
**ARVOJEN JA ASENTEIDEN MERKITYS
KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAAN
KOHTAAMISESSA**



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2014

Sanna Sintonen

Mirva Tuominen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijät	Sanna Sintonen Mirva Tuominen	Vuosi 2014
Työn nimi	Arvojen ja asenteiden merkitys käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisessa	

TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa Kauniston palvelukeskuksen hoitajien tärkeäksi kokemia muistisairaahan arvoja, oikeuksia ja periaatteita sekä sitä, kuinka niiden toteutumista voitaisiin tukea. Työn tavoitteena oli ryhmäkyselyjen avulla saada aikaan yhteistä pohdintaa arvoasioista. Opinnäytetyön tarkoitus oli parantaa palvelukeskuksen asukaslähtöisen hoidon toteutumista ja vahvistaa hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata käytösoireinen muistisairas.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä. Työ koostuu arvoja ja oikeuksia, muistisairaahan käytösoireita ja hyväksi koettuja työkäytänteitä käsittelevästä teoriaosuudesta sekä kvalitatiivisesta ryhmäkyselystä ja sen analyysistä.

Tulosten perusteella hoitajat tietävät paljon erilaisia arvoja, oikeuksia ja periaatteita, mutta niitä tukevia työkäytänteitä ei kuitenkaan tunneta kovin hyvin. Itsemääräämisoikeus nousi arvoista tärkeimmäksi. Sitä tukevia työkäytänteitä ei silti osattu ajatella monipuolisesti.

Avainsanat Muistisairas, käytösoire, arvot

Sivut 35 s. + liitteet 3 s.

HÄMEENLINNA
Degree Programme in Nursing
Nursing

Authors

Sanna Sintonen
Mirva Tuominen

Year 2014

Subject of Bachelor's thesis

The Significance of Values and Attitudes in Encountering a Person with a Memory Disorder with Behavioral Symptoms

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the experiences of nursing staff in Kaunisto service center of patients values and rights and the principles of nursing. The aim was also to study how the implementation of the above could be supported. The goal was to achieve reflection in group inquiries on the issues. The purpose of this study was to improve the implementation and management of client centered care and to strengthen competencies of the staff to encounter persons with memory disorders with behavioral symptoms.

The thesis was a practice based thesis. The thesis consists of a theory part which discusses the values and rights and behavioral symptoms of persons with memory disorders with behavioral symptoms. The thesis also includes a part which discusses good practices and also a qualitative group inquiry and its analysis.

The results show that nurses know a lot of different values, rights and principles, but working practices that support the above are not very well known. Self-determination rose to the most important value. Working practices supporting self-determination have not yet been thought of in diverse ways.

Keywords Memory disorder, behavioral symptom, values

Pages 35 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN ARVOT JA OIKEUDET.....	2
3	ASUKASLÄHTÖISYYS.....	4
3.1	Itsemääräämisoikeus.....	4
3.2	Tasa-arvo.....	5
3.3	Osallisuus.....	5
3.4	Yksityisyys.....	6
3.5	Identiteetti ja seksuaalisuus.....	7
4	KÄYTÖSOIREIDEN ILMENTYMÄT JA NIIDEN HOITOKEINOT.....	9
4.1	Masennus ja apatia.....	10
4.2	Levottomuus ja vaeltelu.....	13
4.3	Ahdistuneisuus ja aggressiivisuus.....	14
4.4	Psykoottiset oireet.....	16
4.5	Unihäiriöt.....	17
4.6	Seksuaaliset käytösoireet.....	19
5	KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN ARVOKAS KOHTAAMINEN.....	20
5.1	Hoitajien asenteiden merkitys.....	20
5.2	Muistisairaan arvojen tukeminen.....	21
5.2.1	Arvokkuuden ja minuuden tunnetta tukevat työkäytänteet.....	22
5.2.2	Läheisyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta tukevat työkäytänteet.....	22
5.2.3	Yhteyttä ja kanssakäymistä tukevat työkäytänteet.....	23
5.2.4	Toimintaa tukevat työkäytänteet.....	24
6	TAVOITTEET JA TARKOITUS.....	24
7	RYHMÄKYSELY HOITAJILLE.....	25
7.1	Ryhmäkyselyn toteutus.....	25
7.2	Tutkimusmenetelmä.....	27
7.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	27
7.4	Aineiston analysointi.....	28
8	RYHMÄKYSELYN TULOKSET.....	28
8.1	Asukaslähtöisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tukevia työkäytänteitä.....	30
8.2	Tasa-arvoa ja osallisuutta tukevia työkäytänteitä.....	30
8.3	Yksityisyyttä sekä identiteettiä ja seksuaalisuutta tukevia työkäytänteitä.....	31
9	POHDINTA.....	31
	LÄHTEET.....	34
Liite 1	Informatiivinen kirje hoitajille	
Liite 2	Esimerkkitapaukset	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe muodostui Kauniston palvelukeskuksen hoitajien omista ajatuksista ja talon yhteisestä kehittämistarpeesta. Käytösoireinen muistisairas koetaan usein haasteelliseksi ja hoitotyössä saatetaan joutua vaikeiden sekä ristiriitaisten ratkaisujen eteen. Tällöin käytösoireisen muistisairaana arvot, oikeudet ja asukaslähtöinen hoitotyö ovat vaarassa jäädä toteutumatta. Käytösoireisen muistisairaana hoitotyön haasteellisuus saattaa heijastua hoitajiin negatiivisina asenteina. Omiin kokemuksiimme perustuen näyttäisi siltä, että haastavasti käyttäytyvän käytösoireisen muistisairaana toimintaan yritetään enimmäkseen vaikuttaa erilaisin lääkityksin ja lääkkeettömät hoitokeinot koetaan työläinä ja ehkä toimimattomina.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on Hyvinkään kaupungin perusturvan alla toimiva Kauniston palvelukeskus. Opinnäytetyön yhdyshenkilönä toimii Kauniston palvelukeskuksen johtaja Johanna Kiiannies. Tässä opinnäytetyössä tarkoitamme käytösoireisella muistisairaalla Kauniston palvelukeskuksessa asuvaa ikäihmistä. Kauniston palvelukeskus on ikäihmisten tehostetun ympärivuorokautisen hoidon asumispalveluyksikkö, joka on profiloitunut muistisairaiden hoitoon.

Opinnäytetyön teoriaosuutta aloimme kirjoittamaan syksyllä 2013. Ryhmäkyselyt järjestettiin maaliskuussa 2014. Teoriaosuuden kirjoittamisessa ja ryhmäkyselyiden sisällön suunnittelussa ja toteutuksessa otimme työnantajan toiveet huomioon. Ryhmäkyselyt perustuivat ongelmalähtöisen oppimisen ja ratkaisun menetelmään. Arvoasioihin herättelyyn käytimme apuna esimerkkitapauksia arvojen ja oikeuksien laiminlyönneistä. Kysymykset olivat puolistrukturoituja avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat saivat vastata omin sanoin kirjallisesti. Ryhmäkyselyihin osallistui 22 hoitajaa talon 105 hoitajasta.

Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa Kauniston palvelukeskuksen hoitajien tärkeäksi kokemia muistisairaana arvoja, oikeuksia ja periaatteita sekä kuinka niiden toteutumista voitaisiin tukea. Työn tavoitteena on saada aikaan ryhmäkyselyjen avulla yhteistä pohdintaa arvoasioista sekä kiinnittää hoitajien huomio entistä enemmän muistisairaana kohtaamiseen ja työkäytänteisiin, niin että ne tukisivat arvojen ja oikeuksien toteutumista. Yhtenä osana opinnäytetyötä on laatia taloon yhteinen arvotaulu ryhmäkyselyiden sekä teorian pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on parantaa palvelukeskuksen asukaslähtöisen hoidon toteutumista ja vahvistaa hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata käytösoireinen muistisairas arvoja ja oikeuksia kunnioittaen. Lisäksi tarkoituksena on laaditun arvotaulun käyttöönotto Kauniston palvelukeskuksen hoitotyöhön.

2 KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN ARVOT JA OIKEUDET

Kivelän (2011, 20–22) mukaan ikäihmisen hyvä hoito muodostuu huolenpidosta, turvallisuudesta, ihmisarvosta, itsemääräämisoikeudesta ja yksityisyydestä sekä oikeudesta omaan kehoon, ajatuksiin, vakaumukseen ja ihmissuhteiden kunnioittamiseen. Ikäihmisellä on oikeus fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen itseensä liittyvien tietojen yksityisyyteen myös asuessaan ympärivuorokautisen hoidon palveluyksikössä. Myös korkean iän saavuttaneet ikäihmiset pitävät todella tärkeänä yksityisyytensä suojan säilymistä. Hoitoa tarvitsevien ikäihmisten ihmisarvon ja yksityisyyden menettämisen vaara on suuri. Yksityisyys lisää oman elämän hallintaa ja turvallisuuden tunnetta. Ikäihmisten tulee saada hyvälaatuista palvelua ja heidän tulee olla tasa-arvoisia hoidon ja palveluiden saamisessa. Ikäihmisiin kohdistuva toisten aiheuttama hyväksikäyttö ja kaltoinkohtelu on ennaltaehkäistävä.

Ikäihmisen yksilöllisyys tarkoittaa arvojen, näkemysten, tarpeiden ja toiveiden kunnioittamista. Ikäihminen on ainutlaatuinen ja hänellä on oikeus tehdä valintoja sekä ottaa vastuuta omasta elämästään. Myös erilaisuus pitää hyväksyä. Ikääntyessä saattaa korostua yksilölliset ja persoonalliset ominaisuudet sekä yksilöllinen elämäntyyli. Yksilöllinen erilaisuus pitää huomioida hoidossa ja palveluissa. Ympärivuorokautisen hoidon perustana on, että ikäihmisen yksilöllinen elämäntapa ja mahdollisuus yksilöllisiin päivittäisiin toimintoihin toteutuu kodinomaisesti. On muistettava, että myös kaltoinkohdeltuja, päihde- ja mielenterveysongelmaisia sekä kulttuuritaustaltaan erilaisia ikäihmisiä on autettava ja hoidettava parhaalla mahdollisella tavalla. (Kivelä 2011, 21.)

On tärkeää, että toiminnan tavoitteet ovat ikäihmisen itsensä määrittelemiä. Huonoja lähtökohtia ikäihmisen osallistumiselle ovat tilanteet, joissa hän ei pääse mukaan hoitonsa arviointiin tai suunnitteluun. Tällöin ikäihminen asettuu passiiviseen rooliin ja asukaslähtöisyyden edellytykset häviävät, ellei hänellä ole mahdollisuutta osallistua elämäänsä koskeviin tärkeisiin asioihin. Laajentamalla osallistumisen mahdollisuuksia ikäihminen kohdataan yksilönä ja hänen voimavarojaan voitaisiin paremmin aktivoida. (Järnström 2011, 185–188.)

Osallisuus tarkoittaa, että ikäihmisen tulee voida vaikuttaa elinympäristön ja yhteiskunnan kehittämiseen. Ympärivuorokautisessa hoidossa olo ei saa johtaa tämän oikeuden menettämiseen. (Kivelä 2011, 21.) Ikäihmisen tulisi saada riittävästi tietoa asioista osallistumistaan varten. Usein ikäihminen ei kuitenkaan ole tietoinen tilanteestaan, joka kertoo siitä, että hänen osallisuuteensa ei ole juurikaan panostettu. (Järnström 2011, 195.)

Arvoja on vaikea määritellä yksiselitteisesti. Arvot voivat olla kriteereitä ihmisen valinnoissa tai toiminnan oikeutuksina. Erilaisia tasoja voidaan liittää arvoihin, kuten totuus, hyvyys ja kauneus. Totuus on tieteen ja oikeustoimen päämäärä. Hyvyys on tahto saada aikaan hyvää. Kauneus on arvona aistimuksiin ja tunteisiin vaikuttava. Ihmisarvo on tärkeä arvona ja sitä voidaan pitää kaiken perustana. Ihmisen arvostukset perustuvat siihen, kuinka arvokkaana pitää jotain asiaa. Ne myös vaihtelevat yksilöittäin ja

elämäntilanteista riippuen. Ihanteet ovat rypäs arvoja, kuten oikeudenmukaisuus, tasapuolisuus ja rehellisyys. Hoitotyössä ihanteita pidetään periaatteina, joiden perustaan toiminta työyhteisössä rakentuu. (Kan & Pohjola 2012, 305.)

Ihmisillä, erilaisilla ryhmillä tai kulttuureilla voi olla erilaiset arvot ja ne saattavat asettua vastakkain. Tällöin syntyy arvokeskusteluja, joissa eri arvojen hyviä ja huonoja puolia punnitaan. Hoitajien välinen arvokeskustelu on tarpeen, jotta laadukas ja ihmisarvoinen hoito voidaan turvata. Hoitaja kohtaa päivittäin eettistä tasapainoilua erilaisten arvojen välillä. Päätöksenteossään hoitaja joutuu puntaroimaan eri arvojen painoarvoa. Joskus voi olla mahdotonta sanoa, oliko ratkaisu oikea vai väärä. Valinta on voitu joutua tekemään sen perusteella, mikä on vähiten paha vaihtoehto. (Kan & Pohjola 2012, 305.)

Taulukossa 1 on kuvattu muistisairaana oikeudet. Näiden oikeuksien ja periaatteiden tulisi ohjata hoitajien asennetta ja toimintaa muistisairaana hoitotyössä.

Taulukko 1.

Jokaisella muistisairaalla on oikeus

- diagnosoitiin sekä tietoon sairaudestaan ja sen oireista
- saada asianmukaista lääkehoitoa sairauteensa
- tulla kohdelluksi aikuisena ihmisenä sekä tulla kuuluksi niin, että hänen tunteitaan ja mielipidettä arvostetaan
- olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänen elämänsähistoriansa sekä kulttuuriset ja hengelliset tarpeensa ja toiveensa
- kokea olevansa merkityksellinen osa yhteisöään ja yhteiskuntaa
- elää turvallisessa ympäristössä merkityksellistä arkea
- ulkoilla säännöllisesti
- olla ilman rauhoittavaa ja antipsykoottista lääkitystä aina kun mahdollista
- hyvältä tuntuvaan kosketukseen ja läheisyyteen, kuten halauksiin, hellyyteen ja kädestä pitämiseen
- olla oman elämänsä asiantuntija ja halutessaan ajaa muistisairaana ihmisten etuja
- osallistua aktiivisena toimijana niin lähipiirissään kuin maailmanlaajuisestikin – vaikka internetin välityksellä
- kohtaamiseen ja hoitoon, joka perustuu empatiaan ja muistisairauksien ymmärtämiseen

Vapaasti käännettynä: *The Best Friends™ Dementia Bill of Rights*
(Virginia Bell & David Traxel 2013 / Health Professionals Press, Inc.)

3 ASUKASLÄHTÖISYYS

Asukaslähtöisyys jaetaan tässä opinnäytetyössä itsemääräämisoikeuteen, tasa-arvoisuuteen, osallisuuteen, yksityisyyteen sekä identiteettiin ja seksuaalisuuteen. Valtakunnallisesti ikäihmisten hoiva- ja hoitoprosesseissa lähtökohtana pidetään asukaslähtöisyyttä. Ihmisarvon kunnioitus ja ihmisestä välittäminen ovat perustana asukaslähtöisyydelle. Omaiset ja muut tärkeät tahot otetaan asukaslähtöisessä hoidon ja palveluiden suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa mukaan. Toisinaan ikäihmisen sijaan perhe tai jopa suurin osa suvusta saattaa muodostua yhdeksi toimintajäseneksi. Omaiset pyritään ottamaan mukaan hoitoprosessiin, kunhan etusijalla on ikäihmisen mielipiteet. (Järnström 2011, 45–46, 186).

Asukkaiden tarpeiden arviointi ja muuttuvien tilanteiden tarkastelu muodostavat asukaslähtöisen perustan. Työskentelyn lähtökohtana on ikäihmisen näkemysten ja toimintojen kunnioittaminen. Palveluiden suunnittelussa ikäihmisen oma aktiivisuus on tärkeää. Toiveiden ja tarpeiden kuulemisen jälkeen voidaan laatia jatkosuunnitelma. Hyvän hoidon ja palvelun synonyymiksi voidaan ymmärtää asukaslähtöisyyden käsite. Asukaslähtöisen työskentelyn edellytys pitää sisällään ikäihmisen osallistumisen mahdollistamisen ja sen tulisi tapahtua ikäihmisen omien resurssien ja rajoitusten mukaisesti. (Järnström 2011, 45–46, 186).

3.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus muodostaa asukaslähtöisyyden ytimen. Itsemääräämisoikeuden tavoite on suojata ikäihmistä, joka ei kykene huolehtimaan itsestään ja oikeuksistaan. (Järnström 2011, 48–49.) Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan oikeutta tehdä tietoisia valintoja ja päätöksiä hoidosta ja palveluista. Vanhustyössä on vaarana, että ikäihmiset joutuvat heitä hoitavien vallankäytön tai vääristyneen vallankäytön kohteeksi. (Kivelä & Vaapio 2011, 18–19.)

Hoitajien tärkeimpiä tehtäviä on muistisairaana oikeuksien ylläpito ja puolustaminen, koska muistisairas ei kykene itse puolustamaan oikeuksiaan. Hoidon perustana on muistisairaana elämän, ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen. Hoitotyön tulee olla muistisairaana terveyttä edistävää sekä toimintakykyä ja hyvää oloa ylläpitävää. (Virkola & Vuori 2004, 21.)

Edellytys itsemääräämisoikeudelle on, että ikäihmisen toiveita kuunnellaan sekä hänen mielipidettään kysytään. Ikäihmisten itsemääräämisoikeuden aktiivisuuden lisäämisessä olisi tärkeää tukea häntä spontaanisti esittämään asiansa. Ikäihminen, jonka itsemääräämisoikeus ei ole toteutunut eikä sanomisilla ole ollut mitään merkitystä, jättää todennäköisesti seuraavalla kerralla mielipiteensä kokonaan esittämättä. (Järnström 2011, 175–177.)

Ikäihmistä on hoidettava yhteisymmärryksessä ja hänelle on annettava mahdollisimman totuuden mukaiset ja selkeästi ymmärrettävät tiedot pystyäkseen osallistumaan päätöksentekoon. Itsemääräämisoikeus kuuluu

ympäri vuorokautisen hoidon tarpeesta huolimatta palveluyksiköissä asuvien ikäihmisten oikeuksiin. (Kivelä 2011, 18.)

Aito autonomia ei toteudu, elleivät päätökset ole tehty ikäihmisen omasta näkökulmasta katsottuna. Autonomian toteutuminen edellyttää hoitohenkilöstöltä eettistä pohdintaa ja eettisen toiminnan korkeatasoisuutta. (Kivelä 2011, 18–19.) Järnström (2011, 178–179) väitöskirjassaan toteaa, että hoitohenkilöstö pyrkii ajattelemaan ikäihmisen parasta, mutta päättää silti asioista hänen puolestaan. Itsemääräämisoikeus ei toteudu, ellei ikäihminen ole itse äänessä ja hänen sanomisiansa kuunnella. Kun asiantuntijuus on holhoavaa ja päätöksenteko on siirretty hoitohenkilöstölle, ei itsemääräämisoikeuden ja asukaslähtöisyyden määrite toteudu.

3.2 Tasa-arvo

Henkilökunnan velvollisuus on puuttua ikäihmiseen kohdistuvaan epäoikeudenmukaisuuteen sekä mahdolliseen syrjintään. Hoidon merkityksestä toimintakyvylle ja elämänlaadulle on keskusteltava ikäihmisen kanssa. Eettisiä perusteita ovat jokaisen yhtäläinen arvokkuus, hoidon tarpeen määrittäminen ja hoidon toteuttaminen yhtäläisin perustein sekä näyttöön perustuvan tiedon käyttäminen tehdessä tutkimus- ja hoitovalintoja. (Kivelä 2011, 19.)

Kansalaiset ovat yhdenvertaisia Suomen perustuslain edessä eikä ketään pidä asettaa iän, terveydentilan, sukupuolen tai muusta syystä johtuvaan eriarvoiseen asemaan (Kivelä 2012, 126). Ikäihmisen osallistuminen ja hänen huomioimisensa vaativat työskentelysuhteessa tasavertaista vuorovaikutusta. Keskeistä dialogissa on, että muokataan keskustelukumppanin identiteettiä sen perusteella, miten asennoidutaan häneen ja miten häntä kuunnellaan. Aito ja todellinen tieto ikäihmisen eletystä ja nykyisestä elämästä välittyy vain ikäihmisen ja hoitajan välisessä keskustelussa ja kohtaamisessa (Järnström 2011, 52–53.)

Tasa-arvoinen hyvä hoito edellyttää ihmisarvon tunnustamista ja erilaisuuden hyväksymistä. Erilaisuus voi olla myös rikkaus tulevaisuudessa. Terveystuollon tulisi järjestää palvelut niin, ettei kenenkään ihmisarvoa tai yksityisyyttä loukata ja jokaisen vakaumusta kunnioitetaan. (Ranta, Matikainen, Hahtela, Suutarla & Suomen sairaanhoitajaliitto 2012, 109.)

3.3 Osallisuus

Omaan elämään ja omaan hoitoon osallistuminen ovat selviytymisen ja kuntoutumisen kannalta tärkeää. Osallistuminen mahdollistuu vain jos ikäihmisen olemassaolo tehdään näkyväksi. Osallisuus lisää iäkkään itsetuntoa sekä tukee mielenterveyttä. Vuorovaikutuksellinen yhteistoiminto, jossa ikääntynyt voi jakaa mielipiteitään, on tärkeässä asemassa osallisuuden syntymisessä. Toiminnan tavoitteiden on oltava ikäihmisen asettamia, eikä henkilökunta saa olla suunnannäyttäjänä. On tilanteita, jolloin ikäihminen ei jaksa uupumuksen vuoksi osallistua omaan elämäänsä koskeviin päätöksiin. Tällöin hoitajan on oltava aktiivisemmassa roolissa asiantunti-

juudessa ja päätösvallassa, mutta nämä tulisi välittömästi kuntoisuuden sallissa siirtää asukkaalle takaisin. (Järnström 2001, 51–52.)

Osallisuus voidaan jakaa kolmeen eri osa-alueeseen. Emotionaalisessa osallisuudessa ihminen voi tuntea olevansa arvokas, tärkeä ja hänen mielipiteensä sekä näkemyksensä otetaan huomioon. Älyllisessä osallisuudessa ihminen on dialogissa hoitajiensa kanssa. Hän saa tietoa ja häntä kuunnellaan sekä hänen kysymyksiinsä vastataan. Sosiaalisessa osallisuudessa ihminen huomioidaan sosiaalisesti kokonaisvaltaisesti. Hän voi osallistua päätöksentekoon ja hänet kohdataan kunnioittavasti. Osallisuus on konkreettisia asioita vaikuttaa omiin asioihin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141.)

Vanhustyön keskeinen päämäärä on tasavertainen osallisuus. Tämä tarkoittaa, että ikäihminen viime kädessä itse päättää, millaisia ratkaisuja hänen elämäänsä koskien tehdään. Ikäihminen ja hoitaja katsotaan tasavertoiseksi, eikä asiantuntijuusvaltaa saa käyttää ikäihmisen yli, vaan riippumattomuutta ja itsenäisyyttä pitäisi vahvistaa. (Kan & Pohjola 2012, 70.)

Käytännön kokemuksemme mukaan hoitajat saattavat valikoidusti tarjota esimerkiksi ulkoilutusapua ja seuraa asukkaan kuntoisuuden ja haasteellisuuden mukaan. Tällöin on oletettavaa, että haasteelliseksi koetut asukkaat jäävät herkemmin vaille huomiota ja osallisuutta.

3.4 Yksityisyys

Yksityisyys on ihmisen perusoikeuksia. Yksityisyyden kunnioittaminen on hoitotyössä tärkeää ikäihmisen psyykkiselle, fyysiselle, emotionaalille ja hengelliselle hyvinvoinnille. Yksityisyys on tunnustettu arvo terveydenhuollossa, mutta sen käytännön merkitystä ei vielä täysin ymmärretä. Yksityisyyden kokeminen on hyvin henkilökohtainen asia ja se on myös kulttuuriin sidoksissa. Eri ihmisillä on erilaisia tarpeita yksityisyyteen ja hoitohenkilökunnalta vaaditaan havainnointikykyä siitä, milloin halutaan olla yksin ja milloin ikäihminen olisi saatava enemmän mukaan yhteiseen toimintaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146.)

Yksityisyyttä tukeva hoitotyö on osa ihmisläheistä hoitoa. Hoitajien täytyy tiedostaa jokaisen asukkaan yksilölliset tarpeet ja yrittää mahdollistaa niiden toteutuminen. Tärkeintä on ymmärtää, että ikäihmisen yksityisyyttä tukeva hoitotyö koostuu päivittäisistä, yksinkertaisista asioista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 152.)

Fyysinen yksityisyys tarkoittaa sekä fyysistä että ruumiillista koskemattomuutta. Yksinkertaisuudessaan se on sitä, että toista ihmistä ei saa koskettaa tai lähestyä ilman hänen lupaansa. Meillä kaikilla on oma henkilökohtainen tilamme, jota säätelällä voimme ylläpitää yksityisyyttämme. Se, mitä kukin pitää oman tilan loukkaamisena tai tungettelevana, on yksilöllistä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 147–149.)

Psyykinen yksityisyys tarkoittaa ihmisen henkistä koskemattomuutta. Tällä tarkoitetaan oikeutta säädellä sitä, mitä asioita haluaa jakaa toisten

kanssa ja miten lähellä on henkisesti toisia ihmisiä. Kaikilla on oikeus valita kenelle haluaa kertoa odotuksensa, toiveensa ja pettymyksensä. Tätä oikeutta saattaa loukata henkilökunnan kysymykset esimerkiksi intiimeistä ongelmista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150.)

Sosiaalinen yksityisyys tarkoittaa sitä, että ihmisellä on oikeus sosiaalisten suhteidensa säätelyyn. Hoitotyössä tämä näkyy esimerkiksi siten, että ikäihminen haluaa tavata ystäviään ja omaisiaan hoitolaitoksessa ollessaan muiden häiritsemättä. Ikäihminen voi myös haluta olla omissa oloissaan. Yksityisyyden puute tulee esille hoitolaitoksissa siten, ettei asukkaalla ole mahdollisuutta omaan rauhaan, vierailijoiden tapaamiseen ja omaan yksityiselämään. Hoitohenkilökunnan asukashuoneisiin saapuminen koputtamatta saattaa loukata ikäihmisen yksityisyyttä. Sosiaalinen yksityisyys on usein myös kulttuurisidonnaista. Sellaisissa maissa, joissa on totuttu elämään isoissa perheissä ja yhteisöissä, ei haluta olla eristettyinä hoitolaitoksissaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150–151.)

3.5 Identiteetti ja seksuaalisuus

Muistisairas kokee tunteillaan ympärillä olevan maailman. Ympäristö voi muistisairaasta tuntua turvattomalta, pelottavalta ja sekavalta. Asiallinen suhtautuminen ja ymmärtäminen auttavat muistisairaasta kokemaan olonsa turvalliseksi. Muistisairaana ymmärtämistä edesauttavat elämänhistorian tuntemus ja sairauden vaikutukset minäkuvaan. Muistisairas ilmaisee nykyhetken tunteitaan usein menneisyydestä tulevilla muistikuvilla. Muistisairaana oletetaan kokevan elämänsä olevan hallitsematon. Muistisairaus vaikuttaa fyysiseen ja henkiseen minäkuvaan sekä seksuaaliseen käyttäytymiseen. Niiden merkitystä ei ole aina helppoa ymmärtää. Muistisairaus ei aina vaikuta ulkoiseen olemukseen, mutta voi tuoda muita vajeita ja vaikutuksia minäkuvaan. (Virkola & Vuori 2004, 18–19.)

Ikääntyneen muistisairaana seksuaalinen aktiivisuus voi joko vähentyä tai lisääntyä ja se voi kohdentua esimerkiksi täysin vieraaseen ihmiseen. Nämä käytöksen muutokset ovat yleensä hyvin arkoja asioita. Tällainen käytös ei kuitenkaan ole tahallista, vaan se kuuluu sairauden kuvaan, mikä on hyvä muistaa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 187.) Seksuaaliset käytösoireet eivät yleensä esiinny hallitsevina oireina ja ne ilmenevät yleensä lyhyinä jaksoina (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 95).

Muistisairaiden elämänlaatua voidaan edistää seksuaalisen identiteetin tukemisella. Usein naisvaltaisessa hoitoyhteisössä tuetaan luontevasti naisten sukupuolista identiteettiä, mutta miesten kohdalla saatetaan ajatella mitätöidä miehisyyttä. Tästä johtuen useimmiten miehillä esiintyy ympäristöä häiritsevää seksuaalista käyttäytymistä. (Erkinjuntti ym. 2010, 580.)

Hoitohenkilökunta kokee usein hankalaksi tilanteen, jossa muistisairas ihastuu hoitopaikassa toiseen asukkaaseen. Etenkin jos ikäihmisen puoliso on elossa, tämä herättää hoitajissa voimakkaita tunteita. Mahdollisen puolison kanssa käyty avoin keskustelu tilanteesta on hyvä lähtökohta asian ratkaisemiseksi. On tärkeää, että hoitohenkilökunta saa omaiset ymmärtä-

mään kognitiivisten oireiden vaikutukset muistisairaana käyttäytymiseen. Kaikkien osapuolten on ymmärrettävä tilanne myös muistisairaana näkökulmasta. On muistettava, että aikuisuutta ja muistisairaana oikeuksia kunnioidetaan ja että lapset eivät ensisijaisesti päättäneet muistisairaana seksuaalisen käyttäytymisen oikeuksista. (Erkinjuntti ym. 2010, 581.)

Arvokkaaseen vanhuuteen kuuluu saada kokea ja osoittaa rakkautta sekä olla sukupuolisessa kanssakäymisessä haluamansa ihmisen kanssa. Ympäristöolosuhteissa palvelukeskuksessa ikäihmisten rakkauden ja seksuaalisuuden hyväksyminen on yleistynyt. Myönteisen muutoksen lisäksi myös kielteisiä asenteita ja käytäntöjä on, jotka heikentävät ikäihmisten rakkauden ja seksuaalisuuden tarpeiden täyttymistä. (Kivelä 2012, 73.)

Ikääntyneiden seksuaalisuus, siihen liittyvät rajoitukset ja ongelmat mietittävät sekä ikääntynyttä itseään, että ammattialalla työskenteleviä hoitajia. Nykyiset ikäihmiset ovat aikaisempia sukupolvia enemmän uskaltaneet ilmaista seksuaalisuuttaan ja kokeneet sen tärkeäksi osaksi identiteettiään. Seksuaalisuus ei tunne yläikärajaa. (Kontula 2011, 8.)

Paheksunnan pelossa, tai omien lasten vastustamisen vuoksi moni vanhus kuitenkin peittää kiinnostuksensa ja tunteensa. Yhteiskunnan asenteet ovat siis jokseenkin kielteisiä. Myös hoitohenkilöstön keskuudessa vanhojen ihmisten seksuaalisia tarpeita saatetaan vähätellä ja niistä puhuminen voi johtaa torjuntaan ja vihamielisyyteen. Usein ne koetaan myös seksuaaliseksi häirinnäksi. Läheisyyden ja hellyyden tarve ei häviä vaikka ihminen olisi vanhuuden, sairauden tai muun syyn vuoksi jatkuvan hoivan ja huolenpidon tarpeessa. (Näslindh-Ylispangar 2012, 71–74.)

Seksuaalista aktiivisuutta tulisi tukea ja edistää mahdollisimman pitkälle vanhuuteen asti. Seksuaalisen kiinnostuksen ja toiminnan jatkamisella on todettu vanhustutkijoiden ja muiden lääketieteen asiantuntijoiden mielestä olevan terapeuttinen ja terveyttä edistävä vaikutus. On muistettava, että nuorena seksuaalisesti aktiiviset ovat sitä myös ikäihmisinä. (Kontula 2011, 16.)

Suhtautuminen seksuaalisuuteen on erittäin kulttuurisidonnaista ja siksi seksuaalieettisten kysymysten pohtiminen ja seksuaalisuuteen liittyvien kulttuurierojen tuntemus on tärkeää, ettei tietämättään ja huomaamattaan tule loukanneeksi ihmisen syvimpiä arvoja ja periaatteita. (Näslindh-Ylispangar 2012, 74). Vanhusikä on lähestymässä suurista ikäluokista myös seksuaalivähemmistöjen edustajat, joiden seksuaaliset ja romanttiset tunteet eivät kohdennu vastakkaiseen sukupuoleen. (Wickman 2011, 85.) Ikäihmisissä on myös aktiivisia ja passiivisia, homo- ja heteroseksuaaleja, biseksuaaleja ja transsukupuolisia henkilöitä. (Näslindh-Ylispangar 2012, 70).

Seksuaalisuuden tarve säilyy myös muistisairaalla, mutta sairauden myötä seksuaalinen käyttäytyminen saattaa muuttua. Seksuaalinen lähestyminen voi olla viesti vain läheisyyden tarpeesta, jota muistisairas pyrkii ilmaisemaan. (Virkola & Vuori 2004, 20.) Ihmisellä on tarve tulla kosketetuksi sekä saada ruumiillista, henkistä ja emotionaalista läheisyyttä. (Tuhkasaari

2011, 55). Tällöin kosketus ja hellyys saattavat olla riittäviä. Lisääntynyt seksuaalisuuden tarve voi liittyä aiemmin seksuaalisessa kanssakäymisessä koettuun mielihyvän ja onnistumisen tunteeseen. Kehon muisti säilyy muistisairaudesta huolimatta, vaikka sanallinen viestintä on vaurioitunut. (Virkola & Vuori 2004, 20.)

Hyväksyttävää seksuaalisuuden purkamista voi liittää hoitotoimiin. Aistillisia nautintoja hoitotoimien yhteydessä voivat olla esimerkiksi saunominen, jalkojenhoito, kylvyt, peseytyminen, hieronta, ihovoiteiden sively, kosketus sekä lämpö. (Virkola & Vuori 2004, 20.) Ulkonäöstä huolehtiminen ja halu tuntea itsensä puoleensavetäväksi säilyvät, vaikkei seksuaaliseen kanssakäymiseen mahdollisuutta olisikaan (Näslindh-Ylispangar 2012, 73).

Muistisairasta hoitavalta henkilökunnalta vaaditaan hyvää tilannetulkintakykyä ja kuulemista muistisairaana seksuaalisten tarpeiden huomiointiin ja kunnioittamiseen. Ikäihmisen sukupuolisen identiteetin arvo ja merkitys ovat yksilöllisiä, mikä on tärkeä ymmärtää. Kun hoitohenkilökunta on selvillä ikäihmisen elämänaikaisen seksuaalisuuden merkityksistä ja ilmaisutavoista, se antaa heille mahdollisuuden tukea ikäihmisen seksuaalisuutta ja kohdata sen eri ilmenemismuodot. Seksuaalisen käyttäytymisen ymmärtäminen ihmisen voimavarana silloinkin, kun muistisairas ilmentää sitä ympäristöä häiritsevällä tavalla, edesauttaa seksuaalisuuden myönteistä kohtaamista. Muistisairaana seksuaalisuutta ja ihmisyyttä on tärkeä kunnioittaa. Kyky ilmaista tunteita sanallisesti vaikeutuu muistisairauden myötä. Yhteisen kielen ja sanojen löytäminen hoitohenkilökunnan ja omaistenkin kanssa on usein vaikeaa. (Erkinjuntti ym. 2010, 579–580.)

Laitoshoidossa valitettavasti pyritään rajoittamaan seksuaalisuutta pelkäämään kädestä pitämiseen, hyväilemiseen ja poskisuudelmiin. Ikäihmiset, jotka lääkitään rauhoittavilla heidän ainoastaan ilmaistessaan ajatuksia seksistä, ovat kaikkein riistetyimpiä ihmisiä. Laitoksessa seksin pitäminen tabuna on tietoista toimintaa ja sen tavoite on hoitohenkilöstön vaivattomuus ja mukavuus. Ikäihmiselle saatetaan nauraa ja häntä saatetaan pitää hassuna, jos hän liian suoraan viittaa seksuaalielämäänsä (Kan & Pohjola 2012, 88–91).

4 KÄYTÖSOIREIDEN ILMENTYMÄT JA NIIDEN HOITOKEINOT

Kaikissa etenevissä muistisairauksissa ilmenee käytösoireita. Noin 90 %:lla muistisairaista todetaan jossakin sairaudenvaiheessa käytösoireita. Muutoksia alkaa näkyä muistisairaana tunne-elämässä ja käyttäytymisessä esimerkiksi mielialan vaihteluina, aggressiivisuutena tai levottomuutena. Näistä oireista puhutaan non-kognitiivisina oireina eli käytösoireina. Muistisairaana käytösoireet vaikuttavat myös elämänlaatua heikentävinä, sillä ne nostavat tapaturmariskiä ja alttiutta joutua pahoinpidellyksi tai pahoinpitelijäksi. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 182.)

Käytösoireiden ilmaantuessa ensisijainen tavoite on niiden ehkäiseminen. Käytösoireita on syytä hoitaa, kun oire on rasite muistisairaalle itselleen, tai muille tai se heikentää muistisairaana itsestään huolehtimisen kykyä, so-

siaalinen kanssakäyminen vaarantuu tai vaaratilanteiden uhka kasvaa. Käytösoireilta ei useinkaan pystytä kokonaan välttymään, mutta oireita voidaan lievittää ja vähentää. (Kan & Pohjola, 2012, 222).

4.1 Masennus ja apatia

Muistisairaana masennuksen diagnosointi voi olla vaikeaa. Muistisairauteen usein liittyy käyttäytymisen muutoksia, kuten ajattelemisen ja keskittymisen vaikeuksia, liikkeiden hidastumista, motivaation ja mielenkiinnon vähentymistä yhdessä unihäiriöiden ja painonlaskun kanssa. Tällöin masennus voi tulla helposti ylidiagnosoiduksi ja ylihoidetuksi. Keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastavan taas on vaikea ilmentää masentunutta tunnetilaansa ja se voikin ilmentyä levottomuutena, passiivisuutena tai pelokkuutena. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 183.)

Vaikeat kognitiiviset häiriöt liittyvät usein masennukseen. Erityisesti niin kutsuttu näennäisdementia, joka ilmenee ikääntyneillä lähes poikkeuksetta. Tällöin unohtelu ja samojen asioiden toistaminen ovat tyypillisiä oireita. Korostuneet muistivaikeudet voivat toisinaan olla valikoivia. Yleensä masentuneet muistisairaajat eivät ole voimakkaasti desorientoituneita, eli aikaan ja paikkaan orientoitumattomia. En tiedä -vastaukset ovat heille tavallisia ja he luovuttavat helposti. Mitättömyyden ja merkityksettömyyden tunteita sisältävät nihilistiset harhaluulot ovat yleisiä. (Koponen & Leinonen 2008, 133.)

Masentunut ei jaksa olla kiinnostunut siitä, mitä muut ympärillä tekevät tai mitä ympäristössä tapahtuu. Pitkiä aikoja yksin ollessaan masentuneen oireet ja ongelmat saattavat voimistua varsinkin yö aikaan. Oireita voivat olla fyysinen ahdistus, tuskaisuus ja toistuvat avunpyynnöt. (Kivelä 2009, 91.)

Masennustilat ovat huomattavasti yleisempiä pitkäaikaislaitoksissa asuvien keskuudessa kuin kotona asuvilla. Laitokseen muuttaminen on iso muutos. Aikaisempi asunto ja lähiympäristö on jätettävä. Ikäihminen siirtyy yhteisöön, jonka henkilökuntaa ja asukkaita hän ei tunne. Muutto laitokseen, josta puuttuu kodinomaisuus, tekevät siitä erityisen raskaan. Tällaisen laitoksen asuinhuone pitää yllä tunnetta sairauden etenemisestä ja tulevasta kuolemasta. Nämä menetykset saattavat laukaista masennuksen. (Kivelä 2009, 104.)

Ikääntyneiden masennustilaan kuuluvaan väsymykseen yhdistettynä fyysinen hauraus ja toivottomuus johtavat siihen, että masentuneet iäkkäät eivät jaksa ottaa kantaa oman hoitonsa kehittämiseen. Näin ollen heidän hoitonsa saattaa jäädä puutteelliseksi eikä arvokas ikääntyminen toteudu heidän elämässään. (Kivelä 2009, 252–253.)

Altistaviin tekijöihin kuuluvat kielteiset asenteet vanhenemiseen ja ikääntymiseen. Ikäihmisiä mitätöivä yhteisö välittää heille arvottomuuden tunnetta, seniiliyttä ja kykenemättömyyttä. Ikäihmisen on tällöin vaikea uskoa omiin kykyihinsä ja hän saattaa itsekkin alkaa uskoa, että ikääntyessä me-

nettää ihmisarvon. Hyvinvointia heikentää laajasti lähiyhteisön kielteiset asenteet. (Kivelä 2009, 109.)

Palvelukeskuksen asukkailla on suurentunut riski altistua masennustiloihin, mikäli sen periaatteisiin eivät kuulu kodinomaisuus, normaali elämä ja ikääntyneiden arvostaminen. Ikäihmiseen kohdistuva aliarvostava asenne heikentää psyykkisen terveyden ylläpitämistä. Mitätöivällä asenteella voidaan vain pahentaa ikääntyneen pahoinvointia ja hoidon kustannuksia. Hoitohenkilöstön tulisi ymmärtää ikääntyneen muuttunut aikaperspektiivi ja toiveiden suuntautuminen lähitulevaisuuteen. (Kivelä 2009, 130–137).

Suojaavia tekijöitä masennustilojen puhkeamiseen ovat luottamuksellisten läheisten ja ystävyysverkostojen tuki. Uskonnollisuus ja luottamus Jumalaan kuuluvat myös suojaaviin tekijöihin. (Kivelä 2009, 110.) Ystävyys-suhteita masentunut voi pitää yllä vierailujen lisäksi puhelimitse, kirjoittamalla kirjeitä ja kortteja. Puhelinsoitto tai postikortti viestittää masentuneelle, ettei häntä ole unohdettu. (Kivelä 2009, 213.) Iäkkäiden masennustilojen ehkäisyä käsitellyt tutkimus on osoittanut, että aktiivinen osallistuminen toimintoihin ja ystävyys-suhteiden ylläpito saattavat ehkäistä lieviä tai jopa keksivaikeita masennustiloja. Kun ikäihmiset tekevät konkreettisesti käytännön tehtäviä, he eivät keskity turhaan murehtimaan asioitaan. Omien voimavarojen ja mieltymysten mukaan suunnitellut toiminnot edistävät psyykkistä terveyttä. (Kivelä 2009, 130–131.)

Ikäihmisen itsemääräämisoikeuden ylikorostaminen ja masennustilan tunnustamisen puute voivat johtaa hoidon laiminlyömiseen. Hoitaja voi virheellisesti luulla ikääntyneen oikeasti haluavan vetäytyä syrjään eikä huomaa masennustilaa. Seurauksena on ikääntyneen hoidon täydellinen laiminlyönti. Hoitajien tehtävä on paneutua iäkkään ongelmien lisäksi aikaisempiin kiinnostuksen kohteisiinsa, läheisiin ystävyys-suhteisiin sekä harrastuksiin. Näihin tietoihin pohjautuen voidaan arvioida erilaiset kiinnostavat osallistumisen muodot ja se mihin iäkäs olisi kykenevä. (Kivelä 2009, 235–236.)

Masentuneen, avuttoman ja valittavan iäkkään kohtelemisen arvokkaasti ja keskustelu häntä arvostaen ovat vaativia tehtäviä. Hoitajan puutteelliset gerontologiset tiedot saattavat johtaa tunteisiin perustuviin virheellisiin toimintamalleihin. Iäkkään liiallinen holhoaminen tai hylkääminen kuuluu näihin. On erityisesti kiinnitettävä huomiota masentuneen ikäihmisen kohtelemiseen arvokkaana ja tasa-arvoisena ihmisenä. (Kivelä 2009, 238–239.)

Masentuneen ikääntyneen hoidossa tulee muistaa, että empaattinen ja tunteiden tasolla lämmin kuunteleminen, ymmärtäminen, arvostaminen ja kannustaminen ovat paranemisen kannalta keskeisiä tekijöitä. Paraneminen on kuitenkin hidas prosessi. Iäkkään on yhä uudelleen ja uudelleen kerrottava omasta tuskaisuudestaan, jotta paraneminen edistyisi. Halu tukea ja ymmärtää sekä mielenkiinnon osoittaminen hänen elämäänsä kohtaan antaa toivoa siitä, ettei hän ole huono ihminen ja mitätön. (Kivelä 2009, 185.)

Masentuneiden toistuvat valittamiset voivat ajan mittaan lannistaa hoitohenkilöstöä. Työyhteisö voi muuttua masentuneita mitätöiväksi ja välinpitämättömäksi. Työntekijät, jotka kamppailevat oman jaksamisen rajoilla, eivät ole oikeita henkilöitä hoitamaan masentuneita ikäihmisiä. Työohjaus ja omasta terveydestä huolehtiminen edesauttavat ikääntyneiden masentuneiden hoitoon osallistuvien kykyä toimia iäkkäiden parhaaksi. Näiden tulisi kuulua masentuneita ikäihmisiä hoitavien työyhteisöjen toimintatapoihin. Palveluskeskuksessa asuvien masentuneiden iäkkäiden toistuvat valittelut, kielteisyys ja haluttomuus saattaa heikentää muiden asukkaiden hyvinvointia. (Kivelä 2009, 185.)

Masentunut ikäihminen tarvitsee kannustamisen ja rohkaisemisen lisäksi hellyyttä ja fyysistä kosketusta. Masentuneet ovat fyysisesti kovin väsyneitä, eikä heitä pidä siksi jatkuvasti patistella toimimaan. Päivittäin on muistettava riittävä lepomäärä. Muistettavaa kuitenkin on, ettei masennustila parane pelkästään lepäämällä ja murehtimalla (Kivelä 2009, 213.)

Hoitosuunnitelman laatimiseen ja hoidon seurantaan tulisi kuulua hoitava lääkäri, hoitaja ja masentunut ikäihminen. Hoitoon tulisi kuulua myös yhteisiä neuvotteluja, joissa yhdessä suunnitellaan hoitoa sekä määrävälein keskustellaan paranemisen edistymisestä. Ikäihmisen suostumuksella näihin keskusteluihin voi osallistua myös hänen omaisensa. (Kivelä 2009, 178.)

Masentuneet kokevat, että heitä ei arvosta kukaan, eivätkä he myöskään pysty arvostamaan itseään. Heidän itsetuntonsa on vaurioitunut. Hoidon tärkeimpiin tehtäviin kuuluu ikäihmisen itsetunnon korjaaminen. Kokemuksen mukaan ystävien ja muiden myönteiset lauseet ja positiivisen palautteen antaminen sekä hyödyllisyyden osoittaminen miellyttää ihmistä. Positiivisten asioiden ja toimintojen löytäminen sekä niistä puhuminen iäkkästä arvostaen kohentaa masentuneiden heikentyneitä itsetuntoa. Myönteisen palautteen tulee kuitenkin olla totuuden mukaista. Menneisyyteen kuuluu arvokkaita asioita, joista kertominen voi auttaa masentunutta iäkkästä ymmärtämään, ettei häntä pidetä mitättömänä. Ikäihmisen kokemat arvokkaat asiat voivat luoda toiveita ihmisarvoisesta elämästä. Myönteiset lauseet kuuluvat masentuneen iäkkään hoitoon. (Kivelä 2009, 166–168.)

Hoitajat, jotka jaksavat uskoa masentuneen paranemiseen ja pohtivat sovellettavia ratkaisuja, ovat ymmärtäneet psykoterapeuttisen tuen ytimen. Hoitajat voivat positiivisella, toiveikkaalla, kannustavalla ja rohkaisevalla asenteella vaikuttaa jopa vuosia masennuksesta kärsineen iäkkään elämäntilaan kohentavasti. (Kivelä 2009, 166–168.)

Tahto elää kuuluu ikäihmisten normaaliin elämään. Masennuksen vuoksi tämä tahto voi myös muuttua tahdoksi kuolla. Tämä tulee esille motivaation puutteena. Sairastuneella ikääntyneellä ei ole motivaatiota osallistua varsinkaan vaativiin tehtäviin vaan he vetäytyvät syrjään. Voimakas tahtolämän katoaminen tulee esille siten, että masentunut kokee, etteivät jalat kannaa ja lopettaa kävelemisen tai hän ei pysty nielemään ja lopettaa syömisen. Tällöin kyseessä on vaikea masennustila, joka tulee hoitaa samoin perustein kuin muunikäisten masennus. (Kivelä 2009, 84.)

Kuoleman ja sen merkityksen pohdinta lisääntyy ikääntymisen myötä. Uskonto ja usko Jumalaan tuovat useille ikääntyneille vastauksia merkityksestä elämään ja kuolemaan. Jokaisella on yksilöllinen tapansa antaa vastaus elämän merkityksen ja kuoleman kysymyksiin. Masennustilojen ehkäisyyn peruspilareihin kuuluu iäkkään hyväksymä käsitys elämästä ja kuolemasta. (Kivelä 2009, 142.)

Auttamisen perustana masennukselle on hoitava vuorovaikutussuhde. Merkityksellistä siinä on turvallisuudentunteen luominen, jolloin ikäihminen kokee tullessa hyväksytyksi, ymmärretyksi ja autetuksi. Masentuneelle tärkeää on sanallinen ja sanaton viestintä. Masentunut odottaa hoitajan ymmärtävän hänen inhimillisen kokemuksensa. Helpottamiskeinoja masennukseen ovat muistelemine ja omaelämähistoriankertomukset. Musiikki- ja taideterapia voivat olla tie oman eheän itsensä löytämiseen. Uskonnollisten asioiden läpi käyminen voi nopeuttaa toipumista. Tärkeää on, ettei hoitaja itse ahdistu eikä varsinkaan siirrä omaa ahdistuneisuutta masentuneeseen. Auttamisen perusta on masentuneen kokemusten ja tunteiden hyväksyminen. Toivon ylläpitäminen ja pyrkimys yhteiseen ongelmanratkaisuun auttavat masentunutta jaksamaan. (Kan & Pohjola 2012, 236.)

Apatia on yksi tavallisimmista ja ensimmäisistä käytösoireista monissa dementiaan johtavissa muistisairauksissa. Apatia tarkoittaa välinpitämättömyyttä, tunne-elämän latistumista ja mielenkiinnon sekä motivaation vähenemistä. Siitä kärsivä muistisairas ei reagoi surullisiin eikä iloiseihin tapahtumiin entiseen tapaan. Myös omasta itsestään huolehtiminen ja kotiaskareiden tärkeys menettävät merkityksensä. Apatia voi liittyä joskus masennukseen, mutta useimmiten se esiintyy itsenäisenä oireistona. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 183–184.)

4.2 Levottomuus ja vaeltelu

Levottomuus voi ilmetä esimerkiksi kiukutteluna, kiroiluna, ovien paiskomisena, uhkailuna tai fyysisenä väkivaltana. Muita käytösoireita todennäköisemmin aggressiiviset oireet ovat pitkäkestoisia ja jatkuvat kuolemaan saakka. Usein levottomuuden taustalla on kipu, suru, masennus tai huono olo, joita muistisairas ei pysty ilmaisemaan kielellisesti ja hoitajan voi olla vaikeaa sitä tunnistaa. (Erkinjuntti ym. 2010, 93.) Levottomuus voi ilmentyä myös muun muassa huutamisena, jatkuvana saman asian kysymisenä, hoitajan perässä kulkemisena, tavaroiden keräilyinä tai piilotteluna ja jatkuvana vaelteluna. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 184–185.)

Työssä kohdataan melko usein tilanteita, joissa levoton ja vaelteleva asukas herättää henkilökunnassa negatiivisia tuntemuksia. Tämä saattaa ilmentyä hoitajan toistuvana kieltämisenä ja moittivana puhetyylinä. Tällöin tuntuu, ettei hoitaja kykene löytämään asukkaalle sopivaa tilaa ja mielekästä tekemistä, joka saattaisi auttaa asukasta purkamaan turhautumista virikkeelliseen toimintaan.

Levotonta asukasta ei pidä rauhoitella pelkällä lääkkeellä (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 234). Levottomuuden syy pitää selvittää muisti-

sairaana taustaan perehtymällä. Lisäksi selvitetään, missä, milloin ja minkälaisissa tilanteissa levottomuus esiintyy. Levottomuuden hoidossa olennaista on turvallisen ympäristön luominen. Kielteisen palautteen antaminen, hoitohenkilöstön ristiriidat, yhdessä sovittujen hoitolinjojen puuttuminen ja ympäristön melu sekä rauhattomuus lisäävät turvattomuutta. Muistisairaalle on tärkeää, että hän kokee muiden hallitsevan tilanteet, mihin hän ei itse ole kykenevä. (Kan & Pohjola 2012, 225.)

4.3 Ahdistuneisuus ja aggressiivisuus

Muistisairaana ahdistuneisuusoireet ovat neljä kertaa yleisempiä kuin muilla saman ikäisillä terveillä ihmisillä. Yleisimmin ahdistuneisuus ei liity mihinkään erityisiin tilanteisiin, vaan se ilmenee jatkuvana levottomuutena, huolestuneisuutena, kireänä tai jännittyneenä olona. Tyypillisesti ahdistuneisuusoireita kuitenkin ilmaantuu esimerkiksi odottelutilanteissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 94.)

Taulukossa 2 esitetään hoitotyössä huomioon otettavia tilanteeseen liittyviä aggressioiden syitä ja syynmukaisia hoitokeinoja.

Taulukko 2.

Tilanteeseen liittyviä aggression syitä ja syynmukaisia hoitokeinoja
Fyysisen tai henkisen reviiirin puolustaminen silloin, kun muistisairas kokee olevansa pakotettu, alistettu tai nolattu <ul style="list-style-type: none"> • älä pakota muistisairasta • viestitä tilanteen, älä muistisairaana ihmisen hallintaa
Turhautuminen, kun ei tule ymmärretyksi <ul style="list-style-type: none"> • viesti tällöin kiinnostusta ja halua ymmärtää
Ahdistus liian vaativasta tilanteesta <ul style="list-style-type: none"> • tule vastaan ja paikkaa muistisairaana kyvyttömyys • huumori voi olla avuksi
Pelko auttamistilanteesta, jossa muistisairas ei ymmärrä mitä tilanteessa odotetaan tai mitä auttamisen aikana tapahtuu <ul style="list-style-type: none"> • sanattomat viestit ovat tärkeämpiä • vältä monimutkaisia selvityksiä ja ohjeistuksia
Kontaktin ja huomion tarve <ul style="list-style-type: none"> • huomioi muistisairas luontevasti • huumorista voi olla apua
Suuttumus joka liittyy esimerkiksi pukeutumiseen tai suihkussa käymisen vuoksi johtuvasta palelusta <ul style="list-style-type: none"> • tarkista, ettei palelun syy ole matala verenpaine • lämmitä lämpöisellä juoksevalla vedellä suihkuhuone etukäteen

Taulukossa 3 esitetään hoitotyössä huomioitavia tilanteeseen liittymättömien aggression syitä ja syynmukaisia hoitoja.

Taulukko 3.

Tilanteeseen liittymättömän aggression syitä ja syynmukaisia hoitoja
Kipu <ul style="list-style-type: none">• muista lääkkeetön hoito (fysikaalinen hoito lihaskäykkyyden aiheuttamissa kivuissa)
Matala verenpaine <ul style="list-style-type: none">• tarkista lääkitys, tarvittaessa verenpaineen nostava lääkitys• suolan lisääminen ruokavalioon, mikäli ei vasta-aihetta
Heikko ravitsemustila <ul style="list-style-type: none">• tarkista ravitsemustila ja tee muutoksia saatujen tulosten perusteella
Huonovointisuus <ul style="list-style-type: none">• syyn selvittäminen ja hoidon järjestäminen sen mukaisesti
Ahdistus joka johtuu sairauteen sopeutumattomuudesta <ul style="list-style-type: none">• keskustele avoimesti muistisairaahan kanssa sopivassa tilanteessa huomioiden muistisairaahan kyvyt
Vaikeasti hahmotettavan ympäristön ja melun aiheuttamat virhetulkinnat <ul style="list-style-type: none">• selkeyttä ympäristö ja lisää tarvittaessa valaistusta
Ympäristön epäarvostava ilmapiiri sekä negatiivinen palaute <ul style="list-style-type: none">• lähesty kunnioittavasti ja lupaa kysyvästi• mahdollista muistisairaahan onnistumisen kokemukset

(Kan & Pohjola 2012, 224.)

Yksinäisyyden pelko voi olla yksi syy ahdistuneisuuteen. Ahdistuneisuutta pahentaa hoitajan turhautuminen ja sen hoidossa lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia. Ahdistuneisuutta vähentävät turvallisuuden lisääminen ja tutujen asioiden, tapojen ja tottumusten käyttäminen. Myös kuunteleminen, rauhallisuus, läsnäolo sekä ympäristön ja ilmapiirin kodikkaaksi ja selkeäksi järjestäminen auttavat. Puuhasteleminen ja liikkuminen vähentävät ahdistusta ja siksi niiden salliminen on tärkeää. (Kan & Pohjola 2012, 225.)

Sirpaloituneen itsetunnon vuoksi muistisairas saattaa puolustautua suuttumuksella, jonka seurauksena muistisairas saa herkästi leiman taipumukselta aggressiivisuuteen. Hoitajan tulisi kuitenkin ymmärtää tämä muistisairaahan selviytymisstrategiana. Normaalialia myös on, että muistisairas puolustaa ympäristöään suuttumuksella. Hoitotyön kannalta on tärkeää ymmärtää

myös, että esimerkiksi auttamistilanteessa kiirehtiminen ja pakottaminen estävät liikkeen käynnistymisen. Tämä puolestaan saattaa herkästi leimata muistisairaana yhteistyöhalottomaksi. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 235–236.)

Puutteellinen tilannetulkinta ja kommunikoinnin vaikeus aiheuttaa turhautumista ja mielialojen vaihtelua. Tämä voi ilmetä suuttumuksena, ahdistuksena tai vetäytymisenä. Kognitiivisten muutosten vuoksi toiveiden ilmaiseminen on vaikeaa ja väärinymmärretyksi tai jopa sivuutetuksi tulemisen riski kasvaa. Tällöin muistisairas saattaa tuntea olonsa loukatuksi ja osoittaa tunteensa esimerkiksi alkamalla äänekkäästi huutamaan. Turvattomuutta ja hylätyksi tulemisen pelkoa lisäävät ympärillä vaihtuvat ihmiset sekä oudot äänet. Näitä tunteita muistisairas viestittää voimakkaana haluna lähteä kotiin. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 236.)

Aggressioiden syy tulee selvittää ja pyrkiä löytämään syyn mukainen hoitokeino. Tilannekohtaisen aggression kohdatessa tulisi yrittää muuttaa tilannetta tai asennoitumista tilanteeseen. Kiireetön ja levollinen lähestyminen tuntuu muistisairaasta vähemmän pelottavalta. (Kan & Pohjola 2012, 204, 223).

Mielestämme ikäihmisen aggressiivisuus saattaa toisinaan johtua myös mahdollisesti hoitajan vääränlaisesta suhtautumisesta ja lähestymistavasta. Kokemuksen mukaan uhka- ja väkivaltalomakkeet tulevat usein täytetyksi samojen hoitajien toimesta. Toki tähän voi olla syynä myös hoitajien henkilökohtaiset taipumukset, aktiivisuus ja epäselvyys siitä, milloin kyseinen lomake tulisi täyttää.

4.4 Psykoottiset oireet

Muistisairaiden kohdalla psykoottisilla oireilla tarkoitetaan aistiharhoja ja harhaluuloja. Harhaluulojen esiintyessä, ne ovat yleensä tyypiltään yksinkertaisia, kuten epäilyjä puolison uskottomuudesta tai varmuus siitä, että joku varastaa tavaroita. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 185.) Psykoosissa ollessaan iäkäs ei erota todellisuutta mielikuvituksistaan. Akuutti psykoosi ikäihmisellä on vakava tila ja vaatii usein välitöntä sairaalahoitoa. Psykoosia hoidetaan psykoosi- ja masennuslääkkeiden lisäksi psykososiaalisella tuella, joka koostuu ympärillä olevien ihmisten antamasta henkisestä tuesta. Vahva sosiaalinen tukiverkosto ja yritys ymmärtää ikäihmisen kokemusmaailmaa voi olla avuksi vähentämään oireilua. (Kan & Pohjola 2012, 230.)

Ikäihmisen äkillisen sekavuustilan taustalla on jokin elimellinen syy. Yleisemmät syyt ovat tulehdukselliset tilat, erityisesti virtsatieinfektio tai keuhkokuume, jotka voivat esiintyä hyvinkin vähäoireisina ja kuumeettomina. Toiseksi yleisimmät syyt sekavuustiloihin ovat aineenvaihduntahäiriöt, suola- ja nestetasapainon häiriöt, aliravitsemus ja anemia. Ikäihmisen sekavuustilan taustalta löytyy usein myös lääkitykseen liittyvät asiat, kuten epäsopeva lääkitys, liian suuret annokset, liian nopea rauhoittavien lääkkeiden lopettaminen tai vieroitusoireet alkoholinkäytön lopettamisesta johtuen. Sekavuustila voi olla myös sydäninfarktin ja sydämen vajaato-

minnan ainoa oire. Pitkittyneen sekavuustilan, kaatumisen tai päänvamman yhteydessä olisi hyvä muistaa myös aivojen kovakalvon alaisen verenpurkauman mahdollisuus. (Rahkonen & Laurila 2008, 71.)

Harhaluulot eli deluusiot liittyvät puolestaan ääniharhoihin. Ikäihminen saattaa uskoa, että kaikki tietävät hänen ajatuksensa ja että niihin pyritään vaikuttamaan esimerkiksi röntgen- ja lasersäteillä. Hoitajan tulee suhtautua harhaluuloihin hyvin neutraalisti tyrmäämättä niitä, eikä kyseenalaistaa voimakkaasti ikäihmisen tuntemuksia. (Kan & Pohjola 2012, 230–231). Sekavan ikäihmisen harhoihin ei kannata mennä mukaan, mutta liian voimakkaat ajan ja paikan järkeistämisyrietykset tai harhoista riitelemine lisäävät hermostuneisuutta. Ikäihminen ei tällöin kykene loogiseen ajatteluun. (Rahkonen & Laurila 2008, 73.)

Harhaluulojen ilmaantuminen viittaa älyllisen toimintakyvyn nopeaan heikkenemiseen ja ne ovat iäkkäimmillä sukupuoleen katsomatta tavallisia. Kun muistisairaana selviytyminen päivittäisistä askareista huonontuu, myös harhaluuloisuus lisääntyy. Väkivaltaiseen käyttäytymiseen etenevään aggressiivisuuteen liittyy usein sisällöltään syyttävät harhaluulot. Suuruusharhoja tai epärealistisia käsityksiä omasta tilanteesta ja toimintakyvystä liittyy etenkin otsalohkorappeumasta johtuvaan muistisairauteen tai otsalohkojen vaurioitumiseen muiden muistisairauksien yhteydessä. Kun harhaluuloja arvioidaan, on tärkeää muistaa, että muistisairaana saattavat joskus syystäkin olla epäluuloisia ja, että he ovat avuttomuudessaan helppoja hyväksikäytön kohteita. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 185–186.)

Aistiharhoja eli hallusinaatioita voi esiintyä yhtä hyvin näkö-, kuulo-, haju-, maku- tai tuntoaistin alueella. Tavallisimpia ovat kuitenkin näköharhat. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 186.) Muistisairaana, joilla on heikko näkö tai kuulo, kärsivät useimmin näkö- ja kuuloharhoista. Esimerkiksi kaihileikkauksella tai huolehtimalla hyvästä valaistuksesta, voidaan vaikuttaa lääkkeettömästi näiden harhojen esiintyvyyteen. (Erkinjuntti ym. 2010, 94.) Ikäihminen voi kuulla ääniä, jotka uhkaa, kiusaa, syyttää ja kommentoi hänen tekemisiään. Aistiharhat kestävät pitkään ja ovat voimakkaita. (Kan & Pohjola 2012, 230.)

4.5 Unihäiriöt

Unihäiriöt usein lisääntyvät muistisairaana edetessä. Kun vuoteessa vuorokauden aikana vietetty aika pitenee, yön suhteellinen määrä pienee, unen laatu muuttuu ja heräämisiä on yöaikaan paljon. Muistisairaana unihäiriöt voivat johtua myös muista sairauksista, lääkityksistä, liiallisesta valaistuksesta, äänekkyydestä tai yksinkertaisesti siitä, että päivisin ei ole riittävästi tekemistä. Epäkohtiin puuttamalla voidaan unihäiriöihin vaikuttaa jonkin verran. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 186.) On kuitenkin muistettava, että normaalia on tilapäinen, muutaman yön kestävä unettomuus (Kivelä 2011, 60).

Kansalaisten kirjoituksissa myönteistä palautetta on saanut ikäihmisten itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen oman totutun vuorokausirytmien ja

toiveiden toteuttamisessa. Positiivisena on koettu, että ikääntyneen omaisten toiveita kuunneltiin ja kunnioitettiin. Myönteisenä on pidetty myös, ettei unilääkkeitä ole määrätty tarpeettomasti tai omaisten tietämättä. (Kivelä 2009, 65.) Negatiivisissa hoitokokemuksissa on tullut ilmi virheellinen ja liiallinen unilääkitys, jonka vuoksi ikäihmisten on koettu olevan päivällä väsyneitä (Kivelä 2011, 66).

Nukahtamis- ja univaikeuksia saattaa lisätä päivittäisten toimintojen, liikunnan ja ulkoilun puute sekä mahdolliset ravitsemusongelmat. Lisäksi on koettu, että asuinhuoneet ovat liian kylmiä, eikä asukkaille ole annettu riittävästi peittoja tai muita lämmikkeitä. Asuintoverin yöllinen häiritsevä käyttäytyminen tai liikkuminen voi vaikuttaa joidenkin ikäihmisten nukkumiseen. Myös hoidon puute vaikutti kielteisesti nukahtamiseen ja sen vuoksi riittävän hyvän yön saantiin. (Kivelä 2011, 66.)

Itsemääräämisoikeuden kannalta tilanne on hankala, kun ikäihmisen sängynlaidat on nostettu ylös vaikka ikäihminen on pyytänyt laitojen alas laskemista. Ikäihmiselle sängystä putoaminen on riski, mutta myös toiveita pitäisi kunnioittaa. Liikkumisen rajoittamiselle ei aina ole perusteita, vaikka usein vedotaan turvallisuuteen. (Järnström 2011, 183.)

Osa ikäihmisistä on tottunut heräämään aikaisin, osa nukkuu pitkään. Laitoksessa pitkään nukkuminen ei useinkaan onnistu rutiininomaisten aikataulujen vuoksi. Näin ollen ikääntyneen itsemääräämisoikeus ei toteudu tältäkin osin. (Järnström 2011, 181.) On tärkeää, että myös palvelukeskuksessa asuva ikääntynyt saa noudattaa omaa vuorokausirytmiansä. Aamu-uninen saisi mahdollisuuden nukkua pitkään ja iltavirkku voisi puuhastella itselle tärkeitä asioita myöhäiseen iltaan kaikessa rauhassa. On muistettava, että kaikki olivat yksilöitä eivätkä halua välttämättä aamu- ja iltatoimiaan avustettavan samaan aikaan. (Kan & Pohjola 2012, 139.)

Hoitajien tulisi asennoitua asukkaiden vuorokausirytmien tukemiseen asukaslähtöisemmin. Asukkaiden toiveita nukkumisen ja heräämisen ajankohdasta olisi kunnioitettava. Tällä tarkoitamme, että asukkaiden vuorokausirytmien ei määrittäisi esimerkiksi työvuorojen vaihdot, kuten se, että asukkaiden tulisi olla nukkumassa ennen yövuorona alkua.

Käypä hoito -suositusten mukaan korostetaan unettomuuden syyn selvittämistä ja hoidon perustamista todettuun syyhyn. Muistisairailla unen rakenne muuttuu. Unihäiriöiden esiintyminen lisääntyy kognitiivisen suorituskyvyn heiketessä. Pitkäaikaishoitolaitoksissa asuvien iäkkäiden unettomuuteen esitetään liikunnan lisäämistä, vuorokausirytmien vahvistamista, kirkasvalohoitoa, nukkumisympäristön rauhoittamista ja panostamista hyvään vuoteeseen. (Kivelä 2011, 63.)

Riittävä määrä unta suojaa ihmisen kehoa ja hoitaa samalla myös mieltä kaikenikäisillä. Riittävän levon ja nukkumisen merkitys on tärkeitä palvelukeskuksessa asuvalle iäkkäälle, koska he ovat joutuneet luopumaan monesta itselle tärkeästä asiasta muuttaessaan pois omasta kodistaan. Iäkkäille aiemmin suoritetuissa tutkimuksissa on todettu naisten kokevan miehiä useammin univaikeuksia ja tätä esiintyy erityisesti hoitolaitoksessa asuvil-

la. Useat sairaudet ja sosiaalisen ympäristön muutokset heikentävät iäkkäiden unta. Unettomuutta on pyrittävä korjaamaan ensisijaisesti lääkkeettömin keinoin. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että unilääke tuodaan joskus myös automaattisesti, jos vanhuksen uni ei tule. Unihygienia on perusta nukkumisongelmien hoidolle, jolla saavutetaan tuloksia. Unihygienialla tarkoitetaan säännöllisiä toimia nukkumaanmenoon liittyvissä asioissa, joiden avulla mahdollistuu tilanne ja olot nukkumiselle. (Kan & Pohjola 2012, 140–142.)

Hyvää unta edistävät hyvä vuode, tyyny ja peite. Sopivan patjan kovuus ja tyynyn korkeus ovat tärkeitä, jotta tuki- ja liikuntaelämistön kivut eivät pitäisi hereillä öisin. Ruokavalion monipuolisuus ja riittävä liikunta kuuluvat säännöllisiin ja terveellisiin elämäntapoihin, jotka puolestaan edistävät hyvää unta. Nälkäisenä ei tule uni, mutta liian raskas ateria ennen nukkumaanmenoa tekee nukkumisen levottomaksi. Uneen pääsemistä helpottaa kevyen hiilihydraattipitoisen iltapalan nauttiminen. Aktiivinen toiminta päivällä takaa paremman yöunen. (Kan & Pohjola 2012, 142.)

Hoitolaitoksissa on syytä kiinnittää huomiota ympäristötekijöihin, kuten meluun ja valaistukseen. Ulkopuolista häiriötä on mahdollista vähentää esimerkiksi korvatulpilla ja silmälapuilla. Hyvä nukkumisympäristö on rauhallinen, sopivan lämmin ja pimeä huone. Nukkumista varten pukeutuminen on yksilöllistä. Jollekin ohut kaunis pitsinen yöasu on sopivin, kun taas toiselle sopii paksu pyjama, villasukat sekä yömyssy. Jotkut taas ovat tottuneet nukkumaan ilman vaatteita. Ihmiselle muodostuu usein omia tapoja nukkumaanmenon rituaaleiksi. Unirituaaleihin voi kuulua kylpy tai iltapesu, iltapala, lukeminen tai vaikka television katselu. Unohtaa ei pidä myöskään, että nukkumaanmenoon voi liittyä erilaisia uskonnollisia tapoja, kuten iltarukous, raamatun luku, polvirukous ja monet muut yksilölliset tavat. On todettu, että tyynyn pöyhkiminen, peittäminen ja rauhoittava keskustelu asukkaansa kanssa on yhtä tehokasta kuin unilääkkeen käyttö. Nukkumiseen liittyvät yksilölliset tavat ja tarpeet on syytä kartoittaa ja kirjata hoitosuunnitelmaan. (Kan & Pohjola 2012, 142.)

Muistisairaiden iäkkäiden uniasioissa on erityisen tärkeää rytmittää ja erottaa päivä- ja yöaika selkeästi. Nukkumisen on oltava myös miellyttävä tapahtuma, eikä nukkumista pidä yrittää väkisin. Väkisin nukkumaan yritys voi johtaa unettomuuteen ja jopa nukkumispelkoon. Iäkkäälle voi uni olla pakoa todellisuudesta ja ajankulumisen odottelua. Mikäli iäkäs haluaa aina tilaisuuden tullen nukkua, hoitajien on huomattava tilanne ajoissa ja järjestettävä mielekästä toimintaa ja tapahtumaa hänen päiväänsä. (Kan & Pohjola 2012, 143.)

4.6 Seksuaaliset käytösoireet

On muistettava, että häiritsevää ja ympäristöä loukkaavaa seksuaalista käyttäytymistä ei tarvitse kenenkään missään tilanteessa hyväksyä. Muistisairasta ei koskaan saa alistaa eikä nolata, mutta huonosta käytöksestä voi aina huomauttaa ystävällisesti ja asiallisesti. Puheenaiheen vaihtamisella tai ehdottamalla esimerkiksi ulkoilua, voi yrittää suunnata muistisairaana mielenkiinnon johonkin muuhun. Usein monesta hankalasta tilanteesta voi

selvitä huumorin ja leikinlaskun avulla. On kuitenkin muistettava, että seksuaalisviritteisissä vitseissä muistisairas voi ymmärtää leikinlaskun seksuaaliseksi ehdotukseksi. (Erkinjuntti ym. 2010, 580–581.)

Ympäristön kulttuurilla ja moraalikäsitteillä on vaikutus siihen, hyväksytäänkö ja siedetäänkö muistisairaahan erilaisia seksuaalisuuden ilmaisuja vai koetaanko ne ympäristöä häiritsevinä. Seksuaalisviritteiset puheet ja ehdotukset, luvaton toisen ihmisen intiimialueiden koskettelu ja julkisissa paikoissa masturbointi ovat tavallisimpia ympäristöä häiritseviä käyttäytymismalleja. Puoliso, omat lapset, naapurit, hoitohenkilökunta tai jopa aivan vieraat ihmiset voivat olla seksuaalisen käyttäytymisen kohteena. Pitkääikäishoitopaikoissa aggressiiviset tai muuten vaikeat seksuaalisen käyttäytymisen oireet koetaan erittäin vaativiksi ja hankaliksi, mutta niitä esiintyy harvoin. (Erkinjuntti ym.2010, 578.)

5 KÄYTÖSOIREISEN MUISTISAIRAAN ARVOKAS KOHTAAMINEN

Muistisairaahan kohtaaminen edellyttää hoitajalta kykyä ja halua aitoon läsnäoloon. Kohtaamisen tulee tapahtua tunteiden tasolla, ei niinkään järjen. Vuorovaikutustilanteessa muistisairas tulee kohdata tässä hetkessä ja tämän hetkessä tilanteessa. Hoitajalla tulee olla kyky asettua muistisairaahan maailmaan ja ymmärtää sen syntyneeksi muistisairaahan omasta elämänsä historiasta ja kokemusmaailmasta. (Virkola & Vuori 2004, 24.)

Hoitotyössä vaaditaan hyvää teoretietoa ja ammattitaitoa, joka sisältää kyvyn arvostavaan suhtautumiseen, halun auttaa jokaista asukasta sekä hyvät vuorovaikutustaidot. Perimmäinen hoitotyön tavoite on asukkaan hyvä elämä. Hoitoon ja hoivaan kuuluu inhimillinen toiminta, moraalinen velvoite, tunteet, kiintymys, vuorovaikutus ja terapeuttinen auttaminen. Hoitajien asenteet, aiemmat kokemukset sekä tieto ihmisestä ja hänen sairaudestaan vaikuttavat hoitamiseen. (Ranta ym. 2012, 102.)

5.1 Hoitajien asenteiden merkitys

Työyhteisön eettinen ilmapiiri syntyy hoitajien mielipiteistä ja käyttäytymisestä. Eettinen työyhteisö käsittää yhteiset arvot ja toiminnallisuuden tavoitteet. Ne toimivat tukena päätösten tekemisessä ja työyhteisössä keskustellaan näistä avoimesti. (Ranta ym. 2012, 90.) On tutkittu, että ikäihmisten ja hoitajien näkemykset itsemääräämisoikeudesta eroavat toisistaan. Suostumusta tutkimuksiin tai lääkitykseen liittyvissä asioissa ei aina kysytä ikäihmisen omaa mielipidettä. Hoitoon liittyvistä asioista ei kerrota tarpeeksi ja niistä puhutaan liian harvoin. Osa hoitajista on empaattisia ja suhtautuvat ikäihmiseen kunnioittavasti, mutta valitettavan usein heitä kohdellaan myös epäystävällisesti, välinpitämättömästi ja puhetyyli on nöyryyttävää. Hoitajien asenteet ovat hyvän hoidon toteutumisen tärkeitä. Ikäihmisten aliarvostus johtaa heidän parissa työskentelevien hoitajien työn arvostukseen heikentävästi. Näin ollen on mahdollista, että hoitajan itsetunto laskee ja siitä voi seurata haluttomuutta kehittää ikäihmisten hoitotyötä. (Kivelä 2011, 133, 225.)

Muistisairaahan puheessaan käyttämät sanat äidistä, koti-ikävästä ja lapsiin liittyvistä huolista viestivät muistisairaahan sen hetkisestä tarpeesta ja toiveesta. Asiat ovat jääneet muistiin sanoina ja tunteina. Hoitotyössä tulee ymmärtää näiden avulla muistisairaahan ilmaisevan esimerkiksi pyrkimystään elämänhallintaan ja turvallisuuden tunteeseen. Hoitohenkilöstö yhteistyössä muistisairaahan kanssa voi auttaa häntä kokemaan elämänsä hallitummaksi ja turvallisemmaksi. On hyvä pyrkiä löytämään hoitotyön ohella toteutettavia ympäristö- ja vuorovaikutuskeinoja lievittämään muistisairaahan maailman kaoottisuutta. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 234.)

Hoitotyössä psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukemisen avulla voidaan entistä paremmin hoitaa käytösoireita ja ehkäistä käytösoireiden syntyä. Muistisairaahan hoitotyön tulee pyrkiä kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan, jolloin monipuolisesti etsitään käytösoireiden syitä ja niiden mukaan suunnitellaan yksilölliset hoitokeinot. Omaisten tietoa kannattaa pyrkiä hyödyntämään käyttäytymisen ymmärtämisen ja yksilöllisesti toimivien hoitokeinojen löytämisessä. Omaisilta ja muistisairaalta itseltään voidaan saada tietoa turvallisista elämän rituaaleista ja puheenaiheista. Osana kokonaihoitoa tukevat yksittäiset terapiat, kuten valohoito, aromaterapia, muistelu, musiikkiterapia, liiketerapia ja laulamalla hoitaminen (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 235–240).

Luottamus on yksi tärkeä osa muistisairaahan turvallisuuden tunnetta. Luotettava hoitaja on sanojensa mittainen, aito ja välittävä. Määräävä ja käskävä kanssakäyminen on yksi käytösoireiden syntyyn vaikuttava tekijä. Henkisen reviiiriin huomioimatta jättämiseen muistisairas saattaa reagoida esimerkiksi aggressiolla. Kanssakäymisen apuna toimivat kunnioittava, lupaa kysyvä ja tilaa antava työtapo. Teitittely tuo kanssakäymisen eri tasolle. Arvostava ilmapiiri tukee myönteisiä tunnelmia ja kanssakäymisen tilanteita. Onnistumisen kokemukset tukevat haurasta itsetuntoa. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 240.)

Käytösoireisen hoitaminen, seuranta ja arviointi vaativat hoitajilta oivalluskykyä ja sitoutumista hoitoprosessiin. Hoidon arvioinnin edellytys on toimivat seurantakäytännöt. Yhdessä sovittujen hoitokeinojen käyttö tulee dokumentoida päivittäin, samoin kun käytösoireen esiintyminen, johon pyritään vaikuttamaan. Näin voidaan luotettavasti arvioida hoitoprosessin vaiheiden onnistumista. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 243.)

Hoitotyössä eettisen arvoperustan tulee tulevaisuudessa olla hoitajilla entistä vahvempi. Eettisen perustan vahvuutta edellyttää myös monikulttuurinen yhteiskunta. Hoitajien pitää myös rohkeasti puuttua sellaisiin asioihin, joissa ilmenee eettisiä ongelmia. (Ranta ym. 2012, 59–60.)

5.2 Muistisairaahan arvojen tukeminen

Jäljellä olevilla kyvyillään ja yksilöllisillä keinoillaan muistisairas ilmaisee omia toiveitaan ja tunteitaan. Tarpeet ja toiveet ovat yksilöllisiä ja hoitajan tulee vastata niihin. Muistisairaalla on korostunut tarve elää turvalli-

suuden ja omanarvontunteen kokemuksia tukevassa ympäristössä. (Virkola & Vuori 2004, 24.)

Toimiviksi ovat osoittautuneet työkäytänteet, jotka ylläpitävät ja kohottavat muistisairaana hyvinvointia. Näiden työkäytänteiden tarkoitus on tukea ihmisarvoa, turvallisuutta ja lisätä ilmapiirin viihtyisyyttä. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 89.) Asukkaan kognitiivisten taitojen heiketessä on olemassa vaara, etteivät hoitajat noudata jokapäiväisessä kanssakäymisessä hyviä tapoja. Samalla myös tasa-vertaisuuden huomioiminen vähenee. Asukas ei tällöin saa ihmisarvoista kohtelua. (Topo ym. 2007, 100.)

5.2.1 Arvokkuuden ja minuuden tunnetta tukevat työkäytänteet

Aikuismainen ja tasaveroinen suhtautuminen tarkoittaa huomioimista omana subjektina ja kertoen, mitä aiotaan tehdä. Muistisairaana tulee voida tehdä päätöksiä kykyjensä mukaan. Auttamistilanteissa tulee kysyä mielihpidettä, vaikka kyvyt eivät riittäisi vastaamaan kuin yksittäisillä sanoilla tai nyökkäyksellä. Hoitajien tulee viettää aikaa asukkaiden kanssa tavanomaisella tavalla. Yksilöllinen huomiointi tarkoittaa, että asukkaat saavat tehdä niitä asioita, joista pitävät. Järjestettäessä toimintaa, joka ei ole kaikkien asukkaiden elämäkatsomuksen mukaista, tulee järjestää vaihtoehtoista toimintaa. Vointi ja senhetkinen kunto tulee huomioida toiminoissa. Asukkaita tulee kannustaa ja antaa heille myönteistä palautetta. Myönteistä palautetta tulisi antaa vaikkapa kauniista vaatteista tai jostain asukkaan tekemästä asiasta. (Topo ym. 2007, 91–93.)

Fyysisen ympäristön viihtyvyyteen on hyvä kiinnittää huomiota. Fyysinen ympäristö koostuu äänistä, väreistä, valoista ja hajuista. Osastolla keitetyt kahvin tuoksu ja kauniit kahviastiat saattavat houkutella asukkaan pöydän ääreen. (Topo ym. 2007, 91–93.)

Mielestämme on tärkeää että hoitaja miettisi asukkaalle järjestettävän toiminnan ja virikkeen asukaslähtöisten periaatteiden, eikä omien mieltymysten mukaan. Viriketoiminnan tulisi olla ikäihmistä arvostavaa ja hänelle sopivaa.

5.2.2 Läheisyyttä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta tukevat työkäytänteet

Asukkaan kanssa tulisi keskustella, ottaa katsekontaktia tai koskettaa häntä. Hänet tulisi ottaa mukaan yhteiseen toimintaan, vaikkei hän konkreettisesti pystyisikään siihen osallistumaan. Lyhyilläkin kanssakäymisen hetkillä on positiivinen vaikutus muistisairaana hyvinvointiin. Vaikeasti dementoitunut ei välttämättä pysty osallistumaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen, ellei hoitaja rohkaise häntä aktiivisesti. Hoitaja voi olla yhtäaikaista kanssakäymisessä asukkaiden kanssa vaikkapa silloin, kun siistii paikkoja. Nauraminen yhdessä ja huumori lähentävät asukkaita ja hoitajia. Se lisää yhteenkuuluvuuden tunnetta. Huumoria voi käyttää myös vaikkapa liikuntatuokioissa. Pienet kommellukset ja hankalat tilanteet voidaan ratkaista huumorin kautta. Vieraanvaraisuutta omaisia kohtaan voidaan

huomioida tarjoamalla asukkaalle ja hänen omaiselleen tilaisuus juoda päiväkahvit kahden kesken. (Topo ym. 2007, 93–94.)

Ainutkertainen, empaattinen ja tavoitteellinen vuorovaikutussuhde on aina ollut keskeistä asukkaan ja hoitajan välisessä suhteessa. Hoitajan työssä tarvitaan lähimmäisenrakkautta ja empaattisuutta. (Ranta ym. 2012, 110.) Hoitajien olisi muistettava huomioida myös asukkaan omaiset tärkeäksi osaksi muistisairaana hoitoa, sillä hoitajat toimivat siltana asukkaan ja omaisten välillä. Kun hoitaja on helposti lähestyttävä, on omaisten helpompi tulla juttelemaan ja kyselemään omaisensa voinnista. Tämä luo turvallisuutta ja vähentää epävarmuutta hoidon sujuvuudesta ja vähentää mahdollisesti ennakkoluuloja. Omaisten ja asukkaiden on helpompi luottaa hoitajiin jos heille saadaan luotua tunne, ettei kaikkea tarvitse aina tulla erikseen kysymään.

Laitoksessa asuvan ikäihmisen vuorovaikutus tuttavien ja ystävien kanssa on vähentynyt. Ikääntyessä vertaissuhteet ovat tärkeitä, koska silloin vanhus kokee jatkuvuutta ja samankaltaisuutta. Menneisyyttä jaetaan ja yhteisten kiinnostuksen kohteiden parissa puuhastellaan. Saman ikäisillä ihmisillä on usein samanlaisia kokemuksia ja arvoja elämästä. Miesten kaverisuhteet liittyvät usein yhdessä jaettuihin aktiviteetteihin, kun taas naiset kokevat kaverisuhteet enemmän emotionaalisesti läheisempinä. (Lyyra, Pikkarainen & Tiikkanen 2007, 163–164.)

Sosiaalinen osallistuminen on tärkeää, mutta mahdollista yksinäisyyttä voi auttaa myös itsenäiset aktiviteetit, kuten musiikin kuuntelu, käsityöt, puutarhanhoito, radion kuuntelu, television katselu, ristisanojen tekeminen, luonnon seuraaminen ja lemmikkien hoitaminen. Ikäihminen ei välttämättä halua osallistua ryhmätoimintaan ja nauttii yksin tekemisestä. Yhteisöllisyyttä voi lisätä myös mahdollisuudella hoivata ja huolehtimalla toisesta. Ikäihminen voi kokea vastavuoroisuutta ja olevansa hyödyllinen ja arvostettu toisen auttamisen ja vapaaehtoistyön kautta. (Lyyra ym. 2007, 163–164.)

5.2.3 Yhteyttä ja kanssakäymistä tukevat työkäytänteet

Rauhatonta, apeaa ja huolissaan olevaan asukasta tulisi rauhoitella ja lohduttaa. Läheisyyttä hänelle voidaan tarjota sanallisesti, katsekontaktilla tai kosketuksella. Turvallisuutta luo hoitajan läsnäolo yhteisissä tiloissa. Tämä mahdollistaa lisäksi hoitajan voivan nopeasti reagoida osastolla tapahtuviin ristiriitoihin. Asukkaiden vointi ja mieliala saattavat vaihdella vuorokauden aikana paljonkin. Siksi asukkaiden tilanteiden seuraaminen on tärkeää. (Topo ym. 2007, 95–97.)

Vaikeasti dementoituneet eivät välttämättä pysty ilmaisemaan kokemaansa kipua, kylmyyttä tai muita ongelmia. Seuraamalla tilanteita osastolla, hoitajat voivat paremmin puuttua tilanteisiin ennen kuin ne ehtivät kärjisty-mään tai päättyvät asukkaan vaikeaan käytökseen. Ajoissa puuttumalla asioihin saadaan asukkaiden huoli, levottomuus tai pakonomainen tekeminen lopetettua innostamalla hänet jonkin muun mielenkiinnon kohteen pariin. (Topo ym. 2007, 95–97.)

Asukkaiden kohtaamisessa tulee muistaa tahdikkaus ja hienotunteisuus kun hoidetaan intiimejä asioita tai tilanteissa, joissa asukas toimii käyttäytymisnormien vastaisesti. Dementoivan sairauden aiheuttama hitaus pitäisi huomioida mukauttamalla tahti tekemiseen asukkaalle sopivaksi. Käytännössä asukkaan todellisuuden kunnioittaminen toteutuu hoitajan hyväksyessä dementoituneen muuttuneen tavan kokea todellisuuden. Muistisairaana kotiinlähtöaikeeseen hoitaja voi auttaa unohtamaan kääntämällä asian iloiseksi tarttumalla taustalla olevaan tunteeseen sen sijaan, että kiistää asian. (Topo ym. 2007, 95–97.)

5.2.4 Toimintaa tukevat työkäytänteet

Asukkaan omien voimavarojen käyttäminen, ohjaaminen ja kannustaminen tarkoittavat, että asukasta tuetaan ja rohkaistaan suoriutumaan tehtävistä itse. Asukkaiden aktivointi tukee elämänlaatua, kun taas pitkään istuminen toimeettomana aiheuttaa vetäytymistä, nukahtamista tai asukas saattaa alkaa käyttäytymään hankalasti. Aktivoiva toiminta voi olla aivan tavallisia asioita, kuten vaatteiden viikkausta, lehden katselemista tai laulamista. Tekemisen ja osallistumisen mahdollistaminen pitää varmistaa huolehtimalla esimerkiksi laulutuokiossa kaikille riittävän suurella fontilla laulun sanat, hyvä valaistus ja mahdolliset silmälasit. (Topo ym. 2007, 98–100).

Asukas saattaa vastata hänelle ehdotettuun tekemiseen helposti ei-sanalla. Taustalla voi olla, ettei hän vain ymmärrä tehtyä ehdotusta. Hoitajien tulee olla luovia etsiessään keinoja saada asukkaat osallistumaan. Ympäristön tulee tukea asukkaan toiminnallisuutta. Tilojen pitää olla esteettömät kulkea apuvälineiden kanssa. Ympäristön pitää tarjota myös virikettä esimerkiksi pelejä ja kirjoja, joista asukas voi löytää tekemistä ja keskustelun aiheita. Asukkaan ulkoilun on havaittu nostattavan hyvinvointia. (Topo ym. 2007, 98–100).

6 TAVOITTEET JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on ollut kartoittaa Kauniston palvelukeskuksen hoitajien tärkeäksi kokemia muistisairaana arvoja, oikeuksia ja periaatteita sekä kuinka niiden toteutumista voitaisiin tukea. Työn tavoitteena on ollut saada aikaan ryhmäkyselyjen avulla yhteistä pohdintaa arvoasioista sekä kiinnittää hoitajien huomio entistä enemmän muistisairaana kohtaamiseen ja työkäytänteisiin, niin että ne tukisivat arvojen ja oikeuksien toteutumista. Yhtenä osana opinnäytetyötä on ollut laatia taloon yhteinen arvotaulu ryhmäkyselyiden sekä teorian pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoitus on ollut parantaa palvelukeskuksen asukaslähtöisen hoidon toteutumista ja vahvistaa hoitajien valmiuksia kohdata käytösoireinen muistisairas arvoja ja oikeuksia kunnioittaen. Lisäksi tarkoituksena on ollut laaditun arvotaulun käyttöönotto Kauniston palvelukeskuksen hoitotyöhön.

7 RYHMÄKYSELY HOITAJILLE

Ryhmäkyselyn avulla kartoitimme lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdata käytösoireinen muistisairas arvoja ja oikeuksia kunnioittaen. Lääkkeet eivät ole ensisijainen tapa hoitaa käytösoireita, muttei niiden tarvetta saa myöskään väheksyä. Tutkimusten ja kirjallisuuden avulla tuomme esille hyväksi havaittuja työkäytänteitä. Lisäksi selvitimme hoitohenkilöstölle suoritettavan ryhmäkyselyn kautta, millaisia arvoja he pitävät muistisairaana hoidossa tärkeimpinä ja miten he tukisivat arvojen toteutumista. Peilaamme vastauksia teoriasta löytyvään tietoon ja laadimme taloon arvotaulun saatujen vastauksien pohjalta. Halusimme hyödyntää opinnäytetyössä myös omaa käytännön kokemusta muistisairaiden hoitotyöstä ja vaikuttaa näin kehittämistarpeiden eteenpäin viemisessä.

Ryhmäkyselyä varten laadimme tutkimussuunnitelman ja haimme tutkimuslupaa koti- ja laitospalveluiden johtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin tutkimussuunnitelman mukaisin perustein 19.02.2014. Ryhmäkyselyjä ennen kävimme Kauniston palvelukeskuksen tiiminvetäjäpalaverissa 04.03.2014 kertomassa opinnäytetyömme sisällöstä ja kyselyn tarkoituksesta sekä toteuttamistavasta. Samassa yhteydessä sovimme, milloin ryhmäkyselyt suoritetaan sekä pyysimme tiiminvetäjiä kannustamaan hoitajia osallistumaan rohkeasti ryhmäkyselyyn. Ryhmäkyselyt järjestimme kolmena eri iltapäivänä, jotka olivat 14.03., 21.03. ja 25.03.2014. Ryhmäkyselyt olivat tunnin mittaisia ja sisällöltään samanlaiset. Osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista. Hoitajille laadittiin etukäteen kannustava ja informatiivinen tiedote. (Liite 1)

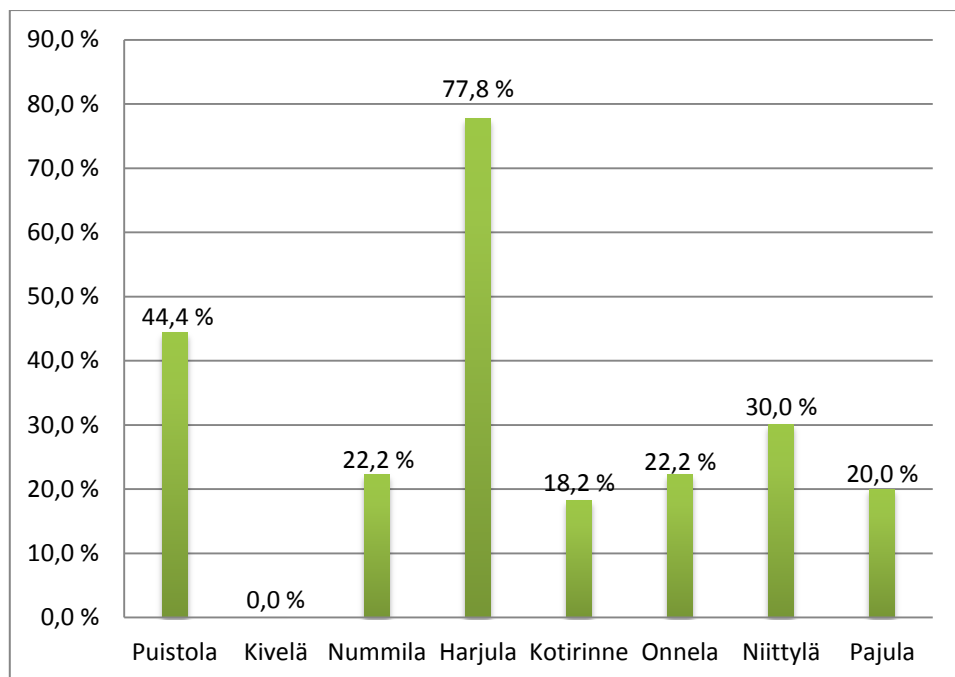
7.1 Ryhmäkyselyn toteutus

Hoitajille suunnatun ryhmäkyselyn yhteydessä käytetään ongelmalähtöistä oppimistapaa, problem-based learning, PBL. PBL:ssä eli ongelmalähtöisessä oppimisessä tarkoitetaan suunnittelumenetelmää, johon kuuluu opiskelijoiden saattaminen kasvokkain oppimiselle virikkeen tarjoavien käytännön ongelmien kanssa (Boud & Feletti 1999, 31). Ryhmässä tapahtuva kysely asukkaiden arvoista, oikeuksista ja periaatteista sekä niiden toteutumisesta oli siis samalla myös oppimistapahtuma. Näin ollen samalla myös talon yhteinen kehittämistarve käynnistyi ryhmäkyselyn tavoin.

Arvotemoja avattiin ja käytiin läpi teoriasta löytyvien esimerkkitapausten avulla. (Liite 2) Näin saimme luotua sillan arvoasioihin. Pohdinta-osuus oli kaksiosainen. Hoitajat pohtivat ensin esimerkkitapausten pohjalta, millaiset arvot, oikeudet ja periaatteet jäivät toteutumatta. Seuraavaksi he pohtivat keinoja ja työkäytänteitä näiden arvojen toteutumiseksi. Tavantomaisen ryhmäkyselyssä käydyn keskustelun yhteydessä saatujen vastausten sijasta tässä osallistujat kirjasivat vastauksensa erikseen varatulle paperille. Hoitajien kirjaamat arvot ja oikeudet sekä arvoja ja oikeuksia tukevat työkäytänteet kerättiin myöhempää opinnäytetyön pohdintaa ja analyysiä varten talteen. Esille tulevista asioista ja tavoista tehdään talon yhteinen arvotaulu.

Ensimmäisessä ryhmäkyselyssä oli 11 osallistujaa, toisessa viisi ja viimeisessä kuusi. Materiaalin määrällinen tuottaminen ei ollut riippuvainen ryhmän koosta. Kuviossa 1 esitetään prosenttijakauma osallistujien aktiivisuudesta osastoittain. Ryhmäkyselyn osallistujamäärään ja hoitajien aktiivisuuteen saattoi vaikuttaa seuraavat asiat. On mahdollista, että vakituisesta henkilökuntaa oli sairaana ja tilalle oli otettu sijaisia. Lyhytaikaisten sijaisten emme katsoneet soveltuvan kyselyymme tulosten luotettavuuden vuoksi.

On oletettavaa, että merkittävä syy aktiivisuuteen oli ryhmäkyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus. Osastoilla tuona päivänä työskennelleet hoitajat eivät ehkä välttämättä halunneet osallistua kyselyyn. Osastoilla saattoi olla jotain normaalista poikkeavaa, eikä hoitaja päässyt irtaantumaan omista töistään. Yhdelle päivälle osui erään osaston työhönsäpäivä ja se selittää kyseisen osaston osallistumattomuuden. Todennäköistä on myös, että niin sanottu työkaverit vastakkain asettelu vaikutti osallistumiseen. Osallistuminen on näin ollen voinut olla helppoa tai vaikeaa, ennakkoluuloista ja epäilevää. Hoitajien omat asenteet, aiheen kiinnostavuus sekä aiheen ajankohtaiseksi kokeminen saattoi vaikuttaa mielenkiintoon osallistua.



Kuvio 1. Prosenttijakauma osastojen aktiivisuudesta (n=22)

Mielestämme arvot ja oikeudet nähdään Kauniston palvelukeskuksessa edelleen melko yksipuolisina. Arvoista nousi ryhmäkyselyissä tärkeimpänä itsemääräämisoikeus. Tämän arvon toteutumisen tukeväksi työkäytänteeksi esitettiin pääsääntöisesti sitä, että asukkaalta kysytään, millaisen vaatetuksen hän haluaisi tai mitä ruokaa hän haluaisi syödä. Tästä voi päätellä, että vaikka kyseinen arvo nouseekin selkeästi vahvana yksittäisenä arvona kyselyssä, itsemääräämisoikeuden toteutumiskeinot nähdään hyvin yksipuolisina. Ryhmäkyselyissä tuli myös jonkin verran hyvin laajasti pohdittuja arvoja ja oikeuksia, mutta määrällisesti nämä olivat yksittäisiä,

samoin kuin niiden tukemiseen pohditut työkäytänteet. Käytänteitä vaikutti ryhmäkyselyissä tulevan myös paljon, mutta ne osoittautuivat kovin yksipuolisiksi eikä edes aina käytänteiksi. Mukana oli myös todella hyvin pohdittuja tapoja ja käytänteitä muistisairaana tukemiseksi. Hoitajat saivat itse kohdentaa kirjoittamansa työkäytänteen valitsemansa arvon alle. Se vaikutti olevan ilmeisen vaikeaa ja samoja käytänteitä tarjottiin useimpiin arvoista. Arvot ovatkin käsitteenä toinen toistaan tukevia, ja siksi selvä rajaaminen on haasteellista.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyö toteutettiin pääosin kvalitatiivisena, eli laadullisena tutkimuksena. Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään tässä opinnäytetyössä lähinnä osoittamaan hoitajien osastokohtaisen osallistuneisuuden eroavaisuutta ja esiin nousseiden arvojen, oikeuksien ja periaatteiden määrää ja suhdetta saatuihin kokonaislukuihin.

Ryhmäkysely noudattelee puolistrukturoitua teemahaastattelun menetelmää. Puolistrukturoidussa kyselyssä kaikille esitetään samat kysymykset, mutta vastauksia ei ole määritelty vastausvaihtoehtoihin, vaan kysymykseen voi vastata omin sanoin. Teemahaastattelun ominaispiirre on että haastateltavat ovat kokeneet tietyn samanlaisen tilanteen ja haastattelu kohdennetaan ennalta valikoituihin teemoihin. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu tutkimusmenetelmä, koska haastattelun aspekti, aihepiirit ja teema-alueet ovat kaikille sama. Teemahaastattelu ei sido haastattelua tiettyyn raamiin, kvantitatiiviseen tai kvalitatiiviseen, eikä se myöskään ota kantaa haastattelukertojen määrästä tai sen syvällisyydestä. Sen sijaan teemahaastattelussa on oleellista yksityiskohtaisten kysymyksien sijasta käydä haastattelu tiettyjen keskeisten teemojen varassa. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 47–48.)

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Ryhmäkyselyn luotettavuutta arvioidessa voidaan olettaa vastauksien olevan rehellisiä, koska vastauksien antaja ei varsinaisesti henkilöitynyt missään ryhmäkyselyn vaiheessa. Luotettavuuteen voisi oletettavasti vaikuttaa myös vapaaehtoisuus. Voisimme siis olettaa, että hoitajat ovat olleet motivoituneita ryhmäkyselyyn ja antamiinsa vastauksiin. Ennen ryhmäkyselyjen järjestämistä laadimme hoitajille informatiivisen kirjeen, jossa kerroimme, mitä tutkitaan ja miksi. Samassa kirjeessä kerroimme osallistumisen perustuvan vapaaehtoisuuteen. Kannustimme hoitajia osallistumaan rohkeasti ja olemaan aktiivisia. Periaatteena pidetään, että haastateltava on antanut suostumuksensa samansa informaation pohjalta (Hirsjärvi & Hurme 2009, 20).

Tuloksen epäluotettavuuteen on voinut vaikuttaa se, että hoitajien on ollut vaikea määritellä ja rajata arvoasioita sekä työkäytänteitä yhdellä sanalla tai lauseella. Esimerkiksi itsemääräämisoikeus voidaan tulkita monena muuna arvoihin liittyvänä periaatteena. Tulosten voi olettaa olevan melko hyvin suuntaa antavia. Lisäksi luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa vas-

tausaineiston litterointi, eli purkaminen, sekä aineistonluokittelun onnistuminen.

7.4 Aineiston analysointi

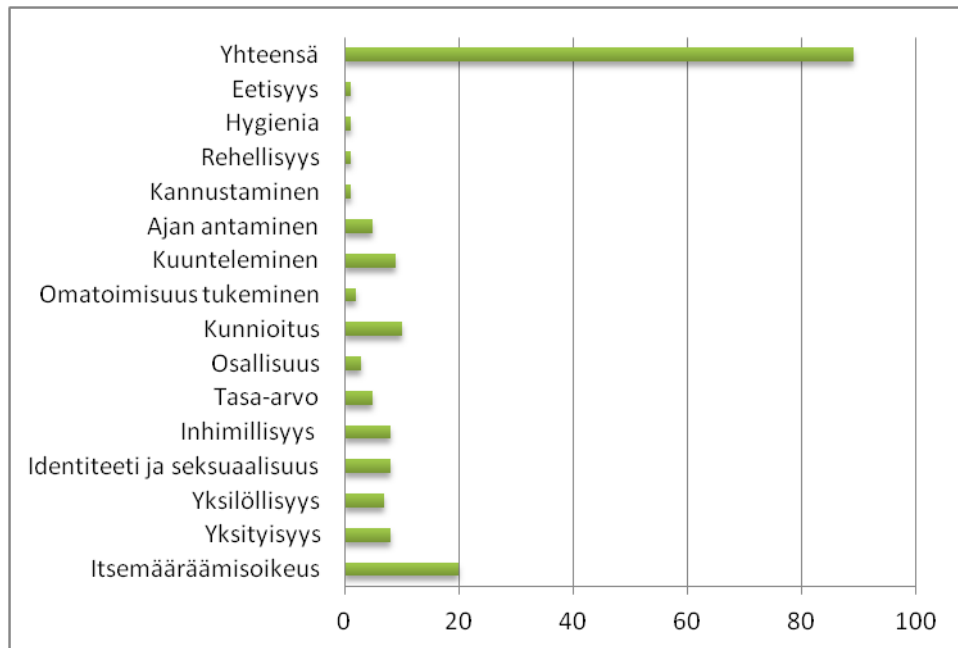
Aineiston luokittelu on tärkeä osa analyysiä. Luokittelu antaa pohjan ja kehykset, jonka varassa ryhmäkyselyn aineistoa voidaan tulkita, yksinkertaistaa ja tiivistää. Se on suoritettava, jos haluamme vertailla aineiston eri osia toisiinsa tai tyypitellä tapauksia. Luokittelussa on kyse aineiston päätelystä ja kun tämä vaihe on tehty, seuraavana vaiheena on aineiston uudelleen järjestely laaditun luokittelun mukaan. Tässä vaiheessa pohditaan luokittelun onnistuneisuutta. Luokkia saatetaan joutua pilkkomaan tai yhdistelemään uusiksi luokiksi, eli yhdistämään aineistoa. Yhdistäminen tarkoittaa yritystä löytää luokkien esiintymisen välillä samankaltaisuutta, tai säännönmukaisuutta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 147–149.)

Ryhmäkyselyn aineistoihin perustuvissa tutkimuksissa ja varsinkin kvalitatiivisissa analyysissä on pyrkimys päätyä onnistuneisiin tulkintoihin. Onnistuneen tulkinnan avainkriteerit ovat, että myös lukija omaksuu saman näkökulman ja löytää tekstistä samat asiat jotka tutkijakin löysi, riippumatta siitä onko hänen näkökulmansa samaa mieltä. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 151.)

8 RYHMÄKYSELYN TULOKSET

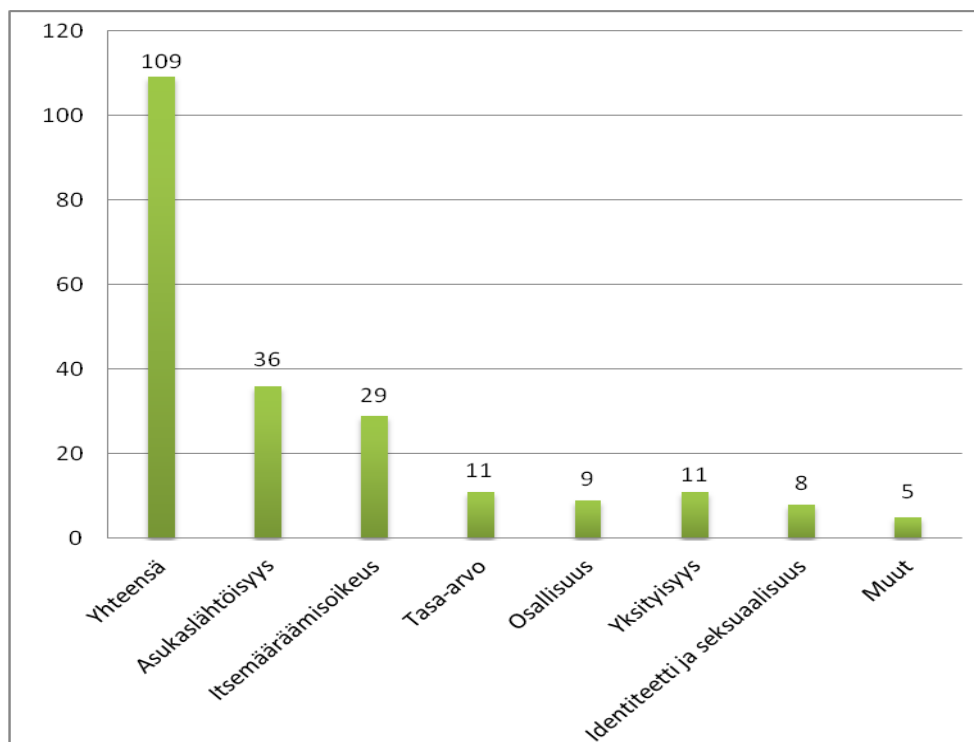
Lähdimme purkamaan tuloksia pian viimeisen ryhmäkyselyn jälkeen, jotta asiat olisivat tuoreessa muistissa. Analysointi osoittautui haastavaksi työvaiheeksi, johon osasimme osittain varautua. Lähdimme luokittelemaan aineiston samankaltaisten kanssa yhteen, jotta saimme tiivistettyä vastaukset helpommin analysoitaviksi.

Teimme ryhmäkyselyn aikana myös havainnointia osallistujien suhtautumisesta tilaisuuteen. HavaitSIMME osalla epäileväisyyttä ja epävarmuutta ottaa osaa ryhmäkyselyn kulkuun. Epäilyt tuntuivat kuitenkin hiukan hälvänevän tilaisuuden edetessä. Seuraavissa luvuissa tuomme tutkimustulokset esiin.



Kuvio 2. Arvojen, oikeuksien ja periaatteiden jakautuminen Kauniston palvelukeskuksen hoitajien ryhmäkyselyssä (n=22)

Ryhmäkyselyissä hoitajat kirjasiivat yhteensä 89 arvoa, oikeutta ja periaatetta, jotka jakaantuivat kuvion 2 osoittaman taulukon mukaisesti. Kyselyn ensimmäisessä vaiheessa arvoja nousi hyvin. Hoitajat olivat siis hyvin tietoisia siitä, minkälaisia erilaisia arvoja on ja minkälaiset arvot ohjaavat hoitotyötä. Selkeästi päällimmäiseksi arvoksi nousi itsemääräämisoikeus.



Kuvio 3. Työkäytänteiden jakautuminen kuuden otsikon alle

Hoitajilta nousi ryhmäkyselyn toisessa osuudessa 109 työkäytännettä, joiden jakautuminen on kuvattu kuviossa 3. Nämä työkäytännöt luokitteimme kuuden suuremman otsikon alle. Otsikot olivat tämän jälkeen asukaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, osallisuus, yksityisyys ja identiteetti sekä seksuaalisuus. Lisäksi tämän ulkopuolelle jäivät työkäytännöt, jotka eivät oikein soveltuneet nyt luokittelemiemme otsikoiden alle. Näitä olivat hoitotyön yleiset periaatteet, omat arvot, omat eettiset arvot, toteutus ja raha.

8.1 Asukaslähtöisyyttä ja itsemääräämisoikeutta tukevia työkäytänteitä

Asukaslähtöisyyttä tukevia työkäytänteitä hoitajat kirjasivat yhteensä 36 kappaletta. Kymmenessä kirjauksessa haluttiin asukkaat huomioitavan yksilöinä ja muistettavan, ettei kaikkia asukkaita voi lähestyä samalla tavalla. Tärkeänä pidettiin myös että asukkaiden menneisyys huomioidaan. Yhdeksän kirjauksista koski asukkaan mielipiteiden ja toiveiden kuuntelemista sekä niiden toteuttamista. Seitsemässä kirjauksessa haluttiin tukea asukaslähtöisyyttä antamalla aikaa ja olemalla aidosti läsnä. Neljässä kirjauksessa todettiin, että asukaslähtöisyys toteutuu tukemalla omatoimisuutta ja yhdessä pidettiin merkittävänä tekijänä asukaslähtöisyyden toteutumiseksi riittävää henkilökunnan määrää.

Itsemääräämisoikeutta tukevia työkäytänteitä hoitajat löysivät 29 kappaletta. Kirjauksista 16 tukisi itsemääräämisoikeuden toteutumista lähinnä kyselemällä asukkaalta, minkälaista vaatetusta, syömistä tai juomista hän haluaisi. Seuraavat 12 koki tärkeäksi tukea itsemääräämisoikeutta kuuntelemalla asukkaan toiveita ja mielipiteitä sekä kunnioittamalla niitä. Tärkeäksi koettiin myös että hoitajat ovat asukkaiden rinnalla kulkijoita, eivätkä määräämässä tai päättämässä mitä tai miten tulisi toimia. Tämän lisäksi muistutettiin, että hoitajilla on kuitenkin hoidollinen vastuu ja rajan veto on välillä vaikeaa sekä myös asukkaiden kykeneväisyys päättää asioista kyseenalaistettiin. Yhdessä kirjauksessa pidettiin tärkeänä kaltoin kohtelun esille nostamista, asiasta puhumista sekä sitä ettei epäinhimillisyyttä pidä hyväksyä.

8.2 Tasa-arvoa ja osallisuutta tukevia työkäytänteitä

Tasa-arvoa tukevia työkäytänteitä löytyi yhteensä 11. Neljä oli sitä mieltä, että kaikkia asukkaita tulisi kohdella tasa-arvoisesti, eikä ketään saisi suosia tai syrjiä. Kaksi pitää tärkeänä myös kilttien ja hiljaisten asukkaiden huomioimista. Kaksi määritteli tasa-arvon toteutumisen sillä, että vuodeasukkaita pitäisi nostaa ylös tasapuolisesti ja että myös heillä on mahdollisuus päättää ruoasta ja vaatteista. Yksi pitää tärkeänä, että hoitajat eivät ole stereotyyppisesti omien kokemustensa perusteella kaikkien haluavan hoitoa toteutettavan samanlaisesti. Yksi pitää tärkeänä toimimista niin kuin haluaisi itseään kohdeltavan. Yksi nosti esille, etteivät vaativan omaisen toiveet veisi aikaa muilta asukkailta.

Osallisuutta tukevia työkäytänteitä nousi yhdeksän. Viisi piti tärkeänä että kaikilla on oikeus osallistua kaikkeen toimintaan. Huomioitavaa olisi

myös asukkaan oikeus kieltäytyä osallistumasta toimintaan jos hän kokee sen epämiellyttäväksi. Kolme piti tärkeänä elämäntapaomakkeen ja omaisten huomioimista sekä hoitoon mukaan ottamista. Yksi piti osallistumisen kannalta tärkeänä kehumista ja kannustamista.

8.3 Yksityisyyttä sekä identiteettiä ja seksuaalisuutta tukevia työkäytänteitä

Yksityisyyttä tukevia työkäytänteitä nostettiin esille 11. Kuusi kunnioittaisi asukkaan omaa rauhaa hänen sitä halutessaan. Kolme piti tärkeänä että asukkaan yksityisistä asioista ei puhuta toisten kuullen, eikä asukkaaseen kohdistuvia intymiteettisuojaavia vaativia asioita tehdä toisten nähden. Kaksi piti tärkeänä että asukkaihin ei kosketa ennen kuin heille on kerrottu mitä aiotaan tehdä.

Identiteetin ja seksuaalisuuden tukemisen työkäytänteitä nousi kirjauksissa esille kahdeksan. Viisi katsoi tarpeelliseksi myönteisen minäkuvan tukemisen kehumalla ja kannustamalla. Yhdessä todettiin tärkeäksi asukkaita kohdeltavan edelleen miehinä ja naisina. Yhdessä kirjauksessa toivottiin laitoksessa muodostuneiden pariin kahdenkeskisten hetkien mahdollistamista. Yhdessä pidettiin tärkeänä antaa asukkaalle mahdollisuus omassa huoneessa rauhassa toteuttaa seksuaalisuuttaan.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa Kauniston palvelukeskuksen hoitajien tärkeiksi kokemia muistisairaana arvoja, oikeuksia ja periaatteita sekä kuinka niiden toteutumista voitaisiin tukea. Työn tavoitteena oli saada aikaan ryhmäkyselyjen avulla yhteistä pohdintaa arvoasioista sekä kiinnittää hoitajien huomio entistä enemmän muistisairaana kohtaamiseen ja työkäytänteisiin, niin että ne tukisivat arvojen ja oikeuksien toteutumista. Yhtenä osana opinnäytetyötä oli laatia taloon yhteinen arvotaulu ryhmäkyselyiden sekä teorian pohjalta.

Opinnäytetyön tarkoitus oli parantaa palvelukeskuksen asukaslähtöisen hoidon toteutumista ja vahvistaa hoitohenkilöstön valmiuksia kohdata käytösoireinen muistisairas arvoja ja oikeuksia kunnioittaen. Lisäksi tarkoituksena oli laaditun arvotaulun käyttöönotto Kauniston palvelukeskuksen hoitotyöhön.

Opinnäytetyön aiheen ja asiassisällön rajaaminen tuntui aluksi kovin vaikealta, sillä arvot ovat asiana niin laaja käsite. Opinnäytetyö rajautui lopulta käsittelemään arvoasioita käytösoireisen muistisairaana näkökulmasta. Tähän vaikutti omakohtainen kokemus ja tunne siitä, että nimenomaan käytösoireisen muistisairaana arvot eivät välttämättä toteudu. Heidät koetaan usein haastaviksi ja raskaiksi hoidettaviksi ja he herättävät negatiivisia tunteita hoitajissa. Tästä johtuen heidän itsemääräämisoikeutensa saataan mitätöidä.

Ryhmäkyselyn suunnittelu alkoi siitä, miten voisimme saada hoitajat pohtimaan arvoasioita. Päädyimme esimerkitapauksiin joiden avulla päästiin

mielestämme hyvin ohjaamaan ryhmäkyselyissä hoitajien ajatukset arvoasioihin. Hoitajille esitetyt esimerkkitapaukset olivat aitoja tapauksia ikääntyneen ja muistisairaahan kohtaamisesta ja työkäytänteistä. Otokset valikoitiin mahdollisimman monipuolisesti arvoja ja oikeusasioita ajatellen. Ne herättelivät hoitajat hyvin pohtimaan arvoasioita, koska valikoiduissa esimerkkitapauksissa arvot, oikeudet ja periaatteet eivät tulleet toteutuneeksi.

Ryhmäkyselyihin osallistujamääräksi ehdotimme tiiminvetäjäpalaverissa 1–2 hoitajaa järjestettyä kertaa kohden osastolta. Osastoja on Kaunistossa yhteensä 8, eli ajattelimme osallistujia olevan yhteensä 24–48. Tästä tavoitteesta jäimme hiukan, sillä osallistujia oli lopulta yhteensä 22. Tämä on noin viidesosa talossa työskentelevistä hoitajista. Ryhmäkyselyyn osallistuvat hoitajat kuitenkin osoittautuivat melko aktiivisiksi ja kiinnostuneiksi aihetta kohtaan. He myös kokivat aiheen työstämisen valitsemaamme metodilla mielekkääksi. Heidän oli selvästi helpompaa kirjoittaa ajatuksensa paperille kuin niin, että jokainen olisi vuorollaan vastannut ajatuksensa ääneen ryhmässä. Esimerkkimme aiheeseen johdattelussa tuntuivat heistä myös ajatuksia herätteleviltä ja helpottivat aiheen työskentelyssä.

Opinnäytetyön aiheen haasteellisuuden huomioon ottaen onnistuimme mielestämme kuitenkin melko hyvin pitämään työn sopivan tiiviinä. Etsimme tietoa teoriasta yleisemmistä muistisairailta esiintyvistä käytösoireista sekä hyväksi osoittautuneita työkäytänteitä muistisairaahan kohtaamiseen. Teoriatiedon avulla syventyi myös oma ymmärrys kohtaamisen tärkeydestä. Käytösoireiselle muistisairaalle sopivilla työkäytänteillä voi suoraan vaikuttaa hoitotoimien sujuvuuteen. Omalla arvostavalla kohtamisella ja toiminnalla voimme luoda turvallisuuden tunnetta ja näillä yksinkertaisilla tavoilla voimme vähentää muistisairaahan käytösoireita.

Arvokkaaseen käytösoireisen muistisairaahan kohtaamiseen kuuluvat itsemääräämisoikeuden, osallisuuden, tasa-arvoisen kohtelun, yksityisyyden ja identiteetin sekä seksuaalisuuden tukeminen. Näiden asioiden kunnioittaminen pitäisi kuulua hyvin olennaisena osana heidän parissaan työskentelevien hoitajien arvomaailmaan. Niiden toteutuminen ei vie paljoa aikaa eivätkä ne vaadi hoitajilta kuin toisen asemaan asettumista. Pysähtymistä työn lomassa miettimään: miten haluaisin itseäni tässä tilanteessa kohdeltavan? Etenkin muistisairaahan saatetaan helposti ajatella olevan kykenemätön tekemään päätöksiä, mutta siltikin hän on yhtä oikeutettu itsemääräämisoikeuden toteutumiseen kuin kuka toinen tahansa.

Henkilökunnan lisäkoulutuksella voitaisiin mahdollisesti parantaa käytösoireisen muistisairaahan arvokasta kohtaamista ja sen myötä heille tarjotavan palvelun ja hoivan laatua. Muistisairaudet lisääntyvät vuosi vuodelta ja sen myötä myös erilaiset käytösoireet. Oikeat asenteet ja arvostava suhtautuminen auttaa hoitohenkilökuntaa paremmin pärjäämään heidän kanssaan ja sen myötä myös oma jaksaminen työssä paranee.

Tämä opinnäytetyö osoittaa sen, että Kauniston palvelukeskuksen hoitajien keskuudessa erilaisia arvoja käytösoireisen muistisairaahan osalta tiede-

tään melko hyvin, mutta ne osoittautuivat aineistoa purettaessa yksipuoleiseksi, eikä niitä tukevia työkäytänteitäkään osattu löytää kovin kattavasti. Hämmäntävää oli huomata, kuinka selvästi itsemääräämisoikeus nousi yhdeksi tärkeäksi arvoksi, mutta sitä tukevaksi työkäytänteeksi löytyivät vain lähinnä ruokaan ja vaatetukseen liittyvät asiat. Tästä voisi kuvitella, että hoitajat kokevat itsemääräämisoikeuden toteutuvan sillä, että ikääntyneeltä kysytään vain ruoka tai vaatetus mieltymystä.

Vastauksien yksipuolisuuteen on voinut vaikuttaa se, että hoitajilla on syntynyt ajatuksia ja ideoita vielä ryhmäkyselyn jälkeen. Moni oli sitä mieltä, että ideoita olisi tullut lisää vielä tapaamisenkin jälkeen. Tästä voimme kuitenkin päätellä, että arvokeskustelu käynnistyi ja tätä myötä myös talon yhteinen kehittämistarve.

Arvokeskustelua olisi hyvä myös jatkossa jatkaa ja sen kehittymistä hyvä arvioida säännöllisin väliajoin. Arvojen toteutumissa on vielä puutteita ja hoitajien tietoisuus muistisairaana oikeuksista osittain puutteellista. On hoitajia, jotka tiedostavat ja pyrkivät työssään asukaslähtöiseen ja arvoja tukevaan hoitotyöhön. Osa hoitajista kokee muistisairaana sekä varsinkin käytösoireisen menettäneen oikeuden päättää omista asioista. Näin ei kuitenkaan ole, vaan muistisairaalla on yhtäläinen oikeus päättää omista asioistaan, kuin kenellä muullakaan tahansa.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut myös meille melkoinen matka arvoasioihin. Arvot käsitteenä eivät ole yksiselitteinen asia. Ihmisen arvot voivat pohjautua oikeuksiin ja periaatteisiin, mutta niitä voivat ohjata myös ihmisen itsensä muokkaamat käsitykset oikeasta ja väärästä. Olemme myös omalta osaltamme saaneet opinnäytetyötä tehdessämme uusia näkökulmia muistisairaana hoitotyöhön.

Arvoja ja oikeuksia pidetään automaattisesti itsestään selvyytenä, mutta voivatko ne olla, koska arvojen ja oikeuksien nimeäminen äkkiseltään saattaakin olla hankalaa. Opinnäytetyön ja ryhmäkyselyn työstämisen aikana olemme pohtineet omaa asennoitumista arvoihin ja oikeuksiin sekä kuinka tukea niiden toteutumisessa muistisairasta. Mielestämme arvojen ja oikeuksien toteutuminen ei ole huonolla tolalla niin sanotun tavallisen muistisairaana kohdalla, mutta käytännön kokemukseen peilaten käytösoireisen muistisairaana arvot ja oikeudet eivät välttämättä aina toteudu ja niitä saatetaan mitätöidä.

Opinnäytetyöhön kuului yhtenä osana Kauniston palvelukeskuksen arvotaulun laadinta. Työnantajan edustaja antoi mahdollisuuden käyttää arvotaulun toteutuksessa kaupungin graafisen puolen osajia ja monistamopalvelua. Sekä meille että työnantajan edustajalle on tärkeää, että arvotaulun visuaalisuuteen panostetaan, sillä se tulee esille koko taloon.

LÄHTEET

- Boud, D. & Feletti, G. 1999. Ongelmalähtöinen oppiminen. Helsinki: Hakapaino.
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit, 234–243
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.
- Järnström, S. 2011. "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni" : etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere : Tampereen Yliopistopaino Juvenes Print.
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia: arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kivelä, S-L. & Vaapio, S. 2011. Vanhana tänään: kohtaavatko tiedot, suositukset ja arkipäivän kokemukset toisensa ikääntyneiden ja vanhusten hoidossa ja palveluissa? Helsinki: Suomen Senioriliike.
- Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon: hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Kontula, O. 2011. Minkä nuorena oppii, sen vanhana taitaa. Teoksessa Leinonen, A. & Syrjälä, J. (toim.) Kosketuksen kaipuu: kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto: Vammalan kirjapaino, 8, 16.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2008. Iäkkään masennus: tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 133.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lyyra, T-M., Pikkarainen, A. & Tiikkanen, P. 2007. Vanheneminen ja terveys. Tampere: Tammer-Paino Oy, Edita.

Näslindh-Ylispanjar, A. 2012. Vanhuksen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän edistäminen. Helsinki: Edita.

Rahkonen, T. & Laurila, J. 2008. Äkillinen sekavuustila. Teoksessa Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) Geriatria: arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita Prima, 71, 73.

Ranta, I., Matikainen, A., Hahtela, N., Suutarla, A. & Suomen sairaanhoitajaliitto. 2012. Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Helsinki: Fioca.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuhkasaari, P. 2011. Arvostus miehenä ja naisena. Teoksessa Leinonen, A. & Syrjälä, J. (toim.) Kosketuksen kaipuu: kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto: Vammalan kirjapaino, 55.

Virkola, C. & Vuori, U. 2004. Dementiamailma: perustietoa dementia-ammatti-ihmisille, opiskelijoille ja omaisille. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Wickman, J. 2011. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöt. Teoksessa Leinonen, A. & Syrjälä, J. (toim.) Kosketuksen kaipuu: kypsän iän seksuaalisuus. Helsinki: Väestöliitto: Vammalan kirjapaino, 85.

INFORMATIIVINEN KIRJE HOITAJILLE

Hei!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijat Hämeen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Kauniston palvelukeskukselle aiheesta arvojen ja asenteiden merkitys käytösoireisen muistisairaahan kohtaamisessa. Opinnäytetyön yhtenä osana suositamme hoitajille ryhmäkyselyn asukkaiden arvoista ja oikeuksista sekä siitä, kuinka ne tulisi toteuttaa. Tulosten pohjalta laadimme taloon yhteisen arvotaulun.

Järjestämme hoitajille kolme samansisältöistä tilaisuutta Kauniston neuvotteluhuoneessa. Tilaisuus kestää tunnin. Tilaisuuteen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivomme hoitajilta aktiivisuutta yhteisen kehittämistarpeen eteenpäin viemiseksi. Osastoilta toivotaan osallistuvan 1-2 hoitajaa / kerta.

Ota siis hetken irti työstä ja tule pohtimaan yhteistä arvoasiaa kahvikupillisen ja pullan ääreen.

Ystävällisin terveisin Sanna Sintonen ja Mirva Tuominen

ESIMERKKITAPAUKSET

Asiakas oli syömässä hitaasti, kun hoitaja tuli ja alkoi syöttää häntä. Hoitaja syöti häntä vieressä seisoen ja sanoi välillä ”ota nyt!”, kun asiakas ei pysynyt rivakan syöttämisen tahdissa mukana. (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava, 2007, 106.)

Asiakas osoitti koko päivän aikana ensimmäistä kertaa iloa saadessaan olla vuorovaikutuksessa ja saadessaan kokeiltavakseen taikinanpalan. Hoitaja suhtautui tilanteeseen käytännöllisesti siten, että koska leipominen ei onnistunut, otti hän taikinan pois. (Topo ym. 2007, 105.)

Usein asukkaalta ei kysytä esimerkiksi, kuinka hän haluaa nauttia aamupuuronsa (kiiselillä, voisilmällä tai sokerilla) vaan sen päättää hoitaja asukkaan puolesta. Myös asukkaiden voileivät tehdään puolesta.

Vanhainkodissa asuva Maija Koskinen istuu pyörätuolissa ruokasalissa. Pöydällä on edessä juomamukissa mehua. Hän ei pysty itse liikuttamaan tuoliaan. Hän pyytää päästä vessaan. Yksi paikalla oleva hoitaja käy selittämässä Maijalle, että ei voi viedä tätä vessaan. Muut hoitajat ovat asukashuoneessa. Tilanne toistuu samanlaisena useita kertoja. Välillä hoitajat eivät ohi mennessään millään lailla reagoi Maijan ahdinkoa, välillä pysähtyvät muutamalla sanalla lohduttamaan, ja lopulta Maija viedään huoneeseensa. Samalla hoitaja tuumaa työläntyneenä Maijalle: ”kyllä tää sun elämä on yhtä vessareisua”. (Topo ym. 2007, 78–79.)

Vanhukset näyttävät usein olevan vaipoissa varmuuden vuoksi, vaikka varsinaista pidätkyvyttömyyttä ei olisi (Järström 2011, 180).

Hoitaja korjaa yhteisissä tiloissa naisasukkaan housujen asentoa reippaasti ja kyselee, ”onko huonosti”.

Asukas ohjataan huoneeseensa ja sanotaan samalla kovalla äänellä: ”mennäänkö pissalle, kun ei olla pitkään aikaan oltukkaan.”

Hoitaja kysyy asiakkaalta, joka on koko päivän aikana vaihtanut vain muutaman sanan pöytätoverinsa kanssa: ”mitäs hän?” ja laittaa käden tämän harteille. Asiakas katsahtaa taakseen ja alkaa hiljaisella äänellä vastata kysymykseen, mutta hoitaja ei sitä enää kuule, koska on jo mennyt toisen asukkaan luo. (Topo ym. 2007, 108.)

Erityisesti hoitolaitoksissa asuvilla iäkkäillä esiintyy univaikeuksia (Kan & Pohjola 2012, 140). Väkinen nukkumaan yritys voi johtaa unettomuuteen tai nukkumispelkoon (Kan & Pohjola 2012, 143).

Pitkäaikaishoidon asukkaalle jutellaan vasta sen jälkeen kun asentoa on jo kohennettu sanomatta hänelle mitään tai varoittamatta häntä ennen kuin häneen tartuttiin (Topo ym. 2007, 106).

Usein naisvaltaisessa hoitoyhteisössä tuetaan luontevasti naisten sukupuolista identiteettiä, mutta miesten kohdalla saatetaan ajatella mitätöidä miehisyttä ja tästä johtuen

useimmiten koetaan miehillä esiintyvän naisia enemmän häiritsevää seksuaalista käyttäytymistä (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 580).

Hoitolaitoksessa vanhojen ihmisten seksuaalisia tarpeita vähätellään ja niistä puhuminen voi johtaa torjuntaan ja vihamielisyyteen (Näslindh-Ylispangar 2012, 73).

Laitoshoidossa valitettavan usein pyritään rajoittamaan seksuaalisuutta pelkäämistä kädestä pitämiseen, hyväilemiseen ja poskisuudelmiin, koska seksiä pidetään tabuna tietoisesti ja sen tavoite on hoitohenkilöstön vaivattomuus ja mukavuus (Kan & Pohjola 2012, 91).

Työntekijät määrittelevät toisinaan sen, onko asukkaalla lääkärille asiaa vai ei. Asioita ei selvitetä asukkaalle kovin kattavasti (Järnström 2011, 254).

Asukas tuodaan päiväsaliin geriatriatuolissa istumaan. Hiukset vaikuttavat kampaamattomilta, luomet osittain raollaan, koska ripset ovat takertuneina kiinni rähmästä.

Vanhustyön messuilla 2014 haastattelimme transvestiittiä ja hän kertoi pelkäävänsä ikääntymisen myötä mahdollista hoitolaitokseen siirtymistä ja henkilökunnan suhtautumista häneen.