieteellisessä käytännössä noudatetaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta eli tieteellisiä toimintatapoja. Siinä käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, raportointi-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Avoimuutta noudatetaan tulosten julkistamisessa, otetaan huomioon muiden tutkijoiden työt ja annetaan niille arvo. Tutkijoiden asema määritellään, vastuut ja velvollisuudet sekä tulosten omistajaa koskevat kysymykset. Ilmoitetaan rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 365.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty toimimaan mahdollisimman rehellisesti, tarkasti ja huolellisuutta noudattaen. Tiedonhankinta-, raportointi, ja tutkimusmenetelmät on pyritty valitsemaan tieteellistä ja eettistä näkökulmaa noudattaen. Tutkijoiden asema opinnäytetyössä on ollut etsiä nykyistä tietoa ja faktapohjaa, johon peilata tutkimustuloksia, kerätä aineisto haastattelemalla omaisia ja tuottaa uutta tietoa yhteistyökumppanille.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerejä ovat muun muassa uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys, vahvistettavuus sekä siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta ja sen osoittamista itse tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän tulee vastata siitä, että tutkimukseen osallistujien käsitykset tutkimuskohteesta vastaavat tutkimustuloksia. Uskottavuutta vahvistaa keskustelu tutkimukseen osallistuneiden kanssa tutkimuksen eri vaiheissa. Tällöin tutkimuksen tulokset palautetaan tutkimuksen osallistujille ja pyydetään heitä arvioimaan tulosten paikkaansa

pitävyyttä. Mitä pidemmän ajan tutkija viettää tutkittavan ilmiön kanssa, sitä uskottavammaksi tutkimus tulee. Tutkimuksen osallistujien näkökulma on erityisessä huomiossa laadullisessa tutkimuksessa, ja tutkimuksen osallistujien näkökulmien ymmärtäminen voi viedä aikaa. (Kylmä & Juvakka 2007, 127-128.) Tutkimukseen osallistujia on informoitu, että tutkimuksen kohteena ovat heidän rehelliset kokemuksensa. Opinnäytetyön tekijät ovat luottaneet ja kunnioittaneet heidän rehellisiä kommenttejaan ja esittäneet ne aineistossa niihin mitenkään vaikuttamatta.

Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän tulee arvioida, kuinka hän vaikuttaa omaan aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tässä opinnäytetyössä opinnäytetyön tekijät ovat ymmärtäneet, että he ovat tutkimuksen tekijöinä aineiston kerääjiä ja aineiston analysoijia, ja heidän tulee kunnioittaa tutkimuksen kohteen eli omaisten mielipiteitä ja julkaista ne rehellisyyden periaatteita noudattaen eli alkuperäisinä ilmaisuina ja analysoida niitä parhaan osaamisensa mukaan. Haastattelujen tuloksista ei noussut esiin teemoja niin kattavasti hyvinvoinnista kuin mitä olimme opinnäytetyön prosessin alussa esittäneet teoreettisessa viitekehyksessä. Tämä voi kertoa siitä, että tutkimuksen tekijät hoitotyön opiskelijoina ajattelevat hyvinvointia käsitteenä laajemmin, kuin mitä tutkimuksen kohde, eli omaiset. Mitä hyvinvointi kullekin tarkoittaa, on suhteellinen käsite.

Vahvistettavuus edellyttää sitä, että tutkimusprosessi kirjataan niin, että toisen tutkijan on mahdollista seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. (Kylmä & Juvakka 2007.) Tässä opinnäytetyössä on pyritty esittämään opinnäytetyöprosessin kulku kaikkine vaiheineen. Ensin muodostettiin tutkimuskysymys tai -kysymykset, sitten kirjoitettiin teoreettinen tietopohja, päätettiin aineistonkeruu sekä -analysointimenetelmät. Tämän jälkeen esitettiin tulokset, johtopäätökset sekä kehittämisideat ja jatkotutkimusaiheet. Haastattelujen aineistot ovat opinnäytetyössä sekä taulukon muodossa että suorina sitaatteina. Opinnäytetyössä on myös haastattelujen aineisto eli teemat esillä.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Siirrettävyyttä arvioidakseen, tutkijan on annettava esimerkiksi riittävästi tietoa, joka kuvailee tutkimukseen osallistujia ja ympäristöä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Opinnäytetyömme tuloksia voisivat kiinnostaa vastaavia, muita ikääntyneiden hoivapalveluita tuottavia yksiköitä, ja he voisivat hyötyä yhtä lailla omaisilta saadusta tiedosta. Täytyy tietysti muistaa, että ihminen on aina yksilö, ja jokaisella on oma mielipiteensä. Tulokset eivät ole suoranaisesti siirrettäviä, mutta tällainen tutkimus olisi mahdollista toteuttaa tällaisessa samankaltaisessa ympäristössä.

Koronaepidemian vuoksi haastattelut jouduttiin toteuttamaan puhelimitse. Puhelinhaastattelujen luotettavuutta verrattuna kasvokkain käytävään haastatteluun voidaan

pohtia. Yleisesti voisi ajatella, että haastattelevalla henkilöllä syntyy kasvokkain tapahtuvasta haastattelutilanteesta turvallisempi sekä luottavaisempi olo. Kasvokkain käytävä haastattelu olisi ehkä ollut rauhallisempi ja todenmukaisempi tilanteena, jolloin tarkasteltavaa ilmiötä olisi ehkä ollut helpompi pohtia laajemmin omaisten toimesta. Voidaan pohtia, vaikuttiko juuri puhelinhaastatteluun päätyminen haastattelujen tulosten laajuuteen.

## 8 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus, joka oli kuvata omaisten kokemuksia ikääntyneiden hoivapalveluista, toteutui. Usealta eri omaiselta on saatu kommentteja liittyen useaan teemaan. Kommentit nostivat esiin erilaisia tarpeita ja toiveita vanhuspalveluihin omaisten näkökulmasta. Voidaan todeta, että opinnäytetyölle asetettuun tavoitteeseen päästiin, joka oli kehittää hoivatyötä osastolla omaisten haastattelujen pohjalta. Yhteistyökumppani saa arvokasta tietoa asukkaidensa hyvinvoinnista ja omaisten näkökulmasta omaisten haastattelujen pohjalta. Näiden arvokkaiden tietojen avulla yhteistyökumppani voi lähteä halutessaan toteuttamaan tuloksien pohjalta kehittämiämme jatkotutkimusaiheita tai kehittämisideoita.

Shephard (2002) toteaa, että liikunta on merkityksellistä ikääntyneille ja parantaa elämänlaatua. Myös tässä tutkimuksessa nousi esille, että liikunta nähdään elämänlaatua parantavana tekijänä, ja että sitä pidetään tärkeänä ikääntyneen hoivassa. Tämä kävi ilmi omaisten toiveena lisätä enemmän ulkoilua sekä fyysisen toimintakyvyn tukemista hoivakodin arkeen.

Kelo ym. (2015) kirjoittavat, että ikääntyneelle ateriarytmi on tärkeää ja ikääntyneen tulisi nauttia 4-5 ateriaa vuorokaudessa. Hyvä ravitsemus pitää yllä ikääntyneen toimintakykyä, terveyttä ja hyvinvointia. Eräs haastateltu olikin tyytyväinen siihen, että hänen läheisensä saa säännöllisesti ruokaa ja juomaa ryhmäkodissa.

Viriketoiminta, joka on osa ikääntyneen hoidon kokonaisuutta ja myös osa lääkkeetöntä hoitoa, ja joka pitää yllä psyykkistä ja fyysistä kuntoa (Muistisairaudet. Käypä hoito- suositus, 2016.) koettiin haastatteluissa myös tärkeäksi. Haastateltava koki, että tärkeää olisi, jos löytyisi ajallisia resursseja virikkeiden järjestämiseen.

Kuten tutkimukset ovat osoittaneet, mitä vähemmän omaisen saa läheisensä hoidosta tietoa, sitä todennäköisemmin hän arvioi kielteisemmin hoidon ja palvelun laadun. (Voutilainen ym. 2002, 77.) Tässäkin opinnäytetyössä yhdeksi teemaksi aineistosta nousi yhteydenpito omaisiin. Yhteydenpitoa toivottiin enemmän hoitohenkilökunnan ja omaisten välille. Toisaalta yhteydenpitoon oltiin myös tyytyväisiä. Tiedon antaminen omaisille riittävän ymmärrettävästi ja jos asukkaan vointi muuttuu, on tärkeää, että omaiset pidetään ajan tasalla. Hoitolinjaukset tulee

ottaa huomioon ja keskustella niistä omaisten kanssa, jos asukas sen sallii. (Kelo ym. 2015, 271.)

Haastatteluista nousi eräs seikka esille, jota ei käsitelty teoriassa. Tämä on resurssipula, jonka voisi nähdä heijastavan jokaiseen haastattelussamme esille nousseeseen teemaan. Hoitajamitoituksen tiukkuus ja resurssipulat henkilöstössä voivat näkyä juurikin yhteydenpidon niukkuutena, ulkoilu- ja viriketoiminnan vähentymisenä, sekä myös omaisten kohtaamiseen ja heille tarjottuun tukeen. Resurssit ovat hyvin konkreettinen asia, ja ne vaikuttavat monin tavoin hoidon laatuun eri osa-alueilla, eikä asiaan usein itse hoitohenkilöstö pysty vaikuttamaan.

Opinnäytetyön teoriassa käsiteltiin kipua, mutta se ei noussut esiin haastatteluissa. Tästä voisi päätellä, että omaiset ovat varsin tyytyväisiä kivunhoitoon eivätkä koe, että siinä olisi kehitettävää. Toisaalta monet ryhmäkodissa ovat muistisairaita eivätkä välttämättä kykene kertomaan kivustaan omaisille tai hoitohenkilöstölle. Omaiset eivät myöskään ole maallikkoina välttämättä parhaimpia tahoja arvioimaan kivunhoidon laatua, koska heillä ei ole siihen hoitotyön näkökulmaa tai näyttöön perustuvaa tietoa. Finne-Soveri (2015) toteaa, että iäkkäiden kivun hoidolla on erityinen merkitys. Korkeassa iässä pitkäaikainen kipu voi pahimmillaan aiheuttaa pysyvän toimintakyvyn menetyksen, ja se voi aiheuttaa tarpeen apuvälineisiin tai riippuvuuden toisen henkilön apuun. Kuten Kelo ym (2015) kirjoittavat, iäkkäiden hoidossa kivun tunnistaminen ei ole helppoa. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on hyvä ja luotettava kivun tunnistus. Iäkäs potilas ei välttämättä ole enää kykenevä kuvailemaan tai osoittamaan kipuaan, silloin tulee arvioida kipua havaintojen perusteella.

Seksuaalisuus, jota käsiteltiin teoreettisessa viitekehyksessä, ei juurikaan noussut esille haastattelujen kautta. Seksuaalisuus on kaikenikäisten oikeus ja siitä voivat nauttia kaikki. Seksuaalisuus ei ole ikäsidonnaista, vaan säilyy koko elämän ajan. Ikääntyneiden seksuaalisuudesta puhutaan nykyään enemmän, mutta se on silti terveydenhuollossa melko näkymätön ilmiö. Aiheesta ei juurikaan ole kirjallisuutta tai tutkimusta, eikä ikääntyneille ole seksuaalineuvontaa tai seksuaaliterveyspalveluita. Seksuaalisuus ei usein myöskään tule ilmi ikääntyneiden hoito- tai palvelusuunnitelmissa. Yksityisyyteen ei ole useinkaan riittävästi mahdollisuuksia. (Kelo ym. 2015, 59.) Voidaan pohtia sitä, onko ikääntyneiden seksuaalisuus jotenkin tabu, vaiettu aihe. Voidaan pohtia, vaikuttaako yhteiskunnan yleinen asenne siihen, ettei ikääntyneiden seksuaalisuutta haluta nostaa esille. Hoitohenkilökunnan asenteet ja arvot vaikuttavat tähän myös, voidaan pohtia sitä, että jos hoitohenkilökunnan toimesta oikeutta ihmisen omaan seksuaalisuuteen ei tuoda tärkeäksi arvoksi tai näkökulmaksi hoitotyössä, lisääkö se kynnystä hoidettavalle tai hänen omaisilleen asian esille nostamiseen.

Saattohoitoa ja palliatiivista hoitoa käsiteltiin myös teoreettisessa viitekehyksessä. Elämän loppuvaiheen hoidosta ei noussut esiin kommentteja haastatteluissa. Nämä aiheet haluttiin

kuitenkin sisällyttää teoreettiseen viitekehykseen, koska omaisen kohtaaminen ja huomioiminen korostuvat etenkin loppuvaiheen elämän hoitotyössä. Kuten Kelo ym. (2015) toteavat, ikääntyneen hoitotyöhön sisältyy laadukas loppuelämän vaiheen hoito. Laadukkaaseen saattohoitoon voidaan liittää seuraavia elementtejä; fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta sekä hengellisestä hyvinvoinnista huolehtiminen, saattohoidon mahdollistaminen eri ympäristöissä, omaisten tukeminen, sekä hoitajien jaksamisesta huolehtiminen.

Haastattelujen tuloksista kävi ilmi, että vertaistuelle koetaan jonkin verran tarvetta. Kehittämisideana ryhmäkoti Kuunloisteelle voisi olla vertaisryhmän perustaminen. Vertaisryhmä voisi kokoontua omaisista ja hoitohenkilöistä, jotka vetäisivät ryhmää. Vertaisryhmä voisi olla myös pelkästään omaisista koostuva ryhmä. Yhteistyökumppani voisi lähteä selvittämään, millaisessa muodossa tämä vertaistukiryhmä lopullisesti toteutettaisiin. Ehkä jatkotutkimusehdotus voisinkin olla kyselytutkimus siitä, millainen vertaistukiryhmä perustettaisiin, esimerkiksi virtuaalitapaaminen vaiko paikan päällä toteutettava vertaistukiryhmä. Vallitsevan koronatilanne valitettavasti tällä hetkellä luo omat haasteensa ryhmätapaamisille. Tulevaisuudessa vertaistukiryhmä voisi mahdollisesti kokoontua palvelutalo Kuunloisteessa kokoustiloissa. Toisena kehittämisideana on esitetty, että päivittäiseen hoitotyöhön lisättäisiin aikaa myös yhteydenpitoon omaisten kanssa, koska usealla omaisella nousi tarve tiiviimpään yhteydenpitoon. Tällä hetkellä covid-19-tilanteen vuoksi omaiset eivät pääse ryhmäkotiin vierailemaan, joten tällaisen kontaktinpidon tärkeys korostuu entisestään.

## Lähteet

### Painetut

Finne-Soveri, H. 2015. Vanhuksen pitkäaikaisen kivun hoito on räätälin ja salapoliisin sarkaa.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130102/4\\_15%2032-35%20Vanhuksen%20pitk%20aikaisen%20kivun%20hoito.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130102/4_15%2032-35%20Vanhuksen%20pitk%20aikaisen%20kivun%20hoito.pdf?sequence=1)

Hirsjärvi, H. & Hurme, H., 2015. Tutkimushaastattelu. E-kirja. Gaudeamus: Helsinki. Viitattu

4.4.2020. Saatavissa: <https://www.ellibrary.com/fi/book/9789524958868>

Juuti, P. & Puusa, A. 2020. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. E-kirja.

Gaudeamus: Helsinki. Viitattu 21.10.2020. Saatavissa:

<https://www.ellibrary.com/fi/book/9789523456167>

Kelo S., Launiemi H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö.

Helsinki: Sanoma Pro.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A., 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi. E-

kirja. Viitattu 4.4.2020. Saatavissa: <https://www.ellibrary.com/fi/book/9789520400118>

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-

Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Helsinki: Gummerus.

### Sähköiset

Allergia.fi. 2020. Ikääntyneen ihon ongelmat ja hoito. Viitattu 3.4.2020

<https://www.allergia.fi/iho/iho-ja-arki/ikaantuvan-ihon-ongelmat-ja-hoito/#6b0bf7ec>

Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden

eettiset suositukset. 2020. Viitattu 4.4.2020. [http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene\\_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222](http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2018/arene_ammattikorkeakoulujen-opinnaytetoiden-eettiset-suositukset.pdf?t=1526903222)

Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K. & Mattos, M. 2011. Factors associate with quality of life in older adults in the United States. School of nursing and department of public health sciences. University of Virginia. Viitattu 14.6.2020.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3593634/>

Espoon eläkekotisäätiö. 2020. Viitattu 1.3.2020. <https://eeks.fi/>



- Farage, M., Millet, K. Elsner, P. & Maibach, H. 2013. Advances in wound care. Characteristics of the aging skin. U.S National institutes of Health's national library of medicine. Viitattu 27.4.2020. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3840548/>
- Greenwood, N., Drennan, V., Easton, N., Habibi, R. & Mackenzie, A. 2013. Peer support of carers: A qualitative investigation of the experiences of carers and peer volunteers. American journal of Alzheimer's & other Dementias. Viitattu 12.5.2020. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1533317513494449>
- Hallikainen, M. & Mönkäre, R. 2019. Muistisairaahan tukeminen - ohjeita läheisille. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.5.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00899](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899)
- Hannuksela- Svahn, A. 2016. Ihon rakenne ja muutokset ikääntyessä. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.4.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01124](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01124)
- Harvinaiset. 2018. Monimuotoinen vertaistuki. Viitattu 1.6.2020. <https://harvinaiset.fi/vertaistukea/monimuotoinen-vertaistuki/>
- Hasché, E-F. & Nordenram, G. 2017. Ikääntymisestä johtuvat psyykkisen toimintakyvyn muutokset. Hammaslääkärilehti. Viitattu 5.4.2020. <https://www.hammaslaakarilehti.fi/fi/tiede/ikaantymisesta-johtuvat-psykkisen-toimintakyvyn-muutokset>
- Holopainen, A., Siltanen, H., Pohjanvuori, A., Makisalo-Ropponen, M., & Okkonen, E. 2019. Factors associated with the quality of life of people with dementia and with quality of life-improving interventions. Dementia, 18(4), 1507-1537. Viitattu 20.6.2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28750546/>
- International Association for the Study of Pain. 2017. Pain. Part III: Pain terms, a current list with definitions and notes on usage. Classification of chronic pain. H, Merskey., N, Bogduk. Viitattu 1.4.2020. <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576>
- Ikääntyminen. 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 29.7.2020. <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/iakkaan-kokemus-hoidon-laadusta>
- Jaatinen, M. 2017. Iäkkään muistisairaahan terveyteen liittyvä elämänlaatu tehostetussa palveluasumisessa. Pro Gradu. Viitattu 29.5.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/102335/1511184672.pdf?sequence=1>

Katro, M. 2019. Erilaiset hoivapalvelut iäkkäiden tukena. Viitattu 16.10.2020.

<https://www.kansanterveys.fi/kultaiset-vuodet/erilaiset-hoivapalvelut-iakkaiden-tukena/#>

Kipu. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2017. Viitattu 3.4.2020.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103#K1>

Lumio, J. 2019. Painehaavat eli makuuhaavat. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 3.4.2020.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00313](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00313)

Luoma, M-L. 2014. Suomalaisten elämänlaatu ja sen tukeminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.4.2020. <https://www.avi.fi/documents/10191/2314997/Minna-Liisa+Luoma/e5980922-9414-4b96-939e-e8cddf7c61fc>

<https://www.avi.fi/documents/10191/2314997/Minna-Liisa+Luoma/e5980922-9414-4b96-939e-e8cddf7c61fc>

Muistiliitto. 2016. Muistisairaahan ihmisen hyvä saattohoito. Viitattu 26.5.2020.

[https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan\\_ihmisen\\_hyva\\_saattohoito\\_web.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5615/0389/9488/Muistisairaahan_ihmisen_hyva_saattohoito_web.pdf)

Haesler, E. 2014. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Cambridge Media on behalf of National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Viitattu 15.7.2020.

<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>

Partala, A-E. 2009. Fyysisen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Pro Gradu-tutkielma. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 3.4.2020.

[https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/22726/1/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-201001111015.pdf](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/22726/1/URN_NBN_fi_jyu-201001111015.pdf)

Pohjolainen, P., Sarvimäki, A. & Syrén, I. 2007. Toimintakykyä ja sosiaalista tukea iäkkäiden, omaisten ja työntekijöiden arjessa. Ikäinstituutti. Viitattu 5.4.2020.

<https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/12/Oraitia-3-2007-PDF.pdf#page=13>

Saastamoinen, T. 2012. Sairaanhoidtajien kuvauksia kuoleman kohtaamisesta tehohoitotyössä. Pro Gradu. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 5.4.2020.

[https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120110/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20120110.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120110/urn_nbn_fi_uef-20120110.pdf)

Shephard, R. 2002. The role of physical activity in succesfull aging. Teoksessa K-M. Chan, W. Chodzko-Zajko, W. Frontera & A. Parker (toim.) Active aging. Hong Kong: Lippincott Williams & Wilkins Asia, 2-29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4661112/>

Siltanen, H. & Holopainen, A. 2015. Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun vaikuttavista tekijöistä. Muistiliitto. Viitattu 4.4.2020.

[https://www.muistiliitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja\\_1-2015\\_kansitettuRaportti.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5914/8666/3682/Julkaisusarja_1-2015_kansitettuRaportti.pdf)

Siukosaari, P. & Nihtilä, A. 2015. Vanhusten suun terveys. Duodecim-lehti. Viitattu 1.4.2020.

<https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2015/1/duo12035?keyword=vanhusten%20suun%20terveys>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 29.8.2020.

[http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06\\_2017\\_Laatusuositusjulkaisu\\_fi\\_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80132/06_2017_Laatusuositusjulkaisu_fi_kansilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2020. Toimintakyvyn ylläpitäminen. Viitattu 3.4.2020.

<https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen/toimintakyvyn-yllapitaminen>

Voutilainen, P. & Löppönen, M. 2016. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä hoito -suositus.

Viitattu 2.4.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>

World Health Organization. 2020. Palliative care. Viitattu 20.5.2020.

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Zulkowski, K. 2003. Protecting your patient's aging skin. Nursing 2003. Viitattu 27.5.2020.

[https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2003/01000/protecting\\_your\\_patient\\_s\\_aging\\_skin.59.aspx](https://journals.lww.com/nursing/fulltext/2003/01000/protecting_your_patient_s_aging_skin.59.aspx)

## Liitteet

Liite 1: Haastattelurunko.....	37
Liite 2: Suostumus.....	38
Liite 3: Tiedote .....	39
Liite 4: Taulukko sisällönanalysista.....	41

## Liite 1: Haastattelurunko

### Teemahaastattelun teemat

- Omaisten kokemus läheistensä hoidon laadusta
- Omaisten kokemus läheistensä hyvinvoinnista ryhmäkodissa
- Omaisten kokemus siitä, miten heidät on huomioitu ja kohdattu ryhmäkodissa hoitohenkilökunnan toimesta
- Omaisten kokemus vertaistuen tarpeesta

## Liite 2: Suostumus

## SUOSTUMUS OPINNÄYTETYÖN HAASTATELUUN

Omaisten kokemuksia palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteessa

Janina Kuisma & Kerttu Skyttä

Minua \_\_\_\_\_ on pyydetty osallistumaan opinnäytetyön haastatteluun, jonka aihe on Omaisten kokemuksia palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteessa. Haastatteluun kerätään tietoa täysi-ikäisiltä osaston asukkaiden omaisilta. Olen saanut haltuuni haastatteluihin osallistumiseen liittyvän tiedotteen ja olen lukenut sen huolellisesti. Tämän tiedotteen ansiosta olen saanut tarpeeksi tietoa liittyen haastattelun toteutukseen, ja tietojeni käsittelyyn ja julkaisuun liittyen.

Ymmärrän, että haastatteluun osallistuminen on minulta täysin vapaaehtoista, eikä siitä synny mitään seurauksia, jos jostain syystä päädyn perumaan suostumukseni.

**Allekirjoittamalla tämän dokumentin vahvistan osallistumiseni haastatteluun, ja suostun vapaaehtoisesti haastatteluun ja sen nauhoittamiseen.**

_____	_____	_____
Haastateltava	Syntymävuosi	Osoite
_____	_____	
Allekirjoitus	Päivämäärä	

Liite 3: Tiedote

#### TIEDOTE OPINNÄYTETYÖSTÄ

Omaisten kokemuksia läheistensä hoivasta palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteessa

Haastattelijat: Janina Kuisma, sairaanhoitajaopiskelija, Laurea-ammattikorkeakoulu  
Kerttu Skyttä, sairaanhoitajaopiskelija, Laurea-ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön ohjaajat: Kirsi Leinonen, Lehtori  
Kaija Marttila, Lehtori

Hyvä omainen,

Opinnäytetyö tehdään sairaanhoitajaopintoihin liittyen palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteeseen, jossa omaisenne on hoidossa. Teihin halutaan ottaa yhteyttä tämän opinnäytetyön tiimoilta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata omaisten kokemuksia läheistensä hoivasta palvelutalo Hopeakuun ryhmäkoti Kuunloisteessa. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää hoivan laatua osastolla ja kartoittaa mahdollisia kehittämiskohteita.

Teitä pyydetään kohteliaasti osallistumaan opinnäytetyöhön liittyvään haastatteluun, jossa kerätään arvokasta tietoa läheistenne hoivasta Teidän näkökulmastanne. Teidän mielipiteellänne on suuri merkitys. Potilas on hoidossa aina keskiössä, mutta omaisten rooli potilaan jaksamisessa ja hoitotyössä on keskeinen. Haastattelut tullaan toteuttamaan teemahaastatteluna, jossa on etukäteen suunnitellut teemat, joista Teiltä kysytään.

Haastattelut toteutetaan rauhallisessa ympäristössä yksilöhaastatteluna. Osallistujina haastattelussa ovat siis vain yksi omainen ja opinnäytetyön tekijät. Haastattelujen keskustelut nauhoitetaan, mikäli saadaan Teiltä siihen suostumus. Nauhoittaminen helpottaa työtä, eli haastattelujen tulosten käsittelyä ja purkamista. Kaikki haastateltavat ovat täysi-ikäisiä, ja heiltä kaikilta kysytään suostumus haastatteluun.

Kaikki haastatteluista saatu tieto käsitellään luottamuksellisesti ja salassapitovelvollisuutta ja yksityisyyden suojaa noudattaen. Opinnäytetyötä työstetään sellaisissa tiloissa, että ulkopuolisilla ei ole mahdollista kuulla siihen liittyviä tietoja. Haastateltavien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa opinnäytetyöprosessia, vaan haastateltavat pysyvät nimettöminä. Nauhoitteet säilytetään kummankin henkilökohtaisilla tietokoneilla vain meidän tiedossamme olevan salasanan takana. Haastattelujen tulokset analysoidaan ja julkaistaan nimettöminä. Opinnäytetyön valmistuttua nauhoitteet hävitetään lopullisesti. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus- tietokannassa ja pieni esitys järjestetään hoitohenkilökunnalle palvelutalo Hopeakuussa koskien opinnäytetyötä ja haastattelujen tuloksia.

Haastatteluun osallistuminen on Teille täysin vapaaehtoista, ja sen voi keskeyttää halutessaan. Keskeyttämisestä ei koidu Teille mitään seurauksia.

Lisätietoja ja kysymyksiä,

Janina Kuisma,

Sairaanhoitajaopiskelija

Kerttu Skyttä

Sairaanhoitajaopiskelija



Liite 4: Taulukko sisällönanalyysistä

Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistys	Yläluokka	Pääluokka
"Hoitajat on soittaneet aika usein ja kertoneet, että kaikki on hyvin, jos en ole itse muistanut soitella."	Hoitohenkilökunta pitää yhteyttä omaisiin omatoimisesti	Omaisena positiivinen kokemus yhteydenpidosta liittyen hänen läheisensä hoivaan	Yhteydenpito omaisiin
"Henkilökunta on myös ottanut minuun yhteyttä koronan aikana kysyäkseni, onko minulla kaikki hyvin."	Omainen huomioidaan yhteydenpidon osalta poikkeustilanteissakin		
"Tiedottaminen olisi toivottavaa, mutta ymmärrän ettei henkilökunta voi vaikuttaa paljoa siihen."	Tiedottamista kaivattaisiin enemmän	Omaisena negatiivinen kokemus yhteydenpidosta liittyen hänen läheisensä hoivaan	
"Toisinaan olisi kiva jutella enemmän mitä hoidossa on tapahtunut, onko mitään muutoksia ja niin edelleen."			
"Tiedonkulussa olisi kehitettävää ja lääkärin tarkistuksista ei ole tullut mitään tietoa omaiselle."			
"On tullut kynnyksellä soittaa, jos ei ole pakko. Jos hoitajilla on kiire ja ruokailut tai pesut ovat kesken."	Kynnys yhteydenpitoon omaisen toimesta		

”Hoidon laadusta en osaa tarkemmin sanoa, perushoidosta voin sanoa, että on hyvä.”	Perushoito on hyvää		
”Ryhmäkodissa äiti saa jatkuvasti ruokaa, oikeat määrät ja nestettä oikean määrän. Ryhmäkodissa on selvät ruokailuajat.”	Ravinnon ja nesteiden saanti on turvattua	Omaisien positiivinen kokemus läheisensä fyysisen hyvinvoinnin huomioimisesta	Läheisen fyysisen hyvinvoinnin huomioiminen
”Henkilökuntaa on vähän, ulkoilua ei ole aikaa toteuttaa niin paljon kuin olisi tarve.”	Ulkoilun määrä koetaan vähäiseksi	Omaisien negatiivinen kokemus läheisensä fyysisen hyvinvoinnin huomioimisesta	
”Olisi toivetta, että fyysisistä toimintakykyä tuettaisiin enemmän.”	Fyysisen toimintakyvyn tuen tarve		
”Minut omaisena on kohdattu ja huomioitu hyvin.”	Omaisien kohdataan ja huomioidaan hyvin	Omaisten positiivinen kokemus heidän kohtaamisestaan hoitohenkilökunnan toimesta	
”Omaisien hyvinvointi on otettu hoitohenkilökunnan toimesta hyvin huomioon.”	Omaisten hyvinvointi otetaan huomioon hoitohenkilökunnan toimesta		
”Toivoo, että (läheinen) saisi enempi huomiota, mutta sen ymmärtää, että ryhmäkodissa on monta muutakin asukasta.”	Omainen toivoo läheiselle enemmän huomiota hoitohenkilökunnan toimesta	Omaisien negatiivinen näkemys läheisensä sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisesta	Läheisen sosiaalisen hyvinvoinnin huomioiminen
”Tärkeintä on, että löytyy ja löytyisi aikaa jutteluun ja virikkeisiin.”	Virikkeet ja keskustelu koetaan tärkeäksi	Omaisien positiivinen näkemys läheisensä sosiaalisen hyvinvoinnin huomioimisesta	

<p>”Koen, että olisi tarvetta vertaistuelle ryhmäkodin toimesta, jos olisi resursseja sellaista järjestää.”</p>	<p>Omaisten vertaistuelle koetaan henkilökohtaista tarvetta</p>	<p>Omaisien positiivinen näkemys vertaistuen tarpeesta</p>	<p>Vertaistuki omaisille</p>
<p>”Yleisesti vertaistuki voisi olla kuitenkin tarpeellinen.”</p>			
<p>”Vertaistuen tarvetta ei ole minulla, koen että olen huono ottamaan vastaan vertaistukea.”</p>	<p>Omaisten vertaistuelle ei koeta henkilökohtaista tarvetta</p>	<p>Omaisien negatiivinen näkemys vertaistuen tarpeesta</p>	