

HENGELLISYYS JOKAPÄIVÄISENÄ ASIANA

Hoitajien kokemuksia dementiaa sairastavien
hengellisten tarpeiden huomioimisesta.

Eija Ahonen

Opinnäytetyö, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Sairaanhoitaja (AMK) – diakonissa

Onko tänään eilen

vai oliko eilen tänään?

Olenko kertonut

vai enkö olekaan

että näin hänet

vai enkö nähnytkään

oliko unta

vai eikö ollutkaan?

Olenko täällä

vai elätkö siellä

lapsuudessa

rakkaitten keskuudessa?

Olenko rikas,

jos muistan kaiken?

Olenko köyhä,

jos elän kaiken?

Kuka päättää

vai päättääkö kukaan

kuka olen

vai olenko kukaan?

TIIVISTELMÄ

Ahonen Eija.

Hengellisyys jokapäiväisenä asiana. Hoitajien kokemuksia dementiaa sairastavien hengellisten tarpeiden huomioimisesta. Diak Pieksämäki, syksy 2013, 37 s., 1 liite. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Hoitotyön koulutusohjelma. Sairaanhoidaja (AMK)-diakonissa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, mitä kokemuksia, haasteita ja tuen tarvetta hoitajilla oli asukkaiden hengellisten tarpeiden huomioimisessa dementiaa sairastavien hoitokodissa. Tarkoituksena oli hyödyntää tutkimuksesta saatua tietoa hengellisen hoidon kehittämisessä osana kokonaisuhoitoa

Teoriatieto koostui pääosin dementiaa sairastavan kokonaisvaltaisesta hoidosta ja siihen liittyvästä vuorovaikutuksesta, sen monista ulottuvuuksista sekä hengellisestä hoidosta. Tutkimus oli kvalitatiivinen. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselynä, jossa oli avoimet kysymykset. Kyselyyn vastasi viisi hoitajaa. Aineisto analysoitiin sisällön analyysimenetelmän avulla. Toimintaympäristönä oli hoitokoti Mathilda Jyväskylässä. Aukkaat olivat keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavia.

Tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat huomioivat hengellisiä tarpeita ja vastasivat niihin. Mm. iltarukous, hengellisten laulujen ja virsien laulaminen kuuluivat heidän tapoihinsa. Haasteeksi koettiin useiden asukkaiden vaikea-asteinen dementia ja siihen liittyvät kognitiivisten taitojen puute.

Tutkimuksen tulokset osoittivat, että hengellisten tarpeiden yksilölliseen huomioimiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tämä voidaan ottaa huomioon hoitosuunnitelmasa, päivittäisessä toiminnassa ja sen suunnittelussa.

Asiasanat: dementia, kokonaisvaltainen hoito, kohtaaminen, hengelliset tarpeet

ABSTRACT

Ahonen, Eija

Spirituality in everyday life. The perceptions of nurses concerning spiritual needs in the care of people with dementia. 37 p., 1 appendice. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Diaconal Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the present study was to investigate the perceptions that nurses have concerning the recognition of spiritual needs in a nursing home for people with dementia. Examples of the topics studied include the experiences the nurses have, the challenges they face and the need for support in their work. The purpose was to use the data obtained in the study for developing the spiritual care as a part of comprehensive care.

The theoretical background mostly included studies concerning the comprehensive care of people who suffer from dementia, communication and various dimensions in the comprehensive care, and spiritual care.

The study was conducted by using qualitative research methods. The data was collected by using a questionnaire with open-ended questions. Five nurses answered the questionnaire, and the data was analysed by using the method of data-based content analysis.

The study was carried out in the nursing home Mathilda in Jyväskylä, Central Finland. The inhabitants of the nursing home had medium or difficult dementia.

According to the results of the study, the nurses take the spiritual needs of the inhabitants into account and respond to them. Evening prayers and singing spiritual chants and songs, for example, were part of their everyday routines. The challenges that the nurses faced were the difficult dementia of several inhabitants, and the lack of cognitive skills that is connected to it.

The results of the study indicate that the individual spiritual needs should be taken into consideration even more. This could be taken into account both in the care plan and in the planning and carrying out the everyday activities.

Key words: dementia, comprehensive care, encountering, spiritual needs

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	7
2 MITÄ DEMENTIA ON	8
2.1 Dementiaa aiheuttavat sairaudet.....	8
2.2 Dementiaa sairastavan käytöshäiriöt.....	10
3 MUISTISAIRAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO.....	12
3.1 Muistisairaahan hoidon hyviä käytänteitä.....	12
3.2 Elämänhistoria ja muistelu.....	13
3.3 Vuorovaikutus.....	14
3.4 Viriketoiminta.....	15
4 HENGELLINEN HOITO.....	17
4.1 Kristillinen ihmiskäsitys.....	17
4.2 Hengelliset tarpeet	18
4.3 Muita tutkimuksia hengellisistä tarpeista.....	20
4.4 Diakoninen hoitotyö.....	21
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS.....	23
6.1 Toimintaympäristö.....	23
6.2 Tutkimuksen kohderyhmä.....	25
6.3 Tutkimusmenetelmä ja haastattelukysymykset.....	25
6.4 Aineiston keruu ja analysointi	26
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	28
7.1 Miten hengellisiä tarpeita havainnoitiin ja miten niihin vastattiin?.....	28
7.2 Miten koettiin työyhteisön huomioivan hengellisiä tarpeita?.....	29
7.3 Mitä haasteita koettiin hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa?.....	29

7.4 Minkälaista tukea tarvittiin ja mitä ideoita esitettiin?.....	30
7.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	30
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	32
LÄHTEET.....	34
LIITE 1 KYSELYLOMAKE.....	37

1 JOHDANTO

Työpaikastani Mathilda-kodista oli alkuvuodesta 2011 artikkeli Vanhustyön lehdessä, ja siinä toiminnanjohtajamme kertoi, että meillä on hoitotyössä kristillinen ihmiskäsitys. Eräs lähihoitajamme sanoi: ”Mikä ihmeen kristillinen ihmiskäsitys, tuo kuulostaa liioittelulta”. Jäin miettimään käsitettä kristillinen ihmiskäsitys ja sen toteutumista.

Opintoni Diakonia-ammattikorkeakoulussa saivat minut pohtimaan asukkaiden hengellisten tarpeiden huomioimista. Valmistuin sairaanhoitajaksi vuonna 1987, eikä hengellisyys silloin kuulunut hoitotyön opintoihin. Ajattelin silloin, että uskonnollisista asioista ei saa puhua potilaille. Tämän opinnäytetyön tekemisessä koin itselleni tärkeäksi syventää ammatillista osaamistani ja perehtyä hengellisiin käsitteisiin ja elementteihin hoitotyössä. Halusin myös itselleni rohkeutta ottaa hengelliset tarpeet esille muiden kokonaisuhoitoon liittyvien tarpeiden kanssa.

Kristillinen ihmiskäsitys saattaa olla käsitteenä vieras. Hoitajat meillä Mathilda-kodissa kohtaavat asukkaat, ja huomioivat heidän tarpeitaan lämmöllä ja halusin tuoda pohdintojeni myötä esille tämän kristillisen puolen.

Olen ollut töissä Mathilda-kodissa kolme vuotta. Asukkaina meillä on 19 muistisairasta asukasta. Useimmalla heistä on keskivaikea tai vaikea dementia, ja he tarvitsevat ympärivuorokautista hoivaa ja huolenpitoa. Henkilökuntaa meillä on 9 lähihoitajaa, 2 hoitoapulaista, yksi siistijä, yksi sairaanhoitaja ja toiminnanjohtaja, jolla on myös sairaanhoitajan ja diakonissan koulutus.

Dementoituneen ihmisen hoidossa hoitokodissamme on tavoitteena ylläpitää toimintakykyä ja hyvää oloa. Tämä edellyttää muistisairaana ymmärtämistä, hänen maailmaansa eläytymistä ja tietoa ja taitoa.

Tämän opinnäytetyön tavoite on tutkia hoitajien kokemuksia, haasteita ja tuen tarvetta hengellisten tarpeiden huomioimisessa. Näiden perusteella haluan tuoda työvälineitä hengellisten tarpeiden huomioinnin tehostamiseen hoitosuunnitelmissa ja kokonaisuhoitossa.

2 MITÄ DEMENTIA ON

Ihmisen elinikä Suomessa on pidentynyt merkittävästi viimeisten vuosikymmenien aikana. Tilastokeskuksen mukaan vuonna 1950 yli 65-vuotiaita oli 6,7 % väestöstä, kun taas vuonna 2011 heidän osuutensa oli 18,1 %. Erityisesti kaikkein iäkkäimpien osuus on kasvanut (Uusitalo 2013, 119.) Korkea ikä lisää riskiä sairastua etenevään muistisairauteen, ja väestön keski-ikä noustessa lisääntyy muistisairaiden määrä. Vuonna 2011 Suomessa oli muistisairaita ihmisiä 125 000. Sairastuneista noin 6–7 % oli alle 65-vuotiaita. (Kirkkohallitus 2012, 7.)

Dementia on oire aivoja vaurioittavasta ja usein etenevästä sairaudesta. Muistihäiriö syvenee usein vähitellen, ja johtaa laaja-alaiseen henkisten toimintojen heikentymiseen. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 54.) Usein ilmenee kielellisiä häiriöitä (afasiaa), mm. vaikeutta puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä ja ympäristön hahmottamisen vaikeutta (agnosiaa), mikä aiheuttaa esim. eksymisiä. Mm. pukeutuminen vaikeutuu kätevyiden heikkenemisen vuoksi (apraksia). (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 82.)

Muistisairaus altistaa turvattomuuden ja kaaoksen tunteille, turhautumiselle, epäarvosituksen kokemuksille ja identiteetin heikkenemiselle. Iäkkäillä ihmisillä on usein myös muita hyvinvointia heikentäviä somaattisia sairauksia ja fyysisiä vaivoja. (Eloniemi-Sulkava 2011, 9–10.)

2.1 Dementiaa aiheuttavat sairaudet

Muistisairaus ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä. Muistisairaista noin 70 prosentilla on Alzheimerin tauti, 15–20 prosentilla aivoverenkiertoperäiset (vaskulaarinen) dementia ja näiden sekamuotoa on noin 10 prosentilla. 10–15 prosentilla on Lewyn kappaletauti ja niihin luetaan myös Parkinsonin taudin aiheuttamat muistioireet. Muistisairauksista 5–10 prosenttia on otsa-ohimolohkorappeumasta (frontotemporaalinen) johtuvaa dementiaa. (Uusitalo 2013, 121.) Lisäksi on muita pieniä tautiryhmiä jotka vaikuttavat aivoihin ja keskushermostoon. Myös jotkin lääkkeaineet ja alkoholi voivat pitkään väärinkäytettynä aiheuttaa muistisairauden kehittymistä. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

Muistisairauksien oireet ja kesto vaihtelevat yksilöittäin ja aiheuttavan sairauden mukaan. Alzheimerin tauti alkaa yleensä yli 65-vuotiaana, mutta sitä todetaan myös nuoremmilla, jopa alle 50-vuotiailla. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 87–88.) Alzheimerin taudin tarkkaa syytä ei tiedetä. Se aiheuttaa aivoissa surkastumista ja hermosolujen rakenteen muutoksia. Alzheimerin taudin vaiheet jaetaan varhaiseen, lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan. Taudin kesto vaihtelee viidestä vuodesta yli 20 vuoteen, keskimääräinen kesto on kymmenen vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 63–65.)

Vaskulaarista dementiaa sairastavalla muisti ja uuden oppiminen säilyvät pidempään kuin Alzheimeria sairastavilla, mutta liikuntakyky heikkenee nopeammin. Vaskulaarisen dementian riskitekijöitä ovat mm. korkea verenpaine ja diabetes. Vanhimmissa ikäluokissa yleistyvät verisuoniperäisen dementian ja Alzheimerin taudin sekamuodot. Lewyn kappale-tautiin liittyy oireiden ja vireystason huomattavaa vaihtelua. Aamuisin keskustelu voi sujua täysin normaalisti ja iltapäivällä voi olla sekavuutta, harhoja ja nukahtelua. Liikuntakyky heikkenee usein nopeammin kuin muissa dementoituvissa sairauksissa. Frontotemporaalisen dementian tyypillinen oire on käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutos. Puheen tuottamisen ongelmat voivat olla ensimmäisiä oireita. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 90–94.)

Muistisairauksien oireet ja niiden seuraukset vaikeuttavat päivittäistä elämää, ne vaikuttavat huomattavasti toimintakykyyn ja itsearvostukseen. Sairauden alkuvaihetta sävyttää usein masennus ja hämmentyneisyys, kun asianomainen huomaa, ettei kaikki ole kunnossa. Stressi, tunne-elämän kuormitus ja hermostuminen voivat jo sairauden alkuvaiheessa heikentää paljon kognitiivista suoriutumista. Erilaiset kuormitustilanteet elämässä, esim. äkillinen sairastuminen voivat romahduttaa toimintakyvyn ja aiheuttaa akuutin sekavuustilan. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 100,101.)

Vaikea-asteisessa dementiassa ihminen tarvitsee säännöllistä ja jatkuvaa toisen ihmisen apua. Vähitellen taudin edetessä avun tarve esim. hygienian huolehtimisessa ja pukeutumisessa on välttämätöntä. Kiihtuminen, haurastuminen ja lihaskato edesauttavat toimintakyvyn heikkenemistä. Fyysiset oireet, kuten kävelyvaikeudet, virtsan ja ulosteen pidätysvaikeudet aikaansaavat arjessa selviytymisen vaikeutta ja avun tarvetta. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 100, 101.)

Alzheimerin taudin lääkehoidon (aivojen asetyylikoliini-välittäjäaineen pitoisuuden lisäämiseen) tarkoitus on lieventää oireita, parantaa toimintakykyä ja hidastaa oireiden

etenemistä kun on kyseessä taudin lievän tai enintään keskivaikean vaiheen hoito. Näin kotihoitoa voidaan jatkaa pidempään (arviolta noin vuoden ajan) ja tarve laitoshoitoon siirtyy. Alzheimerin taudissa on hoitovasteen tavoite lievässä vaiheessa oireiden vakiintuminen tai hitaampi eteneminen, keskivaikeassa vaiheessa toimintakyvyn pysyminen ennallaan tai sen kohentuminen ja vaikeassa vaiheessa käytösoireiden helpottuminen. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 166, 167, 189.)

2.2 Dementiaa sairastavien käytöshäiriöt

Muistisairauden edetessä ihminen ei useinkaan pysty selkeästi ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan. Lähiympäristö saattaa olla hänelle tunnistamaton, eikä hän kykene selkiyttämään tilannettaan kysymyksin. Muistisairaana tilannetta pahentaa vaikeus käyttää psyykkisiä puolustusmekanismeja hankalien asioiden käsittelyssä. Kokiessaan fyysistä pahaa oloa tai tullessaan väärinymmärretyksi tai kokiessaan olonsa turvattomaksi muistisairas ilmaisee kokemuksensa niillä keinoilla, mitä hänellä on. Nämä keinot ilmenevät usein erilaisina käytösoireina. (Dementiamailma 1999, 28.)

Käytösoireita todetaan noin 90 prosentilla jossakin sairauden vaiheessa. Käytöshäiriöitä on monenlaisia, eikä niitä kaikkia ole jokaisella sairastuneella. Yleisiä ovat levottomuus, harhat, aggressiivisuus, sekavuus, harhaluulot, harha-aistimukset, vainoharhaisuus, ahdistuneisuus, vaeltelu, persoonallisuuden muutokset, masentuneisuus, univalverytmin häiriöt ja psykomotorinen yliaktiivisuus. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182, 187.)

Käytösoireiden hoitaminen on muistisairaana hyvän hoidon yksi tärkeä osa. Käytösoireet heikentävät dementiaa sairastavan elämänlaatua ja ovat usein hoidon kannalta sekä asiakkaalle että omaisille ja hoitajille haasteellisia. Dementoivien sairauksien aiheuttamiin psyykkisiin oireisiin, kuten depression, ahdistukseen ja levottomuuteen saadaan apua myös kohdennetulla lääkehoidolla. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 169, 182.)

Ennen kuin käytösoireen lääkehoito aloitetaan, varmistetaan ensin, ettei oireen taustalla ole mitään fyysistä, psyykkistä tai ympäristöstä johtuvaa syytä, joka voitaisiin hoitaa muulla tavoin. Ympäristöperäisiä syitä käytöshäiriölle ovat mm. melu, vaihtuvat ihmiset ja ympäristön rauhattomuus. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 15.)

Lääkehoidolle asetetaan selkeät tavoitteet ja seurataan lääkehoidon vastetta (Sulkava; Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 18). Käyttöoireita hoidettaessa lääkkeillä on oltava tarkka siitä, etteivät lääkkeen (esim. neurolepti) sivuvaikutukset aiheuta enemmän haittaa kuin itse käyttöoire. Mm. motoriikan epävarmuus, kaatuilu ja älyllisten toimintojen heikkeneminen entisestään voivat olla ei-toivottuja seurauksia lääkehoidosta. Toisaalta oireiden hyvällä hoidolla voidaan merkittävästi parantaa asiakkaan elämää. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182.)

Muistisairaahan käytöshäiriöiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. Käyttöoireisiin täytyy puuttua vain, jos oire rasittaa muistisairasta itseään, heikentää hänen toimintakykyään tai on vaaraksi hänelle itselleen tai muille. Usein käytöshäiriöiden hoidossa joudutaan tyytymään oireen lievitykseen ja osittaiseen hoitotavoitteeseen. (Sulkava; Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 18.)

Muistisairaalla ihmisellä on samoja tarpeita kuin meillä kaikilla. Muistisairas kaipaa kanssaihmistä, joka suhtautuu häneen aikuisena ja normaalina ihmisenä. Lääkkeettömällä hoidolla voidaan vähentää käyttäytymisen muutoksesta johtuvia haittoja ja oireilua. Lääkkeettömään hoitoon kuuluu toimintakyvyn, voimavarojen ja jäljellä olevien taitojen tukeminen. Tärkeää on nähdä muistisairaahan positiiviset ominaisuudet ja keskittyä niihin. Se voi antaa muistisairalle ihmiselle itsevarmuutta, ja vie huomion pois ongelmista ja kadonneista taidoista. Huumori on hyvä keino laukaista haasteellisen käyttäytymisen tilanne. (Kirkkohallitus 2012, 9; Dementiamailma 1999, 30.)

Usein käytöshäiriön taustalla on turvattomuuden tunne. Käyttöoireiden taustalla oleviin tarpeisiin vastaaminen vaatii henkilökunnalta analyysi- ja oivalluskykyä. Yhteinen sitoutuminen rauhoittavaan ja läsnä olevaan hoitoon rakentaa muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. Samansisältöiset toistuvat viestit jäävät kokemusten muistiin, vaikka yksittäisiä tapahtumia ei muistaisikaan. Turvallisuuden tunnetta parantavat myös päivittäiset elämän varrelta tutut rutiinit ja rituaalit. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 124.)

Käyttöoireisen auttamisessa on tärkeää kiinnittää huomio elinympäristön ilmapiiriin. Kun ympäristö on selkeä, ristiriidat vähäisiä ja asennoituminen ymmärtävää, niin ne tukevat muistisairaahan mahdollisuuksia hyvään elämään. Dementoituneen hyvinvointi rakentuu paljolti kanssaihmisten hyvinvoinnin varaan. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 126.)

3. MUISTISAIRAAN KOKONAISVALTAINEN HOITO

Eettisyys on aina osa hoitotyön laatua. Hyvä gerontologinen hoitotyö on myös eettisesti hyvää. Eettisten arvojen keskipisteessä on huolenpito ikääntyneestä ihmisestä, jolla on ihmisarvo ja oikeus tulla kohdatuksi arvokkaana ihmisenä mahdollisesta heikkoudestaan ja avuttomuudestaan huolimatta. Hoidossa ja huolenpidossa on pyrkimyksenä toteuttaa se, mikä on hyvää, ja välttää pahaa; tuetaan, suojellaan ja luodaan turvallisuutta. (Sarvimäki 2009, 29, 39.)

Muistisairasta hoitavien ihmisten asenteet muistisairasta kohtaan ovat yksi tärkeimmistä tekijöistä, joka vaikuttavat muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun. Vuorovaikutus- ja toimintatavat, päivittäisen elämän viihtyisyyttä luovat tekijät koostuvat pienistä asioista joihin jokainen hoitoon ja huolenpitoon osallistuva voi vaikuttaa omalta osaltaan. Muistisairaus heikentää sairastuneiden ihmisten mahdollisuuksia itse vaikuttaa näihin asioihin, mutta heillä säilyy tarve ja oikeus tulla kohdelluksi ihmisinä ihmisten joukossa samanlaisena kuin meillä kaikilla. (Topo ym. 2009, 121.)

3.1 Muistisairaahan hoidon hyviä käytänteitä

Orientoituminen aikaan, paikkaan ja henkilöihin heikkenee muistisairauden myötä. Orientaatio jopa omaan itseensä vaikeutuu. Päivittäiset rutiinit, ja yksinkertaisesti ja luontevasti annetut orientaatiota tukevat viestit auttavat muistisairasta. Asukasta on tärkeä identiteetin kannalta puhutella koko nimellä ja tärkeällä ammatti- tai muulla nimikkeellä voi vielä täydentää puhuttelua. Orientaatiota testaavat kysymykset murentavat helposti muistisairaahan itsetuntoa ja lataavat vuorovaikutustilanteen negatiiviseksi. (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 103.)

Muistisairaiden hoitoa toteuttavissa yksiköissä on tärkeää että muistisairaahan ihmisarvosta ja hyvästä hoidosta syntyy yhteinen näkemys. Arvot, periaatteet ja toimintatavat on hyvä kirjata kaikkien luettavaksi ja niitä arvioidaan ja päivitetään tarvittaessa säännöllisesti. Käytännön työn korkea eettinen taso mahdollistaa hyvän ja arvokkaan vanhenemisen ja monet onnelliset päivät sairaudesta huolimatta. (Virjonen 2013, 81.)

Hoitokulttuuri dementiayksikössä on parhaimmillaan ihmistä kunnioittavaa, joustavaa, sekä luovuutta hyödyntävää, sallivaa ja ymmärtämään pyrkivää yhdessä elämistä. Eettisesti hyvän hoitotyön toteuttaminen vaatii hoitajalta herkkyyttä, ymmärrystä ja osaamista. eettiset arvot ja periaatteet eivät toteudu itsestään, vaan toteutuminen vaatii niiden integroimista yksittäisten hoitajien arvomaailmaan ja organisaation kulttuuriin. (Sarvimäki 2008, 39.)

Virjonen käyttää käsitettä asiakasläheisyys. Hänen mielestään asiakasläheisyydessä on organisaation johdolla merkittävä rooli. Asiakasläheisyys ei synny ilman riittäviä moraaliressursseja eli tarvitaan toimijoiden keskinäistä arvostamista ja kunnioitusta, se vaatii palvelevan johtamisen ja oikeat henkilöresurssit. Asiakasläheisyys alkaa työntekijöiden keskinäisestä läheisyydestä. Asiakasläheisyyden vastakohta on organisaatiolähtöinen ja roolien taakse piiloutuva palvelukulttuuri, epäaito ja kasettimainen käytös sekä välinpitämättömyys. (Virjonen 2013, 70, 71).

3.2 Elämänhistoria ja muistelu

Muistisairaahan hoitotyössä korostuu omaisten ja läheisten suuri merkitys. He tuntevat läheisensä elämänhistorian, peruspersoonallisuuden, tavat ja tottumukset pitkältä ajalta ja ovat tärkeitä yhteistyökumppaneista hoito- ja palvelusuunnitelmaa tehtäessä. (Airila 2002, 3; Kekola ym. 2004, 76.)

Vanhuuden aikaan kuuluu eletyn elämän, rajallisuuden ja kuoleman tunnistaminen ja hyväksyminen (Havukainen 2011, 11). Oman elämäntarinan työstäminen muistelemalla on tärkeää iäkkäille; se auttaa näkemään elämän arvokkaana. Muistelutyötä tukee esim. valokuvien katselu tärkeistä asioista, kuten perheestä. Muistelemalla voi myös kertoa itsestä ja merkittävistä tapahtumista toiselle ihmiselle. (Gothoni 2009, 88.) Tutut puheenaiheet tuovat turvallisen olon, ja muistelun kautta voi saada yhä uudelleen onnistumisen ja mielihyvän elämyksiä (Sulkava & Eloniemi-Sulkava 2008, 103).

Yhteinen kieli löytyy helpommin, kun tuntee asiakkaan elämänhistoriaa. Kieli ei välttämättä ole verbaalinen, sairauden vaikeassa vaiheessa yhteys perustuu käyttäytymisessä ilmeneviin ilmeisiin, eleisiin ja hienovaraisiin viesteihin ja niiden oikeaan tulkintaan. (Virjonen 2013, 71.)

Monikulttuurisuuden lisääntyminen tulee haastamaan hoitotyöntekijöitä kohtaamaan erilaisuutta, myös erilaista uskonnollisuutta. On hyvä kysyä avoimesti, mitä asiakas, ehkä omaisen tai läheisen kertomana, toivoo ja miten hän haluaa tulla huomioiduksi. . Yhteisöllisestä kulttuurista tulevalle uskonto saattaa olla tärkeä osa minuutta ja kuulumista omaan yhteisöön. Voi olla luontevinta aina tarvittaessa järjestää mahdollisuus tavata oman uskontonsa edustaja. On hyvä selvittää mahdolliset erityistoiveet, kuten ruokavalio tai ruokailutavat, pyhäpäivien vietto ja muut uskonnolliset ja kulttuuriset tavat. (Havukainen & Kanerva 2011, 13,14.)

3.3 Vuorovaikutus

Muistisairaahan hoitotyön lähtökohtana on apua tarvitsevan ihmisen kohtaaminen. Hoitotyön ydin dementiaa sairastavien hoidossa muodostuu vuorovaikutuksesta. Amerikkalainen sosiaaliterapeutti Naomi Feil kehitti validaatiomenetelmän muistihäiriöisille vanhuksille vuosina 1963–1980. Hän oli työskennellyt muistihäiriöisten vanhusten kanssa realiteettiteorian mukaan, jossa tavoitteena oli saada vanhuksentodellisuus ja olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Hän luopui realiteettiteoriasta kokiesaan sen epärealistiseksi. Validaatiomenetelmän johtoajatus on ihmisen tunteiden tunnistaminen tosiksi, siinä keskitytään ihmisen tarpeista lähtevän tunnetason vuorovaikutuksen kehittämiseen. Näin huomioidaan empaattisesti muistihäiriöisen ihmisen todellisuus. (Feil 1993, 8–16.)

Hoitajan taito paikata kognitiivisia taitoja kohtaamisen ja hoidon tilanteissa auttaa muistisairasta ihmistä selviytymään ja säilyttämään ihmisarvonsa. Vaikean sairauden vaiheessakin hänen on tärkeintä kokea olevansa oikeassa paikassa ja oikeiden ihmisten parissa ja kaiken olevan hyvin. Usein se on tarve kokea olevansa normaali, aikuinen ihminen, saada arvostusta tai saada myötätuntoa. (Eloniemi-Sulkava 2011, 9–10.)

Kohtaaminen on myös pieniin hetkiin pysähtymistä ja niiden positiivisen merkityksen tunnistamista. Hetkiin pysähtymällä välitetään muistisairaalle kiireettömyyttä ja rauhallisuutta. Pienten kehonviestien, ilmeiden ja eleiden sekä läheisyyden avulla välitetään turvaa. Kun kaksi ihmistä kohtaa välittyy ympärille lämpöä ja hyvää oloa ja turvaa. (Eloranta 2013, 14–15.)

Vuorovaikutuksessa välittäminen, aito ja lämmin suhtautuminen, vaihtoehtojen antaminen ja mielipiteiden kysyminen, joissakin tilanteissa ”lempeä lujuus”, jolloin ei viestitä pakottamista, vaan tilannehallintaa, edellyttävät hoitajalta hyvää tunneälyä ja itsetuntemusta. Sosiaalinen luovuus ja muutoksensietokyky ovat tärkeitä hoitajan työskentelyssä. (Kekola ym. 2004, 80.)

Yhteys voi löytyä myös fyysisestä läheisyydestä, kosketuksesta. Asiakasläheinen hoitaja on kosketuksenkestävä, häntä voi koskettaa ja hän koskettaa. Kosketuksella on paljon hyviä vaikutuksia: mielihyvän edistäminen, mielipahan välttäminen, pelon hälventäminen, läsnäolon vahvistaminen, ruumiin ja mielen välisen yhteyden löytäminen, sosiaalinen orientoituminen ja hengellinen jakaminen. (Virjonen 2013, 71.)

Päivittäisissä hoitotoimenpiteissä yhteisymmärrystä lisää hoitajan selkeys. Usein vähäpuheisuus ja sanattoman viestinnän käyttäminen ovat tärkeitä. Pakottavan tunnelman sijaan arvostava ja turvallinen ilmapiiri ja mallin näyttäminen ja esimerkiksi tahdittava hyräily tai laulu helpottaa suoritusta. (Eloniemi-Sulkava 2011, 10.)

3.4 Viriketoiminta

Asiakasläheisyys tarkoittaa myös toiminnallista läheisyyttä. Muistihäiriö ei poista ihmisen tarvetta aktiivisuuteen ja kulttuuriin ja esteettisiin kokemuksiin. Tekemisen tavat saattavat muuttua. Yhdessä tekeminen on hyvä lääke ahdistukseen ja vaikeisiin päiviin. Muistisairaalla ihmisellä on aina erilaisia hyödynnettäviä voimavaroja jäljellä. Kyky nauttia asioista on ominaisuus joka ei katoa sairauden myötä. (Virjonen 2013, 72.)

Viriketoiminnalla voidaan tarkoittaa erilaisia toimintoja ja vaikuttamisen keinoja, joilla tuetaan henkilön kokonaisvaltaista toimintakykyä. Yksi viriketoiminnan tavoite on ehkäistä toimeettomuutta, virkistää ja kohottaa mielialaa. Säännöllinen viriketoiminta ylläpitää henkilön fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä ja ehkäisee erilaisia psyykkisiä ongelmia, kuten esimerkiksi masennusta. Viriketoiminta voi olla muistelua ja keskustelua, hengellistä toimintaa, harrastustoimintaa/luovaa toimintaa, kädentaitoja, kotitöitä, liikunnallista toimintaa sekä mitä tahansa muuta toimintaa, josta henkilö nauttii. (Airila 2002, 5, 9,10.)

Hoitotyössä viriketoiminta tulisi mieltää yhtä tärkeäksi toiminnaksi kuin esimerkiksi perushoito ja lääkehoito. Viriketoiminnan ei aina tarvitse olla erikseen järjestettyä, vaan se voi olla integroitunut osaksi päivittäisiä hoitotilanteita. Viriketoiminnan ja muistisairaahan hoitotyön raja ei ole jyrkkä. Viriketoiminta voi olla pieniä arjessa toistuvia asioita, joista muistisairas nauttii. (Airila 2002, 7.)

Muistisairaahan vakavistakin muistin ja kielen ongelmista huolimatta musiikilliset taidot ja kiinnostus musiikkia kohtaan voivat säilyä. Moni muistisairas nauttii hänelle mieleisen musiikin kuuntelemisesta ja vaikka hän ei enää pystyisi puhumaan, hän saattaa kyetä laulamaan. Musiikki voi helpottaa vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa. Mieluisa musiikki nostaa vireystilaa ja mielialaa. Musiikin avulla tunteet saavat ilmaisukeinon. Musiikki lisää myös yhteenkuuluvuuden tunnetta ja vähentää yksinäisyyden ja eristyneisyyden kokemista. Lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden aikainen musiikki virittää muistelua ja tukee minuudentunnetta. (Kirkkohallitus 2012, 20, 21.)

Ennen sotia syntynyt sukupolvella oli paljon siteitä seurakuntaan ja virsiin. Yhteisissä laulutuokioissa ja hartaustilaisuuksissa on usein hyvä käyttää tuttuja lauluja, virsiä ja hengellisiä lauluja. Ne tuovat turvallisuutta, lohdutusta ja iloa. Yksiselitteisesti ei voida määritellä mikä on kullekin ihmiselle hengellistä musiikkia. Hengellisiä ulottuvuuksia voi avautua myös syvällisiä tunnekokemuksia antavissa populaari- ja iskelmämusiikissa. Nuoremmalla sukupolvella voi ainoa side olla hengelliseen musiikkiin rippikouluai-
kaiset laulukirjojen laulut. (Kirkkohallitus 2012, 23.)

4. HENGELLINEN HOITO

Ihmisen peruskysymyksiä ovat: kuka minä olen, kelpaanko minä, arvostetaanko minua ja mikä on elämäni perusta? Maailmankatsomukseen liittyvät asiat ovat meille henkilökohtaisinta ja herkintä aluetta. Suomen evankelis-luterilaiseen kirkkoon kuului 76,4% suomalaisista vuonna 2012 (Kirkon tilastollinen vuosikirja 2012, 7). Tämän mukaan voimme olettaa, että suurimmalle osalle muistisairaista kristillisellä uskonsisällöllä on merkitystä. (Kivikoski 2006, 5.)

Hengellisistä asioista puhuminen koetaan usein vaikeaksi, ja siksi ne hautautuvat usein hiljaisuuteen (Hänninen & Pajunen 2006, 71). Hengellisen hyvinvoinnin merkitys voimavarana saattaa olla suurempi kuin oletamme. Kristillinen vakaumus voi olla piilossa, mutta saattaa silti olla kantava voima sairauden kohdatessa. Hengellisyys liitetään usein vanhuuteen, mutta sitä ei voida automaattisesti pitää vanhuuteen itsestään kuuluvana. Sairastuttaessa sekä elämän ja kuoleman välimaastossa heräävät usein elämän peruskysymykset ja saatetaan huomata tarve hakea apua Jumalalta. (Kivikoski 2002, 6; Hanhiova & Aalto 2009, 13.)

Muistisairaahan hoidossa arjen hengellisyys on sitä, että olemme osallisia johonkin, kuulumme joukkoon, jaamme toistemme kanssa kokemuksia ja tunteita. Muistisairaahan hoidossa hengellisyys on hyvän olon ja turvallisuuden välittämistä yhteisissä hetkissä. Se on läsnä olemista ja ajan antamista, ihmisenä ihmisen rinnalla olemme tasavertaisia. (Havukainen & Kanerva 2011, 22.)

4.1 Kristillinen ihmiskäsitys

Kristillisen näkemyksen mukaan ihminen on ainutkertainen ja arvokas. Kristillinen ihmiskäsityksen mukaan jokainen ihminen on saanut ihmisarvon luomisessa. Se on kaikille samanlainen eikä perustu hänen ominaisuuksiinsa tai asemaansa. Kenenkään tarvitse ansaita ihmisarvoaan eikä kukaan voi myöskään menettää sitä. Tämä sisältää myös veloitteen, että kaikkia on kohdeltava heidän ihmisarvonsa mukaisesti riippumatta heidän syntyperästään, rodustaan, uskonnostaan, varallisuudestaan, poliittisista mielipiteistään, hyvydestään tai pahuudestaan. Tärkeintä on kristillisen etiikan kannalta suojella

kaikin tavoin juuri heikon ja puolustuskyvyttömän inhimillisen elämän ihmisarvoa. (Lindqvist 1998, 39–41.)

Ihminen on jakamaton kokonaisuus, joka muodostuu hengestä, sielusta ja ruumiista. Kokonaisuuden kaikki osat ovat tärkeitä ja vaikuttavat toisiinsa. Samalla kun hoidetaan ruumista, on tärkeä hoitaa koko ihmistä: hänen elämäntilannettaan, sosiaalisia suhteitaan, henkistä ja hengellistä hyvinvointiaan. (Hanhirova & Aalto 2009, 10,11.)

Kokonaiseen ihmiskuvaan kuuluu ihmisen haurauden ja elämän rajallisuuden hyväksyminen. Sairautta ja kärsimystä ei voi selittää pois. Emme elä maailmassa, jossa kaikki olisi hyvin, eikä kukaan joutuisi kärsimään. Kokonaisvaltainen lähimmäisen auttaminen erityisesti hädän ääripäässä ja muiden palvelujen ulkopuolella oleville kuuluu kristilliseen elämänskatsomukseen. Kärsimys ja kipu ovat todellisia, mutta yhtä todellisia ovat toivo ja elämänilo. (Hanhirova & Aalto 2009, 11,12.)

Lähimmäisenrakkaus hoitotyössä merkitsee ennen kaikkea ihmisenä olemista, mutta samalla ammatillista toimintaa, missä ammatillisuus ei merkitse välinpitämättömyyttä. Hoitotyö on siten ammatillista lähimmäisyyttä. (Kankare 2004, 47.) Lähimmäisenrakkaudesta kuvaa ns. kultainen sääntö Raamatussa. Kultaisella säännöllä tarkoitetaan Jeesuksen opetusta Vuorisaarnassa: "Kaikki, minkä tahdotte ihmisten tekevän teille, tehkää te heille" (Matt. 7:12). Kultainen sääntö korostaa toisen asemaan asettumista, toisin sanoen mietimme, mitä me toivoisimme itsellemme tehtävän, jos olisimme samassa tilanteessa. (Kopperi 2007, 145.)

4.2 Hengelliset tarpeet

Ihmisellä on erilaisia hengellisiä tarpeita. Ihminen kokee tarvetta tulla sovitetuksi itsensä, läheistensä ja Jumalan kanssa, tarvetta suojautua kun elämässä on ongelmia, tarvetta löytää eheys elämässä sekä tarvetta saavuttaa kiitollisuutta ja täyttymystä. Hengellisyyteen liittyy vahvasti toivo ja luottamus tulevaisuuteen. (Hanhirova & Aalto 2009, 13.)

Muistisairaahan ihmisen hengellisyys on paluuta lapsuudenuskoon ja sen tuomaan tunne maailmaan. Hengellisyyden kokeminen säilyy vaikea-asteisessakin muistisairaudessa. Ei tarvitse olla ”uskovainen kirkossa kävijä”, positiivinen arvovaraus hengellisyyteen

riittää. Sairastuminen voi aktivoida piilossa olleen uskonnollisuuden. (Kirkkohallitus 2012, 26-27.)

Muistisairaahan hengellisten tarpeiden kartoittamisessa voi elämänkaarta ja esim. tulo- haastattelua käyttää, kun selvittelee vakaumukseen ja hengellisyyteen liittyviä odotuksia. Esim. ovatko kokemukset uskonnosta myönteisiä vai kielteisiä, onko hänellä oma vakaumuksellinen suhde, onko hänellä oma henkilökohtainen usko, millainen oli lapsuudenkodin merkitys ja ilmapiiri. Kuuluiko iltarukous, pyhäkoulu tai joulukirkko lapsuuteen, miten on vietetty sunnuntaita? (Kivikoski 2006, 7.)

Jos kristillisellä uskolla on ollut positiivinen sisältö aikaisemmassa elämässä, niin uskoon liittyvät kysymykset voi ottaa rohkeasti puheeksi. Muistisairas ei osaa aina kertoa puheella, mutta kyky hengellisyyden kokemiseen muistisairaus ei vähennä. Aikaisemmin mielihyvää tuottaneet tunnekokemukset ovat keino kohtaamiseen. Tällöin on hyvä tietää ja tuntea niitä asioita, jotka ovat olleet aikanaan merkityksellisiä. (Havukainen & Kanerva 2011,12.)

Hengellisyys on myös uskon käytännöllistä harjoittamista, kuten jumalanpalveluksiin osallistumista, ehtoollisen viettoa, hiljaisuutta, mietiskelyä. Myös yhteys toisiin uskoviin, rukoushetket, laulaminen, hengellinen musiikki ja Raamatun lukeminen (tai muu oman uskonnon pyhän kirjan lukeminen) kuuluvat uskon harjoittamiseen. (Hanhirova 2009, 12.)

Hartaushetket toteutetaan huomioiden muistisairaahan voimavarat. Hartaushetkessä on tärkeää rauhallisuus ja kiireettömyys, ja sitä edesauttaa hoitajien läsnäolo. Hartaushetken tavoite on palvella siihen osallistuvien tarpeita. Tärkeintä on kohtaaminen. (Havukainen & Kanerva 2011, 16–17.) Juhlapyhiin liittyvät juhlat ja niiden viettäminen yhdessä tuovat elämään tuttuutta ja turvallisuutta, jos ne ovat asiakkaalle entuudestaan tuttuja toimia. On tärkeää saada vanhat muistot ja kokemukset elämään. Rukoileminen voi lisätä turvallisuudentunnetta ja helpottaa mahdollista ahdistusta. Isä meidän rukous on tuttu monelle, samoin Herran siunaus. Usein vaikeastikin dementoitunut osaa ne ulkoa yhdessä ääneen lausuen. (Kivikoski 2006, 9,19.)

4.3 Muita tutkimuksia hengellisistä tarpeista

Asiakkaiden/potilaiden hengellisiä tarpeita ja hengellistä hoitoa on tutkittu paljon ja monesta eri näkökulmasta. Halusin omalla tutkimuksellani tuoda esille keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavien erityispiirteitä ja niiden huomioon ottamista. Esittelen kolme hengellisiin tarpeisiin liittyvää tutkimusta.

Räsänen Johannan tutkimuksessa (kirkon tutkimuskeskus) tarkasteltiin sielunhoidollisten palveluiden tarvetta ja mahdollisuuksia terveydenhuollon potilaiden keskuudessa. Yksi tutkimuskysymyksistä oli: Missä määrin sielunhoito on selviytymistä ja elämänhallintaa vahvistava tekijä? Vastaajien käsitykset sielunhoidosta olivat hyviä, sekä potilaista että työntekijöistä lähes kaikki kuvasivat sielunhoitoa myönteisillä määritelmillä. Sielunhoidolla nähtiin olevan oma tilansa ja tehtävänsä terveydenhuollon kentässä. (Räsänen 2005.)

Potilaista yli puolet halusi itselleen ammatillista sielunhoitoa, jolla tarkoitettiin papin tai diakonin/diakonissan kanssa tapahtuvaa sielunhoitosuhdetta. Sielunhoito nähtiin myös ihmisen elämänhallinnan tunnetta vahvistavana tekijänä. Henkisen tuen saannille ja keskustelulle on tyydyttämätöntä tarvetta terveydenhuollon potilaiden keskuudessa. Sielunhoidon lähestymistavan ja menetelmien integrointi terveydenhuoltoon, sen hierarkian kaikille tasoille, olisi hyvä toteuttaa nykyistä laajemmin. Näin sielunhoito ja sielunhoidollisen tarpeen arviointi voisi olla normaali osa potilaan kokonaishoitoa. (Räsänen 2005.)

Liss Eriksson-Tapio on tutkinut opinnäytetyössään hengellistä hoitoa dementoivia tauteja sairastavien osastolla. Tavoitteena oli tutkia muistisairaiden osallistumista radiojumalanpalveluksiin ja hengellisten laulujen laulutuokioihin sekä niiden vaikutusta heihin. Tarkoitus oli kehittää hengellistä hoitoa ja luoda pysyviä käytäntöjä hengellisistä tilaisuuksista. (Eriksson-Tapio, 2008.)

Tulokset osoittivat että jumalanpalveluksen kuuntelemisen ja hengellisten laulujen laulutuokioiden jälkeen asukkaat rauhoittuivat ja tilaisuudet loivat turvallisuutta ja levollisuutta sekä hoitomyönteisyyttä. Lauluhetket aktivoivat laulamaan, muistelemaan ja osoittamaan kiitollisuutta. Jumalanpalveluksien kuuntelemisesta ja hengellisten laulujen laulutuokioista luotiin pysyvä käytäntö ja otettiin näin huomioon hengelliset tarpeet ja siten lisättiin asukkaiden hyvinvointia. (Eriksson-Tapio 2008.)

Moision ja Simpasen tutkivat opinnäytetyössään hoiva- ja kuntoutusosastojen sairaanhoitajien kokemuksia sielunhoidon toteutumisesta hoitotyössä: sairaanhoitajien käyttämiä auttamismenetelmiä, sielunhoidolliseen kohtaamiseen liittyvää lisävalmiuksien tarvetta ja osastojen yhteistyötä seurakunnan kanssa. (Moisio & Simpanen 2009.)

Tulosten mukaan sielunhoito koettiin olevan vuorovaikutusta potilaan kanssa, läsnäoloa, yksilöllistä kohtaamista ja keskustelua, alakuloisten tunteiden tunnistamista. Seurakunta ja sen tarjoama tuki koettiin olevan tärkeä sielunhoidon toteutumisessa hoitotyössä. Sairaanhoitajat käyttivät auttamismenetelminä emotionaalista tukemista, potilaan uskonnollisuuden vahvistamista, läsnäoloa ja fyysistä kosketusta, lohdutusta ja virsien laulamista ja rukoilua. (Moisio & Simpanen 2009.)

Airila Airi on tehnyt opinnäytetyön viriketoiminnan vaikutuksesta vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Tuloksien mukaan virikkeelliset toiminnat auttoivat useimpia dementoituneita sillä hetkellä, kun niitä tehtiin. Osallistujat nauttivat tilanteista ja useat olivat niiden jälkeen hyvätuulisia, ja häiriöitä oli vähemmän. Positiivisimmin vaikuttivat laulutuokiot, tanssiaiset ja hengellisen musiikin ja jumalanpalveluksen kuunteleminen. Pitkäaikaista vaikutusta käytösoireiden vähenemiseen ei juurikaan huomattu. Virikkeelliset toiminnat onnistuivat hyvin työn ohessa, ne vaativat sitoutumista asiaan mutta eivät vieneet kohtuuttomasti aikaa. (Airila, 2000.)

4.4 Diakoninen hoitotyö

Hengellinen hoito on määritelty osaksi kokonaishoitoa ja asiakkaan kohtaamista. Osana hoitotyötä se kuuluu jokaiselle hoitajalle. Hoitajalla oletetaan olevan humanistinen ihmiskäsitys, mutta häneltä ei vaadita jotain tiettyä maailmankatsomusta. Diakonisessa hoitotyössä korostuu myös hoitajan usko Jumalan läsnäoloon lähimmäisen kohtaamisessa sekä motivaationa ja voimavarana työssä. (Gothoni & Jantunen 2010, 51.)

Valmius tunnistaa asiakkaan elämän mielekkyyttä ja arvoja koskevia tarpeita ja niissä tukeminen kuuluu jokaiselle hoitajalle. Samoin uskoon liittyvien kysymyksien havaitseminen ja tarvittaessa asiakkaan ohjaaminen toiselle asiantuntijalle, jotta hän saisi tarvitsemansa avun. Uskonnon kysymykset ovat osa diakonista hoitotyötä. Diakonisessa

hoitotyössä kuunnellaan ihmisten uskonnollista etsintää ja annetaan uskonnollista tukea. Diakonisen hoitotyön tekijältä edellytetään myös henkilökohtaista sitoutumista kristilliseen uskoon sekä riittäviä tietoja ja taitoja. Diakoniseen hoitotyöhön kuuluu mm. harjoituksen harjoittamisen tukeminen keskustelun, rukouksen, virsien ja Raamatun lukemisen kautta. (Gothi & Jantunen 2010, 53.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TOTEUTUS

Opintojen myötä mielenkiintoni hengellisyyteen ja hengellisiin tarpeisiin heräsi. Halusin tutkimuksen liittyvän näihin aiheisiin. Haluan syventää oma ammatillista osaamistani sekä oppia uutta.

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia, mitä kokemuksia, haasteita ja tuen tarvetta hoitajilla oli asukkaiden hengellisten tarpeiden huomioimisessa dementiaa sairastavien hoitotyössä. Tavoitteena on hyödyntää tuloksia hengellisten tarpeiden huomioimisessa muistisairaiden hoitotyössä.

Tutkimusongelmaksi nousivat seuraavat kysymykset:

1. Mitä hengellisiä tarpeita asukkailla havaitaan ja huomioidaan?
2. Miten hengelliset tarpeet voisi ottaa paremmin huomioon osana kokonaisuhoitoa?

6.1 Toimintaympäristö

Mathilda-koti on suunniteltu ja rakennettu muistisairaana ihmisen ympärivuorokautiseksi hoitokodiksi. Tilat ovat yhdessä kerroksessa. Asukashuoneita on viisitoista, joista yksitoista on yhden hengen huoneita ja neljä huonetta on kahden hengen. Asukkailla on käytössään yhteiset oleskelutilat, sauna ja etenkin kesäisin paljon käytössä oleva piha-alue. Asuinhuoneet ja yhteiset tilat ovat sijoitettu talon keskuksena sijaitsevan talvipuutarhan ympärille. Kokemuksen ja tutkitun tiedon mukaan pitkänomaisten ja päättävien käytävtilojen tiedetään ahdistavan muistisairaita ja vaikeuttavan heidän liikkumistaan. Talvipuutarhan sijaitseminen keskellä rakennusta mahdollistaa liikkumisen päättymättömässä tilassa. Talvipuutarhan lasikatto antaa valoa yhteisiin tiloihin ja sen lasiseinät antavat mahdollisuuden katsella viherkasveja ja kukkia. (Laatukäsikirja 2012, 6)

Aidatulla sisäpihalla voi osa (parempikuntoiset) asukkaista ulkoilla itsenäisesti tai toisen/toisten asukkaiden kanssa. Sisäpihalla on pieni peruna- ja mansikkamaa, marjapensaita ja siellä kasvatetaan tomaatteja ja kukkia. Asukkaat osallistuvat vointinsa ja mielenkiintonsa mukaan puutarhan hoitoon. Kesällä on mahdollista grillata, syödä ja viettää kahvihetkiä ulkona.

Mathilda-kodissa viriketoiminta on suunniteltua ja säännöllistä. Joka viikolle on suunniteltu valmiiksi aamu- ja iltapäivän viriketuokio, jonka hoitajat tai opiskelijat toteuttavat. Vierailijoita käy usein: evankelisluterilaisen seurakunnan ja vapaaseurakunnan järjestämiä jumalanpalveluksia on kerran kuukaudessa, lisäksi on kuoro- ja muita musiikki-vierailuja sekä terveys- ja sosiaalialojen opiskelijoita käy säännöllisesti pari kertaa viikossa pitämässä erilaisia viriketuokioita. Vapaaehtoistyöntekijöitä käy myös ulkoilun, seurustelun tai esim. leipomisen merkeissä.

Kaikilla asukkailla on omaisten tai läheisen täyttämä elämäkkaarilomake. Siinä on asukkaan elämänhistoriaan ja arvomaailmaan liittyviä kysymyksiä lapsuudesta, nuoruudesta, aikuisuudesta ja vanhuudesta. Lomakkeessa kysytään myös asukkaan luonteenpiirteitä ja temperamenttia sekä mielihyvään, nautintoon, pelkoon ja ahdistukseen liittyviä asioita. Kysytään myös miten asukas suhtautuu uskontoon ja kuolemaan. Siinä pyydetään myös listaamaan asiat, joista asukas pitää/on pitänyt ja harrastaa/on harrastanut.

Tulohaastattelulomakkeessa kysytään mm. lääkkeitä, kivuista ja särystä, näkö- ja kuulokyvystä, lempiruista sekä päivittäisiin toimintoihin liittyvistä tarpeista ja tavoista. Kirjaamme tulohaastattelulomakkeeseen hengellisistä asioista kohtaan: ”seurakunta/tavat ja tottumukset”. Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjaamme hengellisten tarpeiden tavoitteisiin elämäkkaari- ja tulohaastattelulomakkeesta poimitut tavat ja toiveet, esim. tykkää osallistua hengellisten laulujen ja virsien laulamishetkiin.

Työyhteisömme toiminta-ajatus:

Mathilda-kodissa tavoitteenamme on inhimillinen ja asukaslähtöinen hoito kodinomaisissa olosuhteissa. Haluamme hoitaa asukkaitamme kunnioittaen ja arvostaen sekä tukea heidän omaisiaan. Iäkäs ja/tai sairastunut ihminen on haavoittuva. Tämän tiedostaen henkilökuntana tunnustamme ja tunnistamme ihmisarvon, eettisyyden, osaamisen, koulutuksen ja kokemuksen merkityksen. Tätä harjoittelemmekin, tähän pyrimme - joka päivä. (Laatukäsikirja 2012, 7.)

6.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Mathilda-kodin hoitajat. Suusanallisen luvan tutkimuksen tekoon sain toiminnanjohtajalta. Tutkimuksen tarkoituksen ja vapaaehtoisuuden kerroin hoitajille jakaessani kyselylomakkeet.

Mathilda-kodissa on yhdeksän lähihoitajan toimessa tai sijaisuudessa olevaa hoitajaa ja kaksi hoitoapulaista. Jaoin kysymyslomakkeet seitsemälle hoitajalle. Perustelut valinnalleni oli työkokemuksen pituus. Jätin pois ne hoitajat, joilla oli alle vuoden pituinen työkokemus dementiaa sairastavien hoitotyöstä. En laskenut hoitajiksi kahta hoitoapulaista, koska heillä ei ollut hoitoalan koulutusta. Valituista seitsemästä hoitajasta viidellä oli perus- tai lähihoitajan koulutus ja yksi oli mielenterveyshoitaja ja yksi sosionomiopiskelija. Työkokemusta hoitajilla oli 1–20 vuotta.

Vastausaikaa oli kuukausi ja kyselylomakkeet palautettiin nimettöminä toimistossa olevaan avoimeen postilokerikkoon. Kyselylomakkeen palautti viisi hoitajaa.

6.3 Tutkimusmenetelmä ja haastattelukysymykset

Tutkimus toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusotteella. Tutkimus kohdentuu laatuun, ei määrään. Laadullinen lähestymistapa mahdollistaa parhaiten työntekijöiden käsitysten kuvailemisen ja näkyväksi tekemisen. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena on kuvata todellista elämää. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti ja aineisto kootaan todellisissa tilanteissa. Tutkimuksen kannalta on tärkeää, että otosjoukko, joilta tietoa kerätään, omaavat kokemusta tutkittavasta asiasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 161, 164.)

Valitsin kvalitatiivisen tutkimustavan, koska se tuntui itselleni luontevalta. Minua kiinnostaa ihmisten kokemukset ja ajatukset. Tutkimuksessa on käytetty kysymyslomaketta, jonka Mathilda-kodin seitsemästä kyselylomakkeen saaneista hoitajasta viisi palautti.

Kyselylomakkeen avoimissa kysymyksissä jätetään tyhjä tila vastausta varten. Vastajalle on näin mahdollisuus kertoa mitä hänellä on mielessään eikä hänelle ole valmiita vastauksia joista valita. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–201.)

Kyselylomakkeen kysymykset laadin tutkimusongelmien pohjalta. Lomakkeessa oli kuusi avointa kysymystä. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden vastata omin sanoin ja ilmaista todellisen mielipiteensä, ilman valmiita vastausvaihtoehtoja (Hirsjärvi ym. 2009, 198, 201). Lisäksi avointen kysymysten avulla saatetaan saada esille näkökulmia, joita tutkija ei ole osannut etukäteen ajatella (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92).

Kysymyslomakkeen kysymykset olivat:

1. Miten havainnoit ja huomioit asukkaiden hengellisiä tarpeita?
2. Miten vastaat esille tuleviin hengellisiin tarpeisiin ja toiveisiin?
3. Miten koet meidän työyhteisönä huomioivan asukkaiden hengellisiä tarpeita?
4. Mitä haasteita koet hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa?
5. Minkälaista tukea, apua tai esim. materiaalia tarvitsisit tähän?
6. Onko sinulla ideoita hengellisten asioiden huomioimisessa?

6.4 Aineiston keruu ja analysointi

Kyselylomakkeen palautti viisi hoitajaa. Kyselylomakkeiden vastaukset kävin itsekseni läpi. Aluksi luin kaikki vastaukset läpi, jotta sain yleisvaikutelman niiden sisällöistä. Kyselylomakkeiden kysymyksiin oli jätetty vain muutama kysymys vastaamatta.

Aineiston järjestämisen esitöihin kuuluu tietojen tarkistus. Tarkistetaan, sisältyykö aineistoon selviä virheellisyyksiä ja puuttuuko tietoja. On päätettävä, voiko kaikki kyselylomakkeen vastaukset hyväksyä. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Tutkittavaa ilmiötä kuvaa tutkimuksen aineisto ja tutkittavasta ilmiöstä on tarkoitus luoda analyysillä sanallinen ja selkeä kuvaus. Sisällönanalyysillä aineisto pyritään järjestämään tiiviiseen ja mielekkääseen muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analyysillä voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

Aineistolähtöiseen eli induktiiviseen sisällönanalyysiin kuuluu aineiston tarkastelu eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien sekä tiivistäen. Näin saadaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyimmässä ja yleisemmässä muodossa. Sisällönanalyysissä etsitään tekstin merkityksiä. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä, jotka muodostuvat lauseista, virkkeistä tai sanoista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Keskeisen löydetyt tiedon erottelun perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä, joista edetään aineiston ilmauksien kautta johtopäätöksiin. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä ja saadaan niistä vastaus tutkimustehtävään. Tämä tehdään tulkiten ja päätellen ja käsitteellistetään tutkittavaa ilmiötä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112, 113; Hirsjärvi ym. 2009, 229.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tiivistin vastausten lauseista ja sanoista ydinsisältöjä tutkimustehtävän mukaan eritellen. Näin kokosin tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset. Tulosten tulkintaa pyrin perustelemaan suorilla lainauksilla vastanneiden vastauksista, koska silloin lukijalle välittyy minkälaisesta alkuperäisaineistosta tulkinnat on tehty.

7.1 Miten hengellisiä tarpeita havainnoitiin ja miten niihin vastattiin?

Kuuntelemalla, keskustelemalla ja lukemalla elämäntutkimuslomakkeen.

Elämäntutkimuslomake ja omaisilta saatu tieto mainittiin kolmessa vastauksessa. Oman läsnä olemisen, kun asukas haluaa puhua, mainitsi yksi vastaaja. Hengellisissä tilanteissa, esim. hengellisten laulujen laulutuokiossa asukkaan mielialaa ja ”olotilaa” seuraamalla päätteli yksi pitääkö asukas tilanteessa olemisesta. ”Tuntosarvet pystyssä” mainitsi yksi vastaaja.

Tulosten mukaan kaikki hoitajat olivat havainnoineet ja huomioineet asukkaiden hengellisiä tarpeita. Elämäntutkimuslomaketta ja omaisilta saatuja tietoja pidettiin tarpeellisina. Samoin hoitajan läsnäolo sekä asukkaan kuunteleminen sekä mielialan ja olemuksen huomiointi koettiin tärkeäksi. Asukkaan mielentilaa seuraamalla saatiin käsitys hänen voinnistaan.

Hengellisyys voi olla jokapäiväinen asia, hyvä rauhaisa tunnelma, hyvän tuonti elämään.

Neljä hoitajaa huomioi hengellisiä tarpeita mainiten iltarukouksen, yhdessä niistä ”siunaan nukkumaan”-käsitteellä. Yksilöllisyyttä tuotiin ilmi mainitsemalla esim. että ohjataan halukkaat hengellisiin hetkiin, jos he haluavat, ja ettei saa kenellekään ”tyrkyttää” keskusteluissa, mutta asukkaan kysyessä pyritään vastaamaan. Hengellisten laulujen ja virsien laulaminen viriketuokioissa tuli esille kolmessa vastauksessa.

Iltarukous oli tavallinen hengellisiin tarpeisiin vastaamistapa, samoin hengellisiin viriketuokioihin ohjaaminen. Kunnioitettiin asukkaan vakaumusta, ohjattiin vain halukkaat

hengellisiin hetkiin. Rauhallisen ja hyvän mielialan luominen arkeen oli tärkeä asia. Tällöin seurattiin ja tulkittiin asukkaan mielentilaa ja tunteita.

7.2 Miten koettiin työyhteisön huomioivan hengellisiä tarpeita?

Enemmän saisi olla yksilöllisiä keskustelutuokioita tai lauluhetkiä.

Kolmessa vastauksessa mainittiin työyhteisön huomiointitavat positiivisiksi mm.: ”suurimmalla osalla myötämielisyys hengellisiin asioihin”, ”ihan ok, ei tuputeta, annetaan mahdollisuus”. Yhdessä vastauksessa mainittiin, ettei voi tietää, kuinka säännöllisiä esim. iltarukoukset olivat: ”vaikea sanoa toisten puolesta”. ”Arkuus puhua” mainittiin yhdessä vastauksessa. ”Aika vähäiseksi” huomiointia arvioi yksi vastaaja. Yksi vastasi että kaikkien olisi huomioitava, jos joku asukkaista on liian innokas ja ”tuputtaa liiaksi omaa uskontoaan toisille”

Työyhteisöllä ei välttämättä ole aina tietoa siitä, miten toiset huomioivat hengellisiä tarpeita. Koettiin, ettei hengellisistä asioista ole helppo puhua. Otettiin esille se, että olisi huomioitava, ettei joku asukkaista ahdistaisi toisia asukkaita uskonnollisilla näkemyksillään. Ristiriitatilanteisiin toivottiin puuttumista. Toivottiin enemmän yksilöllistä ja kahdenkeskistä kohtaamista.

7.3 Mitä haasteita koettiin hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa?

Sairauden tuoma haaste ymmärtää puhuttua.

Haasteena koen sen, jos joku asukas lietsoo/pelottelee toisia asukkaita liiallisella jumalanpelolla /rangaistuksilla.

Neljä hoitajaa vastasi tähän kysymykseen. ”En osaa ottaa puheeksi, kiusaantunut olo”, näillä sanoilla kaksi vastaajaa kuvaili haasteita. Kolme vastaajaa otti esille asukkaan puutteelliset kognitiiviset kyvyt. ”Aina ei voi auttaa jos on sekava ja hoitovastainen”. Aikaa meni helposti asukkaiden välienselvittelyynkin. ”Asukkaat aika sairaita, jos on kovin rauhatonta niin aika menee kyllä sen selvittelyyn.” Yhdessä vastauksessa mainittiin: ”kun puhe ei mee perille”.

Koettiin vaikeaksi puhua hengellisistä asioista. Asukkaiden käytöshäiriöt estivät auttamisen, ahdistunut ja sekava asukas ei päästä hoitajaa auttamaan ja saattoi viedä aikaa

paljonkin, levottomuus myös leviää helposti muihin asukkaisiin. Asukkaan vaikea muistisairaus vie puheen ymmärtämisen ja puhumisen kyvyn.

7.4 Minkälaista tukea tarvitaan ja mitä ideoita on hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa?

Ehkä joku rukousvihkonen, esim. ilta- ja ruokarukoukselle esimerkkejä.

Kahdessa vastauksessa mainittiin tuen tarpeeksi materiaaliksi jotain kirjallisuutta esim. rukouksista. Koulutusta: ”tietoa miten kohdata asukas yllämainitussa asiassa”. Tietoa eri uskonnoista halusi yksi vastaajista. Yksi toivoi ” talon hengellisyyttä ylläpidettävän”, että ei ainakaan vähennettäisi jo olevia hengellisiä tapahtumia.

Jos mahdollista olisi, niin enemmän yksilöllistä huomioimista hengellisissä asioissa samoin useammin esim. hartaushetkiä, tai että pääsisi joskus asukkaan kanssa yhdessä kirkkoon.

Yksi vastaajista toivoi enemmän seuraavia asioita: *talon ulkopuolelta tuotu hengellisyys, papin vierailut, ehtoollisen mahdollisuus, eri seurakuntien vierailut.*

Muisteluun materiaalia, vaikka kirjoja siitä, esim. mitä tapoja on ollut ennen vanhaan ja - ehkä enemmän keskustelua/muistelua kahden kesken.

Yhdessä vastauksessa mainittiin sunnuntain huomioimisen lepo-/pyhäpäiväksi. Hoitajien/hoitajan toivottiin olevan mukana jumalanpalvelusta kuuntelemassa ja rauhaisan tunnelman luomiseksi voisi pöydällä olla valkea liina ja esim. Raamattu.

Joku on sanonut – on asioita joita kuunnellaan korvilla, on asioita joita kuunnellaan silmillä ja on asioita jota kuulee vain sydämellä, myötäelämisellä.

Hoitajat toivoivat kahdenkeskistä tekemistä ja yhdessä olemista. Materiaalia kaivattiin tueksi esim. muistelun avuksi. Tärkeiksi koettiin hengelliset hetket ja se, että hoitaja olisi mukana esim. hartaushetkissä. Pyhäpäivän haluttiin erottuvan arjesta symbolien avulla; valkea liina ja Raamattu.

7.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kaikille kyselylomakkeen saaneille hoitajille kerroin, mihin käytän saamaani materiaalia. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaukset käsitelin luottamuksellisesti. Tietoja ei

annettu kenellekään ulkopuoliselle. Lomakkeet palautettiin nimettöminä ja analysoinnissa kaikkien hoitajien vastauksille annettiin sama paino.

Tutkimuksen epäluotettavuutta lisää mahdollisuus että kyselylomakkeessa on kysymyksiä, jotka ymmärretään väärin. Haastattelussa niitä voitaisiin tarkentaa ja esittää lisäkysymyksiä, mutta kyselylomaketta täyttäessä sitä ei voi tehdä. (Hirsjärvi ym. 2009, 205.)

Vastauksiin saattoi vaikuttaa se, etten ollut työyhteisön ulkopuolinen henkilö, vaan työ-kaveri. Hoitokotimme on taustaltaan kristillinen. Vastauksiin saattoi siksi vaikuttaa halu miellyttää. Kysymyksiin vastaava ei välttämättä vastaa kysymyksiin rehellisesti, vaan niin kuin kuvittelee että hänen kuuluu vastata.

Kysymyslomakkeita antaessani ilman kysymyslomaketta jäi vain alle vuoden työkokemuksen omaavat hoitajat. Hoitajilla on erilaisia elämäkokemuksia ja asenteita, ne vaikuttavat asukkaiden tarpeiden havainnointiin.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia, mitä kokemuksia, haasteita ja tuen tarvetta hoitajilla oli asukkaiden hengellisten tarpeiden huomioimisessa dementiaa sairastavien hoitotyössä. Tavoitteena oli hyödyntää tuloksia hengellisten tarpeiden huomioimisessa muistisairaiden hoitotyössä. Halusin myös syventää omaa ammatillista osaamistani ja perehtyä hengellisiin käsitteisiin ja elementteihin hoitotyössä.

Tutkimustulosten mukaan asukkailla havaittiin hengellisiä tarpeita. Tuloksista ilmeni, että hoitajat huomioivat hengellisiä tarpeita yksilöllisesti ja vastasivat niihin. Mm. ilta-rukous, hengellisten laulujen laulaminen kuuluivat heidän tapoihinsa. Kuunteleminen ja kahdenkeskinen yhdessäolo koettiin tärkeäksi. Lähellä olemalla ja muistisairaana mielen-tilaa seuraamalla saa käsityksen hänen voinnistaan. Herkkyys ja läsnäolo auttavat näkemään vihjeitä hengellisistä tarpeista.

Hoitajat havainnoivat asukkaiden mielentilaa ja ohjasivat pois ahdistavista tilanteista sekä loivat turvallisen ja rauhallisen ilmapiirin. Koettiin, että vaikeaa dementiaa sairastavan kohtaamisessa on kahdenkeskinen oleminen ja seurustelu hoitajan kanssa tärkeää.

Käytöshäiriöt, levottomuus ja ahdistus tarttuvat helposti toisiin. Haasteena koettiin muistisairaiden asukkaiden puutteelliset kognitiiviset taidot, sekä arkuus puhua hengellisistä asioista.

Tutkimuksesta saadun tiedon avulla hengellisten tarpeiden huomioimista voidaan parantaa ottamalla ne huomioon muiden tarpeiden rinnalla ja kirjaamalla ne selkeämmin osaksi hoitosuunnitelmaa ja päivittäistä toimintaa. Kirjaamiseen ja raportointiin voidaan ottaa enemmän myös hengellisiin tarpeisiin liittyvää huomiointia. Yhdessä pohtien voidaan löytää keinoja haasteisiin, joista kyselylomakkeen vastauksissa kerrottiin, mm. siihen, miten estää asukkaiden ahdistumisen toisten asukkaiden puheista.

Yksilöllisyys koettiin tärkeänä hengellisten tarpeiden huomioimisessa. Tämä voidaan ottaa päivittäisen työn suunnittelussa, tavoitteissa voidaan huomioida yksilölliset hengelliset tarpeet esim. laulu-, rukous- ja keskusteluhetkien muodossa kahden kesken hoitajan kanssa. Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajat kaipaava tukea hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa esim. hartaus- tai rukouskirjaseen muodossa.

Asukkaiden muistisairaus tuo tavallaan esille keskeisimmän asian hengellisistä tarpeista. Etenevä sairaus ja hiipuva toimintakyky voivat auttaa meitä näkemään ja kokemaan se, mikä elämässä on tärkeintä - ei tekeminen vaan oleminen, yhdessäolo, läheisyys ja rakentava huumori. Käsite kristillinen ihmisenäkemyks auttaa meitä näkemään, kuinka saamme välitettyä toivoa, lämpöä ja iloa asukkaiden elämään.

Esittelin työssäni Räsäsen Helenan kyselytutkimuksen ja kolme aikaisemmin tehtyä opinnäytetyötä. Tuloksissa mainittiin miten hengellisiä tarpeita havainnoitiin, ja kuinka ne huomioimalla ja niihin vastaamalla saatiin myönteisiä vaikutuksia ja lisättiin asiakkaiden hyvinvointia.

Olen itse tyytyväinen tutkimustyöhöni - varsinkin kun mielestäni opin uutta ja käsitykseni hengellisyydestä laajeni. Hengellisyys ei todellakaan ole kristittyjen etuoikeus, vaan luonnollisesti ihmisyyteen kuuluva asia. Hoitajalta ei vaadita erityiskoulutusta osatakseen kunnioittaa ihmistä, hänen tarpeitaan, tapojaan, arvojaan ja vakaumustaan. Hengellisyys on jokapäiväinen asia.

Jatkotutkimusaiheena minua alkoi kiinnostaa samankaltaisen tutkimuksen tekeminen useammasta muistisairautta sairastavien hoitokodista ja vertailla onko hoitokotien välillä eroja hengellisten tarpeiden huomioimisessa.

LÄHTEET

- Airila, Airi 2000. Viriketoiminnan vaikutus vaikeasti dementoituneen käytösoireisiin. Dementiamailma 1999. Perustietoa dementiaasta ammatti-ihmisille, opiskelijoille ja omaisille. Suomen dementiahoitoyhdistys. Kuopio.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla 2011. Muistisairaahan ihmisen tarvelähtöinen hoidon kokonaisuus. Memo, muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti. 4/2011. Suomen muistiasiantuntijat ry. 9–12.
- Eloranta, Sini 2013. Parasta mitä voimme toiselle antaa on aito kohtaaminen. Memo, muistisairaiden ihmisten hoidon ammattilehti. 2/2013. Suomen muistiasiantuntijat ry. 14–15.
- Eriksson-Tapio, Liss 2008. Hengellinen hoito dementoivia tauteja sairastavien osastolla. Hoitotyön koulutusohjelma. Diakonia ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Helsinki.
- Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY
- Gothoni, Raili 2009. Hengellinen tuki avohoidossa. Teoksessa Kirsti Aalto & Raili Gothoni (toim.) Ihmisen lähellä. hengellisyys hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja. 83–96.
- Gothoni, Raili & Jantunen, Eila 2010, Käsitteitä ja käsityksiä diakoniatyöstä ja diakoniestä työstä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Tutkimuksia A 25. Helsinki.
- Hanhirova, Marjaana & Aalto, Kirsti 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa Kirsti aalto & Raili Gothoni (toim.) Ihmisen lähellä. Helsinki: Kirjapaja. 9–24.
- Havukainen, Ellen & Kanerva, Marjaana 2011. Vanhusten ja muistisairaiden hengellinen kohtaaminen. Helsinki: Kirkkopalvelut/Koulutuskeskus Agricola.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu paino. Helsinki: Tammi.

- Hänninen, Juha & Pajunen, Tapio. 2006. Kuoleman kaari. Sairastumisesta, luopumisesta, elämästä. Helsinki: Kirjapaja.
- Järvinen, S. & Perälä, S. 2002. Hoitajien valmiudet hengelliseen hoitamiseen kolmella eri terveyskeskuksen vuodeosastolla. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Terveysalan koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Pieksämäki.
- Kankare, Harri & Lintula, Hanna 2004. Lähimmäisenrakkauden idea. Hannu Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.
- Kekola, Pauliina; Silvander, Marjo; Tähtäpää, Päivi; Vanne, Maria & Viili, Erja 2004. Miten kuulen dementoitunutta ihmistä. Teoksessa Harri Kankare & Hanna Lintula (toim.) Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki: Tammi.
- Kirkon tilastollinen vuosikirja 2012. 2013 Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kivikoski, Tuija 2006. Dementoituneen vakaumuksen tukeminen hoitotyössä. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
- Kirkkohallitus 2012. Muistisairaana messu. Virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kopperi, Kari 2007. Miksi rakastaa lähimmäistä. Teoksessa Kari Latvus & Antti Elenius (toim.) Auttamisen teologia. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Kotsalainen, Maija; Tiilikainen, Pirjo; Toikari Erja & Toikari, Milja 2003. Vanhuksen uskonnollisuuden kohtaaminen palvelutalossa ja vanhainkodissa. Diakoninen sosiaali-, terveys- ja kasvatusalan koulutusohjelma. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Pieksämäki.
- Laatukäsikirja 2012. Mathilda – koti. Jyväskylä.
- Lindqvist, Martti 1998. Kristillinen ihmiskäsitys. Teoksessa Kirsti Aalto; Martti Esko & Matti-Pekka Virtaniemi (toim.) Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja
- Moisio Anna-Kaisa & Simpanen Hanna-Mari 2009. Sairaanhoidtajien kokemuksia sielunhoidon toteutumisesta hoitotyössä Pieksämäen sairaalan hoiva- ja kuntoutusosastoilla. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäki. Hoitotyön

koulutusohjelma. Diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö

Naomi, Feil. 1993. Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Vammala: Vanhustyön keskusliitto.

Piri, Erkki; Palosaari, Markku; Kivikoski, Tuija; Nummela, Irene & Lindfors, Helena 2012. Muistisairaana messu. Virikkeitä jumalanpalveluselämään muistisairaiden ihmisten kanssa. Helsinki: Kirkkohallitus.

Raamattu. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon kirkolliskokouksen vuonna 1992 käyttöön ottama painos. Helsinki: Kirjapaja.

Räsänen Johanna. 2005. Sielunhoito selviytymisen tukena sairaudessa ja kriiseissä. Kyselytutkimus terveydenhuollon potilaille ja omaisille. Tampere: Kirkon tutkimuskeskus

Sarvimäki, Anneli 2009. Gerontologisen hoitotyön arvot ja eettiset periaatteet. Teoksessa Päivi Voutilainen & Pirjo Tiikkainen (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Sulkava, Raimo & Eloniemi-Sulkava Ulla 2008. Muistisairaudet. Teoksessa Geriatria, arvioinnista kuntoutukseen. Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) Helsinki: Edita.

Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri & Eloniemi-Sulkava, Ulla 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Topo, Päivi; Sormunen, Saila; Saarikalle, Kristiina; Räikkönen Outi & Eloniemi-Sulkava Ulla 2009. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havaintitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Jyväskylä: Gummerus.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uusitalo, Tarja 2013. Muistisairaana hoidon kokonaisuus. Teoksessa Kaija Virjonen (toim.) Muistin ongelmat. Toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

1. Miten havainnoit ja huomioit asukkaiden hengellisiä tarpeita?

2. Miten vastaat esille tuleviin hengellisiin tarpeisiin ja toiveisiin?

3. Miten koet meidän työyhteisönä huomioivan asukkaiden hengellisiä tarpeita?

4. Mitä haasteita koet hengellisiin tarpeisiin vastaamisessa?

5. Minkälaista tukea, apua tai esim. materiaalia tarvitsisit tähän?

6. Onko sinulla ideoita hengellisten asioiden huomioimisessa?
