

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU  
Hoitotyön koulutusohjelma

Mia Kosonen  
Noora Kuikka

MUISTISAIRAAN KÄYTÖSOIREET HOITAJIEN KOKEMANA  
Tunne- ja ongelmakeskeiset selviytymiskeinot hoitotyössä

Opinnäytetyö  
Elokuu 2016



**OPINNÄYTETYÖ**  
**Toukokuu 2016**  
**Hoitotyön koulutusohjelma**

Tikkarinne 9  
80200 JOENSUU  
p. 050 405 4816

**Tekijät**

Mia Kosonen, Noora Kuikka

**Nimeke**

Muistisairaahan käytösoireet hoitajien kokemana – Tunne- ja ongelmakeskeiset selviytymiskeinot hoitotyössä

**Toimeksiantaja**

Kiteen kaupunki, Kiteen hoivakoti ja Rantapiha

**Tiivistelmä**

Muistisairaus voi aiheuttaa haitallisia muutoksia käyttäytymisessä ja tunne-elämässä. Näitä muutoksia kutsutaan käytösoireiksi. Käytösoireet voidaan jaotella ulkoapäin havaittaviin käyttäytymisen oireisiin sekä psykologisiin mielensisäisiin oireisiin. Käytösoireet voivat aiheuttaa hoitotyön kentällä haasteellisia tilanteita, joiden ratkaisuun tarvitaan tunne- ja ongelmakeskeisiä selviytymiskeinoja.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Kiteen tehostettujen palveluasumisen yksiköiden hoitajien kokemuksia muistisairaiden käytösoireiden kohtaamisesta, sekä selvittää heidän omia selviytymiskeinojaan hoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietoa, kuinka hoitajat kokevat omat selviytymiskeinonsa. Kvalitatiivinen opinnäytetyö toteutettiin Kiteen kaupungin, Kiteen hoivakodin ja Rantapihan toimeksiannosta.

Tutkimuksessa selvisi hoitajien kohtaavan useita erilaisia käytösoireita työssään, mutta myös selviytymiskeinojen kirjo oli laaja. Selviytymiskeinot olivat sekä tunne- että ongelmakeskeisiä. Opinnäytetyömme tutkimustuloksia voidaan hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä ja hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin ja työtapojen kehittämisessä. Jatkotutkimusmahdollisuuksia ovat selviytymiskeinojen ja työhyvinvoinnin välisen yhteyden selvittäminen ja lisäkoulutuksen vaikutus muistisairaahan asiakkaan kohtaamisessa.

**Kieli**

suomi

Sivuja 44

Liitteet 5

**Asiasanat**

muistisairaus, käytösoireet, tehostettu palveluasuminen, selviytymiskeinot



**THESIS**  
**May 2016**  
**Degree Programme in Nursing**

Tikkarinne 9  
80220 JOENSUU  
FINLAND  
Tel. +358 50 405 4816

**Authors**

Mia Kosonen, Noora Kuikka

**Title**

Behavioural Symptoms in Patients with Memory Disorders Experienced by Nurses – Emotion-Focused and Problem-Focused Coping Strategies in Nursing Care

**Commissioned by**

City of Kitee, Nursing Home of Kitee and Rantapiha

**Abstract**

A memory disorder can lead to harmful changes in a person's behaviour and emotional life. These changes are called behavioural symptoms. The symptoms can be observable from the outside, that is, they are behavioural, or they are inside one's mind, that is, psychological. Behavioural symptoms can cause challenging situations in the field of nursing care, and thus, emotion-focused and problem-focused coping strategies are needed.

The purpose of the thesis was to study nurses' experiences and coping strategies in facing behavioural symptoms. The aim was to find out how nurses experience their own coping strategies and whether or not they are adequate. This qualitative thesis was commissioned by the city of Kitee, Nursing Home of Kitee and Rantapiha enhanced housing services.

The study results showed that nurses face many behavioural symptoms in everyday work. They also have many personal coping strategies, both emotion-focused and problem-focused. The results of this thesis can be utilized in the field of nursing and in the development of employee's wellbeing at work and work practices. Future research plans could be studying the connection of coping strategies and wellbeing at work or finding out the impact of further education in encountering a person with a memory disease.

**Language**

Finnish

Pages 44

Appendices 5

**Keywords**

Memory disease, behavioural symptoms, enhanced housing services, coping strategies

# Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto .....	5
2	Muistisairaudet ja käytösoireet.....	6
2.1	Etenevät muistisairaudet .....	7
2.2	Masentuneisuus, ahdistuneisuus ja apatia .....	9
2.3	Levottomuus ja aggressiivisuus .....	10
2.4	Psykoottisuus, sekavuustila ja harhaluulot .....	11
2.5	Unihäiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja persoonallisuuden muutos ...	12
3	Muistisairaahan asiakkaan hoitajana .....	13
3.1	Käytösoireiden lääkkeetön hoito .....	14
3.2	Hoitajien selviytymiskeinot.....	16
4	Tehostettu palveluasuminen .....	18
4.1	Kiteen hoivakoti .....	19
4.2	Rantapiha .....	19
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä .....	20
6	Tutkimusmenetelmät.....	20
6.1	Teemahaastattelu .....	21
6.2	Haastattelun toteutus.....	22
6.3	Sisällönanalyysi .....	23
7	Opinnäytetyön toteutus .....	24
7.1	Toteutuksen vaiheet .....	24
7.2	Analyysiprosessi .....	25
8	Opinnäytetyön tulokset .....	26
8.1	Hoitajien kokemat käytösoireet.....	26
8.2	Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot .....	28
8.3	Tunnekeskeiset selviytymiskeinot.....	30
9	Pohdinta.....	33
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	33
9.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	35
9.3	Tutkimuksen eettisyys .....	38
9.4	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu.....	39
9.5	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet .....	40
	Lähteet.....	41

Liitteet

Liite 1	Saatekirje
Liite 2	Teemahaastattelurunko
Liite 3	Tutkimuslupa
Liite 4	Toimeksiantosopimus
Liite 5	Sisällönanalyysitaulukko

## 1 Johdanto

Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä kasvaa. Suomessa vuosittain muistisairauksiin sairastuu noin 13 000 henkilöä, mikä tarkoittaa 36:ta muistisairaus- diagnoosia päivittäin. Muistisairaudet eivät ole vain iäkkäiden sairauksia, vaan niihin voi sairastua myös työikäisenä. Arvioidaan, että vuonna 2020 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairastavia henkilöitä on noin 130 000. Suurimpana ympärivuorokautisen hoidon tarpeen syynä ovat muistisairaudet. Tavoitteellinen ja kuntoutumista edistävä ympärivuorokautinen hoitotyö ovat merkkejä korkealaatuisesta hoidosta. Kuntoutumisen ja toimintakyvyn edistämisen perustana ovat mielekäs tekeminen ja säännöllinen päivärytmi. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012, 7–13.)

Muistisairaiden käytösoireisiin liittyvät tilanteet voivat olla joskus hoitajista haasteellisia ja stressaavia. Selviytymiskeinot ovat henkilön tilannekohtaisia tapoja vastata ympäristön luomiin haasteisiin, ja ne jaetaan tunne- ja ongelmakeskeisiin keinoihin. (Folkman, Lazarus, Gruen & DeLongis 1986, 571–579.)

Opinnäytetyön toimeksiannon saimme Kiteen kaupungilta, Kiteen hoivakodin ja Rantapihan yksiköistä. Nämä kaksi tehostetun palveluasumisen yksikköä hoitavat pääasiassa muistisairaita henkilöitä. Aiheeksemme valikoitui muistisairaiden käytösoireet ja niiden vaikutus hoitajien päivittäiseen työskentelyyn. Aiheemme valintaan vaikuttivat omakohtaiset kokemukset hoitotyön kentältä sekä kiinnostus vanhustyöhön. Koulutuksessamme muistisairaiden käytösoireita käsitellään hyvin vähän, ja tämäkin omalta osaltaan kannusti meitä tutkimaan tätä aihetta. Toivoisimme, että yhteiskunnassamme ikäihmiset saisivat mahdollisimman hyvää hoitoa elämänsä loppuun saakka. Tutkimme myös hoitajien selviytymiskeinoja, koska ne ovat yhteydessä stressaavista työtilanteista selviytymiseen ja auttavat näin ollen hyvän hoidon turvaamisessa.

## 2 Muistisairaudet ja käytösoireet

Muistisairaus heikentää muistin lisäksi myös muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten esimerkiksi hahmottamista, kielellisiä toimintoja ja toiminnanohjausta. Muistisairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä ja tunne-elämässä kutsutaan käytösoireiksi. Englanninkielinen määritelmä käytösoireille on Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD. Käytösoireet vaikuttavat merkittävästi potilaan ja hänen läheistensä elämänlaatuun. Lisäksi ne lisäävät terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja laitoshoitoon joutumista. Muistisairautta sairastavista 90 prosentilla esiintyy jossakin vaiheessa käytösoireita. (Käypä hoito -suositus 2010a.) Käytösoireiden syntyyn vaikuttavat dementoivan sairauden lisäksi myös vahvasti henkilön elinympäristö ja persoonallisuus. Selvitettäessä käytösoireiden syntyä olisi tärkeää etsiä oireiden laukaisevia tekijöitä. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 2006, 14–16.)

Käytösoireet voidaan jaotella ulkoapäin havaittaviin käyttäytymisen oireisiin sekä mielensisäisiin psykologisiin oireisiin. Psykologisia käytösoireita ilmenee etenkin lievissä ja keskivaikeissa demensioissa. Niihin lukeutuvat unihäiriöt, masennus, ahdistuneisuus, virhetulkinnat sekä erilaiset aistiharhat ja harhaluulot. Käyttäytymisen oireista etenkin psykoottiset oireet liittyvät keskivaikeaan ja vaikeaan dementiaan. Muut käyttäytymisen oireet, kuten levottomuus, seksuaalisen käytöksen muutokset ja aggressiivinen käyttäytyminen ovat seurausta etenevien muistisairauksien aikaansaamasta oman tunnekontrollin heikkenemisestä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 232–233.)

Käytösoireiden hoito on aiheellista silloin, kun ne heikentävät henkilön toimintakykyä, itsestään huolehtimista tai vuorovaikutusta toisten kanssa. Hoito on syytä aloittaa, jos käytösoireet rasittavat potilasta tai käytösoireiden vuoksi omaiset eivät jaksakaan enää hoitaa omaistaan. Hoito on aiheellista myös, jos käytösoireista aiheutuu vaaraa henkilölle itselleen tai ympäristölle. (Koponen 2010.) Hoidossa joudutaan usein tyytymään osittaisiin hoitotuloksiin tai oireiden lievittymiseen. Lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia ja hoitoympäristön muokkaaminen turvallisiksi tärkeää. (Sulkava ym. 2006, 18–19.)

## 2.1 Etenevät muistisairaudet

**Alzheimerin tauti** on etenevistä muistisairauksista yleisin. Sairaus etenee tavallisesti tasaisesti ja vaiheittain hitaasti (Käypä hoito -suositus 2010a). Yksilöllisesti etenevä Alzheimerin tauti jakautuu kolmeen eripituiseseen vaiheeseen: alku-, keski- ja loppuvaiheeseen. Alkuvaiheessa, joka on kestoaltaan 3–7 vuotta, on tunnistettavissa jo käytösoireita kognitiivisten oireiden lisäksi. Vieraassa ympäristössä toimiminen voi olla epävarmaa, koska tilojen hahmottaminen vaikeutuu. Henkilö voi olla ahdistunut, ärtynyt ja masentunut mielialanmuutoksista johtuen. Keskivaiheen aikana, joka kestää 2–4 vuotta, päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti selviytyminen muuttuu merkittävästi vaikeammaksi. Sairastuneella ilmenee erilaisia sekavuus- ja harhatiloja sekä häiriöitä uni-valverytmissä. Taudin loppuvaiheessa, joka kestää 1–5 vuotta, henkilö on jo avusta riippuvainen päivittäisessä elämässä. Henkilö ei yleensä ole aikaan tai paikkaan orientoitunut, eikä tunnista hänelle tuttuja ihmisiä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 60–64.)

**Vaskulaariset dementiat** ovat nimensä mukaisesti verenkiertoperäisiä. Aivokudos on vaurioitunut verenkiertohäiriöiden ja aivomuutosten johdosta. Syitä vaskulaariseen dementiaan sairastumiseen ovat esimerkiksi aivoverenvuodot, aivoverenkiertohäiriöt ja aivoverisuonten sairaudet. Toiseksi yleisimpänä keskivaikean ja vaikean dementian syynä vaskulaariset dementiat aiheuttavat Suomen dementioista yksinään 15–20 prosenttia. Lisäksi aivoverenkierron häiriöiden aiheuttamia muutoksia voi esiintyä muiden tautien lisänä. Vaskulaarisen dementian oireet ovat liitännäisiä siihen, missä kohdassa verenkiertohäiriö aivoissa tarkalleen sijaitsee. Portaittain etenevä sairaus alkaa yleensä nopeasti, ja sen syy voidaan yhdistää tiettyyn tapahtumaan, esimerkiksi tulehdustautiin. Motorisiin oireisiin lukeutuvat kävelyvaikeudet, häiriöt virtsaamisessa ja näköhäiriöt. Ei-motorisia oireita ovat muistiongelmien, ailahteleva tunne-elämä ja häiriö oman toiminnan ohjaamisessa. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 72–75.) Käytösoireita esiintyy vaskulaarisissa dementioissa yhtä paljon kuin Alzheimerin taudissa, mutta kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä ne eivät lisäänty samalla

tavoin kuin Alzheimerin taudissa. Käyttöoireista tavallisimpia ovat unihäiriöt, masennus ja ahdistuneisuus. (Sulkava ym. 2006, 8.)

Parkinsonin tauti on neurologinen sairaus, jossa dopamiinia käyttävien hermosolujen määrä vähenee (Käypä hoito -suositus 2010b). Parkinsonin tautiin sairastutaan yleensä 50–70 ikävuoden välissä. Parkinsonin taudin oirekuvaan liittyy lepovapinaa, liikkeiden hidastumista eli hypokinesiaa sekä lihasjäykkyyttä eli rigiditeettiä. Taudin alkuvaiheessa on tyypillistä oireiden toispuolinen esiintyminen sekä hidas eteneminen. Suomessa 3000:lla sairastuneista diagnosoidaan jossain vaiheessa **Parkinsonin taudin muistisairaus**. Kokonaisuudessaan Suomessa on noin 10 000 Parkinsonin tautia sairastavaa. (Muistisairauksien Käypä hoito-työryhmä 2010a.) Parkinsonin taudin demencian oireisiin kuuluvat näköhallusinaatiot, masennus, ahdistuneisuus, unihäiriöt ja erilaiset kognitiiviset ongelmat (Alzheimer's association 2016).

**Lewyn kappale -tauti** on rappeuttavista aivosairauksista toiseksi yleisin Alzheimerin taudin jälkeen. Siihen sairastutaan yleisimmin yli 65-vuotiaana, ja sitä esiintyy hieman useammin miehillä kuin naisilla. Lewyn kappale -taudissa on paljon yhteneviä piirteitä Parkinsonin ja Alzheimerin taudin kanssa, koska aivoissa tapahtuu samankaltaisia muutoksia. Kuten edellä mainitut, tämäkin sairaus alkaa hitaasti ja sille ei ole olemassa parantavaa hoitoa. (Atula 2015.) Taudin tyypilliseen oirekuvaan liittyvät älyllisen toimintakyvyn heikentyminen, viireystilan vaihtelut sekä tarkkaavaisuuden häiriöt. Lewyn kappale -taudille on tavallista lievemmat Parkinsonin taudin kaltaiset oireet, kuten hitaus ja jäykkyys. Demenciaoireet lisääntyvät vähitellen. Taudin kuvaan kuuluu myös vahvasti tyypillisesti yksityiskohtaiset näköharhat. Lewyn kappale -potilaalle ovat tavallisia myös selittämättömät kaatumiset, pyörtymiset sekä äkkikipikaisuus ja aggressiivisuus. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 88–90.)

**Frontotemporaalinen dementia** on aivojen otsalohkoa vaurioittavien sairauksien aiheuttama. Näistä sairauksista käytetään yhteisnimitystä frontotemporaaliset degeneraatiot. Degeneraatioiden oireista käyttöoireet ovat näkyvimpiä. Taudin keskimääräinen kestoaika on kahdeksan vuotta, sen alkaessa yleensä 45. ja 65. ikävuoden välissä. (Aejmelaeus ym. 2007, 223.) Frontotemporaalinen



dementia on työikäisillä toiseksi yleisin dementiaan johtava sairaus. Sille on tyypillistä hidas alku ja eteneminen sekä sairautentunnon varhainen heikentyminen. Oireet painottuvat sosiaalisen käyttäytymisen ja tunne-elämän muutoksiin. Käyttöoireita ovat esimerkiksi impulsiivisuus, estottomuus, tahdittomuus ja seksuaalispainotteiset puheet. (Remes 2010, 2189–2190.)

## **2.2 Masentuneisuus, ahdistuneisuus ja apatia**

Masennus voi muistisairaudessa olla erotusdiagnostisesti vaikea oire, mutta silti yleisin käyttöoireista (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 60–64). Vaikeaa masennusta esiintyy muistisairailla keskimäärin 5-15 prosentilla ja lievää noin 25 prosentilla. Lisäksi jossain muistisairauden vaiheessa yksittäisiä masennusoireita havaitaan noin puolella sairastuneista. Muistisairauden alkuvaiheessa esiintyy masennusta yleisimmin. Arkipäiväisistä toiminnoista selviytymisen vaikeutuminen ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen voivat aiheuttaa masentuneisuutta. (Koponen 2010.)

Lievässä dementiaassa ahdistuneisuudentunteet ovat tavallisia. Silloin sairastunut henkilö kykenee vielä tunnistamaan sairauden tilansa. Vaikeissa dementian muodoissa ahdistuneisuus näkyy yleensä poikkeavana käytöksenä, kuten aggressiivisuutena tai levottomuutena. Myös somaattiset sairaudet, lääkkeet sekä harhaluulot ja aistiharhat voivat lisätä muistisairaahan ahdistuneisuutta. Lisäksi dementiaa sairastavan ahdistuneisuuden taustalla voivat olla esimerkiksi alkoholin vieroitusoireet, unilääkkeiden lopetus tai vieras ja rauhaton ympäristö. (Sulkava ym. 2006, 24–25.)

Apatialla tarkoitetaan tunne-elämän latistumista ja yleistä motivaation ja mielenkiinnon katoamista. Henkilö ei tunne enää mielenkiintoa itsestään huolehtimiseen tai muihinkaan asioihin. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 179–180.) Kolmanneksella muistisairaista esiintyy apatiaa ja lisäksi noin 80 prosentilla on päivittäisistä toiminnoista selviytymistä heikentäviä ongelmia aloitekyvyssänsä (Koponen 2010).

Vaskulaarisessa dementiassa muistiongelmät ovat yleensä lievempiä kuin Alzheimerin taudissa. Älylliset muutokset voivat tapahtua hyvinkin portaittain, joten sitä sairastavat henkilöt voivat olla pidempään tietoisia toimintakykynsä heikkenemisestä. Tämä johtaa masennukseen ja ahdistuneisuuteen. Taudinkuvaan kuuluu muutenkin ailahtelevainen tunne-elämä. (Erkinjuntti & Huovinen 2003, 60–64.)

Hollantilaisessa tutkimuksessa Parkinsonin tautia sairastavien ei-motorisista oireista todettiin, että 45 prosentilla tutkittavista ilmeni masennuksen oireita. Riskitekijöitä masennukseen sairastumiseen Parkinsonin tautia sairastavilla ovat levottomuus, apatia, unettomuus ja kognitiivisten toimintojen heikkeneminen. Parkinsonin tautia sairastavilla masennukseen ei välttämättä puututa riittävästi. (Weerkamp, Bloem, Koopmans, Munneke, Poels, Tissingh & Zuidema 2013.)

### **2.3 Levottomuus ja aggressiivisuus**

Muistisairaahan levottomuus ja aggressiivisuus voivat olla fyysistä tai verbaalista. Fyysinen aggressiivisuus voi ilmetä hoitajiin tai omaisiin kohdistuvana voimankäyttönä ja väkivaltana. Fyysisellä levottomuudella tarkoitetaan esimerkiksi jatkuvaa kävelyä ja muunlaista toistuvaa kehonliikettä sekä touhuilua. Verbaalinen aggressiivisuus voi olla yleistä vihamielisyyttä tai kieltäytymistä arjen päivittäisten toimintojen suorittamisesta. Verbaalista levottomuutta voi olla esimerkiksi samojen asioiden jatkuva toistaminen. (Aejmelaeus ym. 2007, 235–238.)

Dementoituva henkilö voi käyttäytyä aggressiivisesti, koska rajoittuneen kommunikointikyvyn vuoksi se saattaa tuntua ainoalta tavalta ilmaista muun muassa pelkoa ja turhautumista. Kyse on primitiivireaktiosta sairastavalle vaikeassa tilanteessa. Tällaisia tilanteita voivat olla esimerkiksi ympäristön levottomuus ja intiimialueisiin koskeminen pesutilanteissa. Näissä tapauksissa sairastunut voi fyysisesti aggressiivisesti kajota hoitajaansa tai käyttää karkeita ilmaisuja. (Telaranta 2014, 84–85.) Muita syitä aggressiiviseen käytökseen voivat olla esimerkiksi kipu, aktiviteettien liiallinen määrä tai epäkelpo elinympäristö. Syyt vaihtelevat sisäisten ja ulkoisten tekijöiden välillä. Myös hallusinaatiot voivat

aikaansaada aggressiivista käytöstä, kun henkilö kokee olonsa uhatuksi harhojen vuoksi. (Moniz-Cook 2011, 86–87.)

## **2.4 Psykoottisuus, sekavuustila ja harhaluulot**

Harhaluulot eli deluusiot tarkoittavat epärealistisia uskomuksia, ja niiden taustalla on yleensä kokemuksen tai havainnon väärä tulkinta (Huttunen 2014a). Muistisairauden ensioireena ei läheskään aina ole heikentynyt lähimuisti, vaan se voi olla yllättäen ilmaantunut harhaluuloisuus, aistiharha tai äkillinen sekavuustila (Mattila, Jousimaa & Laurila 2015, 600). Noin kolmanneksella Alzheimerin tautia ja vaskulaarista dementiaa sairastavista esiintyy harhaluuloja. Harhaluulot voivat liittyä esimerkiksi varasteluun, puolison uskottomuuteen tai ylimääräisiin asukkaisiin omassa asunnossa. (Sulkava ym. 2006, 30–31.)

lääkäillä ihmisillä äkilliset psykoottiset oireet johtuvat lähes aina jostain somaattisesta syystä. Yksi tavallinen syy äkilliselle sekavuudelle on sekavuusoireyhtymä eli delirium, jonka voivat aiheuttaa erilaiset somaattiset syyt. (Mattila ym. 2015, 600–601.) Sen oireita ovat muun muassa muistin ja tietoisuuden häiriöt, harhaluulot ja -aistimukset sekä uni- ja valverytmin häiriöt. Deliriumille on tyypillistä, että se kehittyy lyhyessä ajassa. Se on hengenvaarallinen tila hoitamattomana. (Huttunen 2014b.) Harhaluulot ja aistiharhat liittyvät usein muistisairausten alkuvaiheeseen (Juva 2014, 971).

Parkinsonin taudin dementiaa sairastavilla henkilöillä esiintyy näköhallusinaatioita enemmän kuin esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavilla. Ne ovat merkittävä erotusdiagnostinen tekijä. Näköhallusinaatiot ilmenevät tavallisimmin eläiminä, esineinä tai monimuotoisina ihmishahmoina. (Suhonen, Keränen & Rinne 2008.) Myös Lewyn kappale -dementiassa ilmenee vastaavia näköharhoja 60–70 prosentilla sairastuneista. On tutkittu, että Parkinsonin taudin dementiaan verrattuna Lewyn kappaleen dementiassa hallusinaatiot ja harhaluulot ovat huomattavasti yleisempiä. (Wand 2007, 59.) Aistiharhat ovat vaskulaarisissa dementioissa harvinaisempia. Aistiharhoja esiintyy tavallisimmin dementian keskivaiheessa. (Sulkava ym. 2006, 26.)

## 2.5 Unihäiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja persoonallisuuden muutos

Kaikissa dementian vaikeusasteissa unihäiriöt ovat hyvin tavallisia. Aamuöiset heräämiset liittyvät usein masennukseen, kun taas nukahtamisen vaikeudet ahdistukseen. Yöllä heräämisen syynä voi olla myös esimerkiksi virtsaamisentarve, matala verenpaine, liian aikainen nukkumaan meneminen tai kipu. Nukahtamiseen voivat vaikuttaa muun muassa pelot, levottomat jalat, aktivoivat lääkkeet tai kahvin ja teen juominen. (Sulkava 2006, 48–49.) Esimerkiksi Parkinsonin taudin muistisairaudessa ilmenee liiallista väsymystä päiväsaikaan ja REM-unihäiriöitä (Alzheimer's association 2016). Myös Lewyn kappale -dementiassa ilmenee edellä mainittuja unihäiriöitä ja lisäksi yöllistä levottomuutta (Wand 2007, 59).

Vaikka dementoivissa sairauksissa kognitiiviset toiminnot vähitellen heikkenevät, se ei automaattisesti tarkoita seksuaalisuudesta luopumista. Päinvastoin, joillakin sairastuneista voi ilmetä hyperseksuaalisuutta tai muuten normaalista poikkeavaa seksuaalista käytöstä. (Higgins, Barker & Begley 2004, 1331–1332.) Seksuaaliset käytösoireet ilmenevät esimerkiksi itsensä kosketteluna julkisesti, itsensäpaljastamisena ja epäsovivina seksuaalisina puheina. Ne näyttyvät usein epäsovivissa tilanteissa, kuten julkisissa tiloissa ja vieraille ihmisille sopimattomina ehdotteluina. Kyse ei aina ole ilmaisusta varsinaisesti seksuaaliseen tarpeeseen, vaan se voi olla kyvyttömyyttä ilmaista itseään toisin, ympäristölle sopivammin näyttäytyvin keinoin. (Aejmelaeus ym. 2007, 238.) Sairastunut voi yksinkertaisesti ilmaista tarvettaan kosketukseen ja hakea apua yksinäisyyden tunteeseen. Seksuaalisten käytösoireiden tarkkaa syytä ei ole pystytty määrittämään. Useammat eri tekijät määrittävät niitä aina psykologisista neurologisiin. (Higgins ym. 2004, 1332.)

Muistisairaahan toimintakyvyn heikentyessä tämän peruspersoonallisuus ja sosiaaliset taidot eivät oleellisesti muutu, vaan muistisairas pyrkii käyttäytymään sosiaalisissa tilanteissa opitulla tavalla. Sairaudet, joissa aivojen otsalohkot tai niiden yhteydet vaurioituvat, ovat poikkeuksia. Yksi syy voi olla frontaaliset

dementiat, jotka aiheuttavat muutoksia käyttäytymisessä, esimerkiksi impulsiivisuutta ja yliseksuaalisuutta. Kyse ei ole oikeastaan siitä, että dementoiva sairaus muuttaa persoonallisuutta vaan käyttäytymismallien muuttumisesta. Tällaisia häiritseviä oireita ovat muun muassa kiroilu, lyöminen, alkoholin väärinkäyttö tai hygienian laiminlyönti. Aikaisemmin sosiaalinen kontrolli ja estot ovat ohjanneet ihmisen toimintaa, kun nyt taas ihminen on kontrolloimattomien ajatusten ja ärsykkeiden vietävissä. Hankalaan käyttäytymiseen johtavia syitä voivat olla myös esimerkiksi masennus, omaan osaamattomuuteen turhautuminen tai ympäristön negatiivinen suhtautuminen. (Sulkava 2006, 40–41.)

### **3 Muistisairaana asiakkaan hoitajana**

Käypä hoito -suosituksessa (2010a) on lueteltuna useampi seikka, jotka tulisi huomioida muistisairaiden asiakkaiden käytösoireiden hoidossa ja sen suunnittelussa. Hoitokokonaisuuteen kuuluu esimerkiksi tilannetta pahentavien tekijöiden korjaaminen, aktiivisuudesta ja toimeliaisuudesta huolehtiminen, säännöllinen seuranta ja oireenmukainen lääkehoito. Hyvään hoitoon kuuluu myös käytösoireiden asianmukainen hoito, ja joskus lääkkeettömät hoitokeinot voivat riittää esimerkiksi aggressiivisuuden hoitoon. (Muistisairauksien Käypä hoitotyöryhmä 2010b.)

Käytännön työssä hoitajien on hyödynnettävä sekä psykososiaalisia että lääkkeellisiä hoitomuotoja. Lääkkeettömät hoitomuodot ovat käytösoireiden hoidossa ensisijaisia vaihtoehtoja. (Koponen 2010.) Asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet on otettava huomioon ja suunniteltava niiden pohjalta yksilöllinen hoitosuunnitelma. Lääkkeellinen hoito on ensisijaisena vaihtoehtona haastavammissa tilanteissa, esimerkiksi jos henkilö käytöksellään voi satuttaa itseään tai muita. Rinnalla täytyy kuitenkin aina käyttää lääkkeettömiä hoitomuotoja. (National Institute for Health and Care Excellence 2006.)

### 3.1 Käyttösoireiden lääkkeetön hoito

Virallisten Käypä hoito -suositusten (2010a) mukaan muistisairaahan henkilön käyttösoireiden lääkkeettömään hoitoon kuuluu erilaisia hoitomenetelmiä. Potilaslähtöisellä hoidolla tarkoitetaan henkilön tarpeisiin keskittymistä. On ymmärrettävää, että käyttösoireet saattavat ilmetä henkilön ollessa kykenemätön ilmaisemaan esimerkiksi pelkoaan muuten kuin aggressiivisesti. Tällöin hoitajalta edellytetään kykyä asiakkaansa havainnointiin ja käyttösoireiden yksilölliseen tarkasteluun. Edellä mainituin tavoin toteutuu myös käyttäytymistä muokkaava hoito. Löytämällä mahdolliset ärsykkeet, jotka laukaisevat tietynlaisen käyttösoireen, voidaan tehdä tarvittavia muutoksia esimerkiksi ympäristössä. Tällainen ärsyke voi olla ylimääräinen hälinä, jolloin hoitokeinona voi toimia tilan rauhoittaminen. Ympäristön parantaminen muutenkin mahdollisimman asiakaslähtöiseksi voi auttaa käyttösoireiden hoidossa. Oleellista on löytää tasapaino riittävän virikkeellisuuden ja rauhan välille. Henkilökunnan jatkuva ja ajan tasalla pysyvä koulutus tukee potilaslähtöisen ja ymmärtävän työotteen ylläpitämisessä. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Psykososiaaliset ja psykomotoriset hoitomuodot ovat myös osa muistisairaahan henkilön käyttösoireiden lääkkeetöntä hoitoa. Psykososiaaliseen hoitoon kuuluvat esimerkiksi emotionaalisen tuen antaminen ja hyvä ja turvallinen, yksilöllinen vuorovaikutus. Psykososiaaliseen hoitoon kuuluvat myös erilaisten taide menetelmien hyödyntäminen, kuten myös virikkeiden järjestäminen. Psykomotorisilla hoitomuodoilla tarkoitetaan potilaan fyysistä toimintakykyä tukevia menetelmiä, kuten fysioterapiaa. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Topo, Sormunen ja Saarikalle (2008, 60–64) ovat Dementia Care Mapping -havainnointimenetelmään perustuvalla analyysillä listanneet dementiaoireisen henkilön hoidossa vältettäviä käytäntöjä. Näitä ovat asiakkaan kohtelu muuna kuin aikuisena, estäminen, esineellistäminen, sivuuttaminen, vyöryttäminen, kiistäminen ja karkea kohtelu. Asiakasta estettäessä saatetaan hänen puolestaan tehdä asioita, joihin hän olisi kykenevä itsekin. Esineellistämällä tarkoitetaan tilanteita, joissa asiakkaasta puhutaan, vaikka hän olisi paikan päällä, ja näin hänen omaa tilaansa rikotaan. Vyöryttäminen tarkoittaa, että asiakkaan

kognitiivisia kykyjä ei oteta riittävästi huomioon, vaan esimerkiksi selitetään asiat liian nopeasti. Kiistämässä on myös kyse kognitiivisen tilanteen sivuuttamisesta, ei oteta huomioon asiakkaan omaa subjektiivista todellisuutta. Topo ym. painottavat, että hoitajien valitsemat vältettävät toimintatavat tapahtuvat usein huomaamatta, mutta asiakaslähtöisen hoidon edistämiseksi edellä mainittujen toimintatapojen välttämiseen tulisi panostaa.

Saarnion ja Isolan (2010, 232–331) tutkimuksessa etsittiin vastauksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneeseen kohtaamiseen hoitajien kokemusten perusteella. Kyselytutkimuksena kerätty tutkimusaineisto muodostettiin kahtena erillisenä haastattelukertana vuosina 2004 ja 2009. Haasteellisiksi tilanteiksi koettiin esimerkiksi ikäihmisen levottomuus, hoitotilanteiden vastustaminen ja aggressiivisuus. Onnistuneeseen kohtaamiseen johtaneita hoitajakeskeisiä tekijöitä olivat hoitajan persoonalliset, intuitiiviset, eettiset ja ammatilliset toimintatavat. Persoonallinen toimintatapa sisälsi esimerkiksi huumorin ja oman persoonan hyödyntämistä. Intuitiiviseen toimintatapaan kuuluivat esimerkiksi haastavien tilanteiden ennaltaehkäisy ja toisaalta myös tarpeen vaatiessa mukaan meneminen ikäihmisen elämysmaailmaan. Ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen muodostivat eettisen toimintatavan. Näin ollen haastavissa tilanteissa auttaa hoitajien mukaan ikäihmisen tunteiden ja tarpeiden hyväksyminen ja myös itsemääräämisoikeuden toteuttaminen neuvottelemalla ikäihmisen kanssa tähän kohdistuvista hoitotoimenpiteistä. Hoitajan ammatilliseen toimintatapaan haasteellisten tilanteiden sattuessa kuului tutkimustulosten mukaan monta tekijää: vuorovaikutustapa, ympäristön muokkaaminen, perustarpeista huolehtiminen, toiminnallisuuden hyödyntäminen, neuvottelu kollegan ja omaisen kanssa, sekä validaatio-terapian hyödyntäminen.

Ruotsissa on otettu käyttöön vuonna 2010 BPSD-rekisteri (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens), jolla halutaan turvata dementiaa sairastavien hyvä hoito. Rekisteriin merkataan muistisairaiden erilaisia käytösoireita, jotta pystytään tarkkailemaan mahdollisia oireisiin johtaneita syitä. Näin pystytään löytämään hyviä hoitokäytäntöjä ja luomaan yksilöllinen hoitosuunnitelma. Suunnitelmassa on myös kirjattuna keinot juuri kyseessä olevan henkilön onnis-

tuneeseen kohtaamiseen, esimerkiksi liittyen puhetyyliin tai päivittäisiin rutiineihin. (Svensk register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens 2016.)

### **3.2 Hoitajien selviytymiskeinot**

Selviytymiskeinot käsitteenä ja tutkimuksen aiheena ovat saaneet alkunsa 1960-luvulla Richard S. Lazaruksen toimesta. Hänen kehittämänsä teorian myötä (teoksessa *Psychological Stress and Coping Process*) tutkimus kohdistui enemmän ihmisen oman aktiivisuuden merkitykseen stressaavissa tilanteissa ja edellyttää yksilöltä kognitiivista arviointia tilanteen laadusta. (Feldt & Mäkikangas 2009, 94.)

Haasteellisista ja stressaavista tilanteista selviytymiseen on olemassa monia erilaisia tapoja. Selviytymiskeinot jaetaan tunnekeskeisiin ja ongelmakeskeisiin keinoihin. Ne tarkoittavat ihmisen kykyä vastata ympäristön luomiin voimavaroja koetteleviin stressaaviin tilanteisiin. Selviytymiskeinot vaihtelevat tilannekohtaisesti. Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot tarkoittavat tietoisia ja rationaalisia keinoja ongelmallisen tilanteen muuttamiseen. Tunnekeskeisiä selviytymiskeinoja ovat esimerkiksi itsekontrolli, asioiden kohtaaminen, sosiaalisen tuen hakeminen ja etäännyttäminen. (DeLongis, Folkman, Gruen & Lazarus 1986, 571–579.) Häyhä (2013, 23) käsittelee Pro gradu – tutkielmassaan hoitajien näkemystä huumorista yhtenä selviytymiskeinona muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Hoitajat kokivat huumorin jaksamisen keinona niin työssä kuin vapaa-ajallakin. Muistisairaana hoitotyössä huumori tuki selviytymistä useilla eri tavoilla.

Ongelma- ja tunnekeskeisten selviytymiskeinoja käyttöönotto riippuu stressaavan tilanteen laadusta. Tunnekeskeisillä keinoilla pyritään nimen mukaisesti omien tunteiden hallintaan, tilanteen vaatiessa muutoksen sijasta hyväksyntää. Ongelmakeskeiset keinot pureutuvat itse tilanteeseen silloin kun ajatellaan tilanteelle olevan tehtävissä jotakin. (Feldt & Mäkikangas 2009, 95). Ongelmasuuntauneita ja tunnesuuntauneita selviytymiskeinoja voidaan käyttää samanaikaisesti ja ne täydentävät yleensä toisiaan. (Anttonen & Lundstedt 2012, 5–6.)



Selviytymiskeinojen peruseriaatteet ovat muuntuvuus, tahdonalaisuus, stressin käsittely ja kielteisen lopputuloksen mahdollisuus. Näillä periaatteilla tarkoitetaan, että selviytymiskeinot voivat elämän aikana kehittyä, niillä hyväksytään elämän hallitsemattomuus ja se, etteivät selviytymiskeinot aina välttämättä tehoa. (Feldt & Mäkikangas 2009, 95.)

Uusi selviytymiskeinojen tutkimuskohde viime vuosina on ollut merkityskeskiset selviytymiskeinot. Ne eivät ole samalla tavalla tilannekohtaisia kuin edellä mainitut keinot, vaan tähtäävät stressin käsittelyyn pitkäaikaisissa tilanteissa joihin kuuluvat elämän suuret muutokset ja traumaattiset kokemukset. Merkityskeskiset selviytymiskeinot keskittyvät ennen kaikkea etujen ja myönteisten asioiden löytämiseen vaikeistakin tilanteista. Opinnäytetyön rajaamisen vuoksi tutkimuksessa on keskitytty ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoin. (Feldt & Mäkikangas 2009, 95-98.)

Zeller, Dasen, Kok, Needham ja Halfens (2011) tutkivat tutkimuksessaan nimenomaan hoitotyöntekijöiden selviytymiskeinoja ikäihmisten hoitokodin asukkaiden aggressiivisen käytöksen kohtaamisessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kävi ilmi, että selviytymiskeinoilla hoitajat pyrkivät olemaan tarkkaavaisia ja ennakoimaan mahdolliset aggressiiviseen käytökseen johtavat tilanteet. Itse tilanteiden sattuessa he pyrkivät etäännyttämään itsensä ja myös tunteiden säätelyä huumorin kautta käytetään. Tilanteiden jälkipuinti oman tiimin kanssa koettiin tärkeäksi selviytymiskeinoksi.

Eräässä toisessa tutkimuksessa Laal ja Aliramaie (2010) puolestaan tutkivat yleisellä tasolla hoitajien edellytyksiä selviytymiskeinojen käyttämiseen stressaavissa hoitotyön tilanteissa. Haastatteluaineisto koostui sadasta hoitajasta. Tulosten mukaisesti 70 prosenttia hoitohenkilökunnasta koki stressinsietokykynsä hyväksi tai keskivertoiseksi. Stressiä paremmin sietävien henkilöiden auttavina selviytymisstrategioina mainittiin muun muassa kävely, musiikin kuuntelu ja kollegan kanssa keskustelu. Vakituisen viran, iän, työkokemuksen ja työpaikan kaltaisilla tekijöillä nähtiin olevan yhteys selviytymiskeinojen positiiviseen hyödyntämiseen. Haastateltujen henkilökohtaisista kokemuksista huolimatta lä-

hes puolet käytti negatiivisia selviytymiskeinoja stressin hallitsemiseen. Etenkin miessukupuoli ja lyhyemmän työkokemuksen omaavat käyttivät tutkimustulosten mukaan enemmän negatiivisia selviytymiskeinoja.

Työterveyslaitoksen mukaan työstä voi löytää erilaisista psykososiaalisista tekijöistä voimavaroja, jotka lisäävät työmotivaatiota ja auttavat kuormittavissa työtilanteissa. Nämä vaihtelevat työpaikkakohtaisesti, mutta esimerkiksi mahdollisuus oppimiseen ja kehittymiseen, työn merkityksellisyys, työtovereiden ja esimiehen tuki sekä mahdollisuus osallistumiseen erilaisissa työympäristöä koskevissa päätöksissä voivat olla psykososiaalisia voimavaroja. (Työterveyslaitos 2015a.) Työstressiä yksilö voi ehkäistä arvioimalla säännöllisesti omaa hyvinvointiaan ja huolehtimalla riittävästä levosta ja mielekkästä vapaa-ajasta, tarttumalla epäkohtiin ja jakamalla kokemuksia ja keinoja toisten kanssa. Yhtä lailla työyhteisöissä tulisi tehdä yhteistyötä jokaisen hyvinvoinnin eteen ja esimiehen olisi keskusteltava henkilökohtaisesti säännöllisesti kulloisenkin alaisensa kanssa. (Työterveyslaitos 2015b.)

#### **4 Tehostettu palveluasuminen**

Ikäihmisten asumismuodoista tehostettu palveluasuminen kuuluu virallisesti avohoidon piiriin. Tehostetun palveluasumisen yksikössä asuvalla asiakkaalla hoidon tarve on ympärivuorokautista. Koska kyseessä on avohoidon yksikkö, asuminen on omakustanteista. Siihen saa kuitenkin hoitotukea ja eläkkeensaajan asumistukea Kelalta. Muita erityisryhmien, tässä tapauksessa ikäihmisten, asumispalvelumuotoja ovat tilapäinen asuminen, tuettu asuminen ja palveluasuminen. Nykyisin ei enää kannateta laitospäisiä asumismuotoja. Ikäihmisten kohdalla palvelutarpeen arviointiin vaikuttavat henkilön kokonaisvaltainen toimintakyky, asuin- ja elinympäristö sekä kunnan palvelurakenteen tasapaino. (Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus 2015, 5–7.) Kiteellä kaupungin omiin yksiköihin sijoittamisen päätöksen tekee asumispalvelujen esimies (Kiteen kaupunki 2015).

#### **4.1 Kiteen hoivakoti**

Kiteen Hoivakoti on valmistunut vuonna 2011 ja on sairaalaosakeyhtiö Mehiläisen omistuksessa. Maaliskuun alusta 2015 Kiteen hoivakoti on ollut Kiteen kaupungin alainen tehostetun palveluasumisen yksikkö, joka tarjoaa ympärivuorokautista hoivaa sen asukkaille. (Hämäläinen 2015a.) Hoivakoti on jaettu kolmeen ryhmäkotiin: Talventupa, Kesäaitta ja Syyspirtti. Hoitohenkilökunta koostuu pääasiassa lähihoitajista ja perushoitajista, jokaisessa ryhmäkodissa on myös oma sairaanhoitaja. (Kiteen kaupunki 2015.) Henkilökunnan osaaminen painottuu geriatriseen- ja muistiosaamiseen sekä myös kuntoutukseen ja sairaanhoitoon. Kiteen terveyskeskuksen kanssa yhteistyössä hoivakoti tarjoaa myös kokonaisvaltaista ja kunnioittavaa saattohoitoa. Jokaisella asukkaalla on oma huone, jonka saa sisustaa omilla huonekaluilla. Yhteiset tilat mahdollistavat sosiaalisen kanssakäymisen, arjen ilot ja viriketoiminnan. Kiteen hoivakodilla on yhteensä 37 huoneistoa, joista osa sopii myös pariskunnille. Aamuvuorossa jokaisessa ryhmäkodissa on kolme hoitajaa ja iltavuorossa hoitajia on kaksi. Yöllä asukkaita hoitaa kaksi lähihoitajaa. Yksikön ruokahuollosta vastaa viikon jokaisena päivänä oma keittiön henkilökunta. (Hämäläinen 2015b.)

#### **4.2 Rantapiha**

Rantapiha on toinen tehostetun palveluasumisen yksikkö Kiteellä. Rantapihan tilat on peruskorjattu vuonna 2007, ja toiminta on alkanut samana vuonna lokakuussa. Sekin on jaettu kolmeen ryhmäkotiin kerroksittain: Ylätupa, Välitupa ja Alatupa. Rantapihassa on yhteensä 42 huoneistoa. Jokaisella asukkaalla on oma yksiö ja kaikille yhteiset oleskelutilat. Ylätupa ja Välitupa ovat kooltaan ja hoitoisuudeltaan samankaltaisia. Alatuvassa on vähemmän asiakaspaikkoja ja hoidon pitää sujua pääasiallisesti yhden hoitajan avustuksella. Lähes kaikilla asukkailla on jokin muistisairaus. Koko yksikössä on yhteensä seitsemän hoitajaa sekä aamu- että iltavuorossa. Ryhmäkodeilla on yksi yhteinen yöhoitaja. Talossa on arkisin aamuvuorossa yksi yhteinen sairaanhoitaja. Lisäksi Rantapihassa sekä Harjulassa on iltavuorossa yhteinen päivystävä sairaanhoitaja ilta

yhdeksään asti. Kiteen hoivakodin ja Rantapihan tärkeitä toimintaperiaatteita ovat asiakaslähtöisyys, kodinomaisuus, yksilöllisyys sekä hoidon turvaaminen elämän loppuun saakka. (Inkinen 2015.)

## **5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimustehtävä**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kiteen tehostettujen palveluasumisen yksiköiden hoitajien kokemuksia muistisairaiden käytösoireiden kohtaamisesta, sekä selvittää heidän omia selviytymiskeinojaan hoitotyössä. Tavoitteena oli saada tietoa, kuinka hoitajat kokevat omat selviytymiskeinonsa ja ovatko ne riittävät. Toimeksiantaja voi hyödyntää tutkimustuloksia työhyvinvoinnin sekä koulutustarpeen arvioinnissa ja lisäksi mahdollisesti myös henkilöstörakenteen riittävyyden arvioinnissa. Kahden eri työyksikön työntekijöiden käyttäminen tutkimusaineistona mahdollistaa tutkimusongelmien vertailun. Tutkimusongelmiin tarkennetaan vastausta tutkimuskysymyksillä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on muistisairaiden käytösoireista tehostetussa palveluasumisessa?
2. Millaisia selviytymiskeinoja hoitajilla on käytösoireisen muistisairaahan hoitotyössä?

## **6 Tutkimusmenetelmät**

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi kvalitatiivisen tutkimuksen. Laadullisessa tutkimuksessa avainsanoja ovat kokonaisvaltaisuus ja moninaisuus. Sillä halutaan kuvata todellista elämää, kuten ihmisten kokemuksia. Tietoa kerätään havainnoimalla ja keskustelemalla tutkittavien henkilöiden kanssa. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät kuuluviin. Tällaisia aineiston hankinnan keinoja ovat muun muassa ryhmähaastattelut ja

teemahaastattelut. Kohdejoukon valinta tapahtuu tarkoituksenmukaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2008, 156–161.)

Laadullisessa tutkimuksessa lähestymistapa on yleensä aineistolähtöinen, jolloin induktiivisesti päättelemällä yksittäisistä havainnoista pyritään tekemään yleistyksiä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ilmiöstä halutaan saada selvää kysymällä asiasta nimenomaan henkilöiltä, jotka kuuluvat ilmiön piiriin. (Kananen 2010, 54.) Näin ollen kohdejoukkona tutkimukselle ovat Kiteen kaupungin kahden tehostetun palveluasumisen yksikön hoitajat: Kiteen hoivakodin ja Rantapihan.

Kvalitatiivisen tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta. Tutkimusaineiston kokoa ei ole määritelty missään valmiiksi. Tutkimusaineisto voi koostua yhdestä haastateltavasta tai vaikka suuremmasta joukosta yksilöhaastatteluja. Laadullisen aineiston keruuta voidaan arvioida saturaation eli aineiston kylläisyyden ja riittävyyden kautta. Aineiston kylläntymisestä kertoo se, että haastatteluissa alkaa kertaantua samat asiat ja uutta tietoa tutkimusongelmaan liittyen ei enää tule. Tällöin voidaan olettaa, että aineisto on tuottanut merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 2008, 176–177.)

## **6.1 Teemahaastattelu**

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua ryhmähaastattelun muodossa. Teemahaastattelulla pyritään luomaan kokonaisvaltainen kuva tutkimuskohteesta. Ilmiö on rajattu teemoihin ja niitä tarkentaviin kysymyksiin, joilla pyritään saamaan vastaus tutkimusongelmaan ja kasvattaa ymmärrystä tutkitavasta ilmiöstä. Teemahaastattelurunko toimii keskustelun johdattajana, siihen tulee kirjoittaa keskusteltavat aiheet. Keskustelussa edetään haastateltavan ehtoilla, joskin myös haastattelijan on osattava tarttua tutkimusongelman kannalta oleellisiin aihealueisiin ja esittää lisäkysymyksiä. Avoimia kysymyksiä tulisi käyttää, jotta keskustelu ei olisi kyllä/ei-tyylistä. Suljettujen kysymysten lisäksi tulisi välttää itsestään selviä kysymyksiä. Teemahaastattelun tulokset paljastavat, miten tutkija objektiivisesti jäsentää maailman ja mitkä asiat hän kokee tutkimuk-

sensa kannalta tärkeiksi. (Kananen 2014, 70–86.) Ryhmähaastattelu on aikaa säästävämpi vaihtoehto kuin yksilöhaastattelu, mutta haastattelutilanteissa tulee olla tarkkana, jotta jokaisella haastateltavalla on mahdollisuus ilmaista mielipiteensä tasavertaisesti (Kananen 2010, 40–52).

Teemahaastattelua varten luotiin haastattelurunko (liite 2), joka toimi keskustelun johdattajana niin, että teemojen avulla pyrittiin saamaan vastauksia tutkimusongelmiin. Pyrimme rajaamaan aiheen tarkasti, jotta saisimme nimenomaan tutkimusongelmia vastaavia teemoja. Lisäksi esitetasimme teemahaastattelurungon yhdellä hoitotyön ammattilaisella. Pääteemamme olivat käytösoireet ja muistisairaana hoitajana. Ensimmäisessä teemassa keskityimme siis nimen mukaisesti käytösoireisiin, toinen teema kattoi selviytymiskeinot. Tärkeimmät kysymykset olivat avoimia kysymyksiä, näin pyrimme välttämään lyhyitä kyllä/ei-vastauksia. Haastattelun lopussa kysyimme, tuleeko haastateltavilla vielä jotain aiheeseen lisättävää mieleen ja minkälaiset tunnelmat haastattelusta heille jäi.

## **6.2 Haastattelun toteutus**

Haastattelut toteutettiin kahtena erillisenä kertana tammikuun aikana. Toteutimme haastattelun ryhmämuotoisesti, koska se oli aikataulullisesti helpompi järjestää sekä haastattelijoiden, että haastateltavien kannalta. Ensimmäinen haastattelu järjestettiin Rantapihan tehostetun palveluasumisen yksikössä ja viikkoa myöhemmin Kiteen hoivakodilla. Olimme saatekirjeen ohessa lähettäneet teemarungon haastateltaville ennalta nähtäväksi ja huomasimme, että sen ansiosta osa haastateltavista oli todella perusteellisesti pohtinut aihetta jo ennalta. Toimeksiantajien toiveesta järjestimme kummassakin yksikössä ennen haastatteluja pienimuotoisen opinnäytetyöprosessia koskevan infon henkilöstön jäsenille.

Molempiin ryhmähaastatteluihin osallistui neljä toisilleen tuttua hoitajaa. Haastattelua varten järjestettiin rauhallinen erillinen huone, jotta keskustelua voitaisiin käydä luottamuksellisesti. Ennen haastattelun alkua kertosimme, että haas-

tattelut tullaan nauhoittamaan vain omaan käyttöömme ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Nauhoitimme molemmat haastattelut kahdella nauhurilla tutkimusaineiston säilymisen turvaamiseksi. Haastattelutilanteet kestivät noin puoli tuntia.

### 6.3 Sisällönanalyysi

Kvalitatiivisen aineiston analysoinnissa käytetään yleisesti sisällön analyysiä. Tarkoituksena on jäsentää aineisto ymmärrettäväksi ja tuottaa tietoa. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista tai deduktiivista. Sisällönanalyysin prosessi jaetaan viiteen vaiheeseen; analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi. Valitsimme opinnäytetyötämme varten induktiivisen, eli aineistolähtöisen sisällönanalyysimenetelmän. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä nimensä mukaisesti kerätty tutkimusaineisto itsessään muodostaa tutkimuksen teoreettisen kokonaisuuden. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–168.)

Jotta haastatteluja voisi lähteä analysoimaan, on ensimmäiseksi litteroitava haastattelunauhat. Litteroinnilla tarkoitetaan haastattelujen kuuntelemista ja aineiston puhtaaksi kirjoittamista sanantarkasti. Tämän jälkeen haastattelut luetaan ja perehdytään niiden sisältöön, jotta päästäisiin aineistolähtöisen analyysin ensimmäiseen varsinaiseen vaiheeseen eli pelkistämiseen. Pelkistäminen eli redusointi tarkoittaa aineiston pelkistämistä kaikesta tutkimusongelman kannalta epäolennaisesta. Itse toteutimme sen opinnäytetyössämme käyttämällä erivärisiä yliviivauskyniä selkeyttämään pelkistämistä. Tekstistä löytyvät oleelliset alkuperäisilmaukset muutetaan klusterointia varten pelkistetyiksi ilmauksiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–110.)

Pelkistämisen jälkeen vastaukset siirretään taulukkomuotoon, jotta niistä on selkeämpi tehdä induktiivisella sisällönanalyysimenetelmällä ryhmittelyjä ja tätä kautta päätelmiä. (Hirsjärvi ym. 2008, 217–225.) Ryhmittely eli klusterointi liittyy samaa tarkoittavat asiat yhteen ryhmään. Klusteroinnin avulla muodostetaan

alustavia kuvauksia ilmiöstä ja tiivistetään aineistoa; pelkistetyt ilmaukset muodostavat alaluokkia, alaluokat ryhmitellään yläluokkiin. Abstrahointi muodostaa ilmauksista käsitteet, joiden tulisi vastata tutkimusongelmaan. Käsitteet kuvaavat tutkimuskohdetta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112.) Analyysin jälkeen tuloksia on tulkittava ja laadittava niistä synteesejä. Synteeseillä tarkoitetaan sitä, että tutkimustuloksista on osattu erotella pääseikat ja tutkimusongelmiin vastaavat asiat. (Hirsjärvi ym. 2008, 217–225.)

## **7 Opinnäytetyön toteutus**

### **7.1 Toteutuksen vaiheet**

Syyskuusta alkaen aloimme luomaan työllemme tietoperustaa etsimällä teoriatietoa sekä kirjallisuudesta, että internetin hakupalveluista. Käytimme internetin hakupalveluista esimerkiksi Medicia, Google Scholaria ja Cinahlia. Lähteisiin pyrimme suomalaisten lähteiden lisäksi löytämään myös kansainvälisiä tutkimuksia. Tutustuimme muistisairauksia ja käytösoireita käsitteleviin opinnäytetöihin. Hakusanojamme olivat esimerkiksi muistisairaus, dementia, muistisairaahan hoitotyö, käytösoireet, coping strategies ja behavioral symptoms. Käytimme myös suullisia lähteitä haastatellessamme toimeksiantajiamme palvelupäällikkö Henna Hämäläistä Kiteen hoivakodista ja asumispalveluiden esimiestä Anne Inkistä Rantapihasta. He täydensivät internetistä saatavaa tietoa kyseisistä tehostetun palveluasumisen yksiköistä.

Marraskuun puolivälissä esitimme opinnäytetyösuunnitelmamme ikäosaamisen moniammatillisessa opinnäytetyöryhmässä. Työryhmä koostuu sosionomi-, fysioterapia- ja hoitotyöopettajista, sekä heidän ohjaamistaan opinnäytetöitään työstävistä opiskelijoista. Saimme paljon rakentavaa palautetta työtämme koskien. Vaikka tietoperusta oli jo hyvin koottuna, tuli meidän vielä perehtyä paremmin valitsemaamme kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään ymmärtääksemme prosessin, johon olimme ryhtymässä. Vaihdoimme myös alkuperäisen suunnitelmamme kyselylomakehaastattelusta yksilöllisempään ryhmämuotoi-



seen teemahaastatteluun, joka tapahtuisi kasvotusten. Tehtyämme tarpeelliset muutokset suunnitelmaamme, opinnäytetöohjaaja hyväksyi suunnitelmamme joulukuussa. Vierailimme kummassakin tutkimukseen osallistuvissa yksiköissä marraskuun loppu puolella ja tapasimme toimeksiantajamme. Tässä vaiheessa hoidimme kuntoon myös toimeksiantosopimukset kahden toimeksiantajamme kanssa. Joulukuun aikana saimme kirjallisen tutkimusluvan Kiteen kaupungilta.

Vuoden vaihtumisen jälkeen aloimme toteuttamaan varsinaista opinnäytetyön tutkimusta. Tammikuun aikana toteutimme teemahaastattelut sekä Kiteen hoi-vakodilla, että Rantapihassa. Olimme lähettäneet hyvissä ajoin saatekirjeet esimiehille, jotta he voisivat välittää ne haastatteluun osallistuville henkilöille. Olimme sopineet toimeksiantajien kanssa, että he voisivat työyhteisöjen sisällä ehdottaa haastatteluun osallistumista työntekijöille. Näin valikoitui kahdeksan vapaaehtoista tutkimukseen osallistujaa. Molemmat haastattelut litteroitiin pian haastattelujen jälkeen ja tammi–helmikuun aikana analysoimme tulokset sisäl-lönanalyysia hyödyntäen. Maalis-huhtikuussa kirjoitimme harjoittelun ohella opinnäytetyötä lopulliseen muotoonsa. Opinnäytetyö eteni hyvässä yhteistyössä siihen pisteeseen, että pääsimme esittämään sen moniammatillisessa ikä-osaamisen seminaarissa huhtikuun lopussa. Esitämme opinnäytetyömme tou-kokuun seminaarissa. Tarkoituksenamme on myös pitää pienimuotoinen info-tilaisuus kummassakin tutkimukseemme osallistuneissa yksiköissä tutkimuksemme tuloksista, kunhan olemme saaneet työstämme arvioinnin.

## **7.2 Analyysiprosessi**

Analyysiprosessi alkoi jo haastattelujen aikana. Aiheeseemme perehtyneinä osasimme tehdä huomioita tutkimuksemme kannalta oleellisesta informaatiosta jo itse haastattelutilanteissa. Konkreettinen analyysivaihe alkoi, kun kuuntelim-me molemmat haastattelunauhoitteet pian haastattelujen jälkeen ja litteroimme tekstit sanatarkasti. Litteroimme haastattelut kokonaisuudessaan. Tekstiä sel-keyttääksemme aloimme ensimmäisten lukukertojen jälkeen yliviivaustusseja apuna käyttäen värjäämään teksteistä kahden tutkimuskysymyksemme kannal-ta oleellista tietoa.

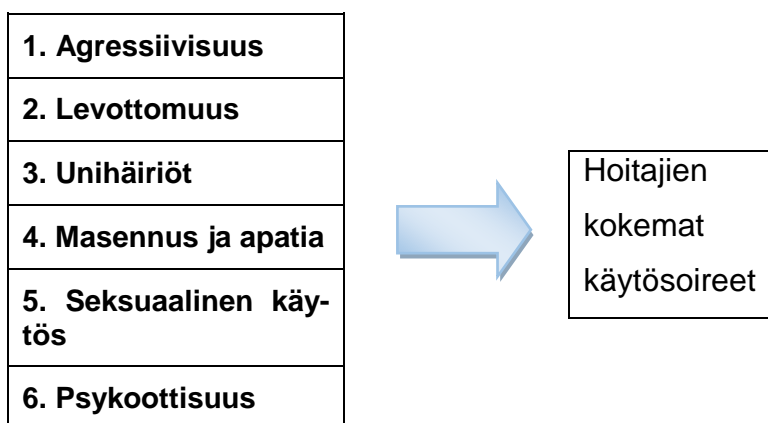
Aluksi siirsimme kaikki poimimamme lauseet sekaisin taulukkomuotoon, otsikoituna alkuperäisilmauksiksi. Sisällönanalyysin selkeyttämiseksi ryhmittelimme samaan ryhmään kuuluvat asiat alustavasti samoihin sarakkeisiin. Tässä vaiheessa muutama lause myös karsiutui pois tutkimuksemme kannalta epäoleellisena. Nimesimme myös alustavat alateemat. Alkuperäisilmauksia oli yhteensä 88. Ilmausten muuttaminen pelkistetyiksi lauseiksi, eli yleiskielelle, selkeytti analyysiprosessia entisestään yllättävän paljon. Tässä vaiheessa myös hioimme alaluokkien otsikot kohdalleen. Yhteensä alaluokkia muodostui kuusi käytösoireisiin liittyen ja kahdeksan liittyen selviytymiskeinoin. Alaluokista muodostui kolme yläluokkaa, jotka olivat myös samalla sisällönanalyysistä ilmi nousseet pääteemat. Etenkin selviytymiskeinojen jaottelu ongelma- ja tunnekeskeisiin keinoihin oli mielenkiintoista, mutta paikoin haastavaakin. Halusimme olla samaa mieltä tuloksista ja välillä syntyikin dialogista keskustelua esimerkiksi alakategorioiden nimeämisestä tai työn kannalta oleellisista alkuperäisilmauksista. Kuitenkin nimenomaan keskustelemalla onnistuimme perustelemaan kantamme ja löysimme yhtenäisen linjan sisällönanalyysille.

## **8 Opinnäytetyön tulokset**

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia muistisairaiden käytösoireiden kohtaamisesta sekä heidän selviytymiskeinojaan hoitotyön kentällä muistisairaahan hoitotyössä. Tutkimuskysymyksiä olivat: “Minkälaisia kokemuksia hoitajilla on muistisairaiden käytösoireista tehostetussa palveluasumisessa?” sekä “Millaisia selviytymiskeinoja hoitajilla on käytösoireisen muistisairaahan hoitotyössä?” Sisällönanalyysissä pelkistimme 88 tutkimuskysymyksiimme vastaavaa alkuperäisilmausta, jotka luokittelimme ala- ja yläkategorioihin. Esimerkki sisällönanalyysitaulukosta löytyy liitteistä (liite 5).

### **8.1 Hoitajien kokemat käytösoireet**

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen mukaisesti lajittelimme hoitajien kokemat käytösoireet kuuteen alaluokkaan (kuvio 1). Molemmassa ryhmähaastattelussa tuli ilmi kyseisiä käytösoireita. Ylivoimaisesti eniten hoitajat kertoivat aggressiivisen käyttäytymisen kohtaamisesta hoitotyössä.



Kuvio 1. Hoitajien kokemat käytösoireet

Muistisairaiden asiakkaiden käytösoireista näkyvintä, eli aggressiivisuutta, on kohdattu niin fyysisesti, kuin verbaalisestikin. Haastateltujen mukaan aggressiivisuutta esiintyy eniten hoitotoimenpiteissä, kuten pesutilanteissa ja näytteenoton yhteydessä. Hoitajat toivat myös ilmi, että tilanteissa näkyy usein asiakkaan kokema kyvyttömyys ilmaista itseään toisin keinoin. Asiakkaiden fyysisestä aggressiivisuudesta annettiin konkreettisia esimerkkejä, kuten lyöminen ja hoitajaan käsiksi käyminen. Muutama hoitaja koki haastavaksi sen, että tilanteet voivat tulla yllättäen. Verbaalinen aggressiivisuus näkyy haastateltujen mukaan kiroiluna ja hoitajien haukkumisena.

*”...jos aatellaan kaikkia pesutilanteita ja sellasia, niin on kyllä aika usein silleen, että on vihasia ihmisiä vastassa...”*

*”On sitäki semmosta, jos ruppeis pesemään vaikka jotaki alapessuu, niin sitten potkii ja raappii ja sitten tietysti puhuu sopimattomia, haukkuu, moittii ja tällästä.”*

*”Se lyöminen on hirveätä...”*

Toiseksi eniten näkyvänä käytösoireena hoitajat mainitsivat muistisairaiden levottomuuden. Levottomuus näkyy yleisenä levottomana vaelteluna, jatkuvana asioiden toisteluksi ja kyselyksi, sekä huuteluna. Esimerkiksi asioiden toisteluksi

syynä mainittiin muistisairaana asiakkaan kykenemättömyys orientoitua aikaan ja paikkaan.

”Tossa meillä on ainaki sitä semmosta levottomuutta, vaeltellu, huutellu...”

”Niin ja sit semmosta jatkuvaa kyselyä, että kuka mut on tänne tuonu ja minkä takii mä oon tiällä ja tätä ihan koko ajan. Semmosta et millon mä pääsen pois.”

Aggressivisuutta ja levottomuutta lukuunottamatta vastaukset muiden käytösoireiden kokemisesta jakautuivat melko tasaisesti. Haastattelujen perusteella Rantapihan hoitajat toivat enemmän esille asiakkaiden unihäiriöitä. Kummassakin haastattelussa mainittiin muutama otteeseen seksuaalisesta käyttäytymisestä. Hoitajat kertoivat esimerkiksi suoranaiset ehdottelut ja koskettelun.

*”Unihäiriöitä on ainakki meillä paljon.”*

*”Miesten puolelta nuo pusujen pyytämiset ja taputtelut et nekin on sit vielä sellasia omia juttujaan.. ja suoranaiset ehdottelut, niitäkin jossain vaiheessa on ollu.”*

Psykoottisista oireista esille haastatteluissa nousivat aistiharhat ja harhaluulot. Harhaluulot liittyivät usein asiakkaiden menneeseen elämään, kuten kuviteltujen lehmien lypsämiseen ja hevosten hoitoon tai esimerkiksi varasteluun. Aistiharhoista mainittiin näköharhat. Muutama hoitaja mainitsi myös lyhyesti apatiasta ja masennuksesta muistisairailla.

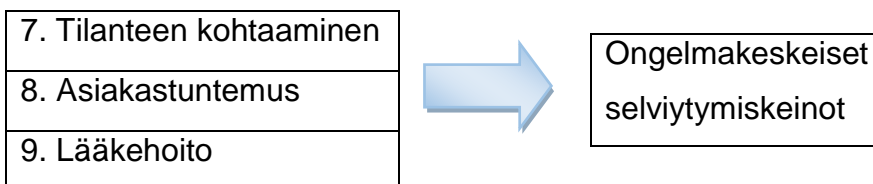
*”..ylleistä on se harhasuus, elikkä näkkee kaikenlaisia elukoita tai ihmisiä tai on varastettu jottain..”*

*”Tai pitää lähtee lehmät lypsämään, että kuule mie kävin lypsämässä ne, ei niillä oo mittään hättee.”*

## **8.2 Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot**

Toinen tutkimuskysymys koski hoitajien selviytymiskeinoja. Selviytymiskeinoista muodostui kaksi yläkategoriaa, joista ensimmäinen oli ongelma-keskeiset selviytymiskeinot. Näillä tarkoitetaan selviytymiskeinoja, joilla pyritään konkreettisesti

selviämään ongelmallisesta tilanteesta, kohtaamaan se. Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot jaotimme vastausten mukaisesti kolmeen eri alaluokkaan (Kuvio 2). Vastauksista tilanteen kohtaaminen nousi eniten esille.



Kuvio 2. Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot

Tilanteen kohtaaminen selviytymiskeinona sisälsi useita erilaisia esimerkkejä, joilla hoitajat kertoivat yrittävänsä aktiivisesti muuttaa tai rauhoittaa käytösoireisen muistisairaahan käytöstä, kuten levottomuutta tai aggressiivisuutta. Esimerkkejä kerrottiin tasapuolisesti molemmissa ryhmähaastatteluissa. Yksi mainittu toimintatapa oli yleinen rauhallinen käytös ja puhe tarkoittaen, että hoitajat selittivät asiakkaalle mitä tapahtuu ja pyrkivät pitämään tilanteen rauhallisena. Toisaalta selittämisen lisäksi tilanteen kohtaamisessa saatettiin hyödyntää asiakkaan huomion kiinnittämistä muualle, esimerkiksi ottamalla mukaan arjen toimintoihin pöytää kattamaan. Myös kosketus ja lähellä oleminen olivat esimerkkejä tilanteessa toimimisesta, tilannekohtaisesti tosin. Koskettamisella tarkoitettiin esimerkiksi silittämistä ja hiusten kampaamista. Psykoottisesti oireilevan asiakkaan kanssa todettiin, että näköharhat pitää pyrkiä oikaisemaan. Sen sijaan pienet valkoiset valheet, esimerkiksi lehmien ruokkimisesta koettiin parempana keinona asiakkaan kannalta, kuin asioiden suora kiistäminen. Luovempina muotoina musiikki, laulaminen ja tanssi nousivat esiin haastatteluissa tilanteen rauhoittavina keinoina.

*”Rauhalliset ja varmat otteet ja kertoo mitä tekkee.”*

*”..joittenkin kohalla on pantu tanssiksiin, sekin on rauhoittanu sellanen silittely, hiusten kamppoominen on joillakin mikä rauhoittaa..”*

*”Niin tai ottaa mukkaan johonki, että lähetäänkö laittamaan vaikka kahvikuppia pöytään ja kohta aamupala tulee ja siinä sitten rauhoittuu.”*

Toinen ongelma-keskeisten selviytymiskeinojen alaluokka muodostui asiakastuntemuksesta. Asiakkaan tunteminen koettiin tekijänä, joka auttoi tilanteiden

hoitamisessa ja toisaalta myös ennakkoinnissa. Asiakastuntemukseen sisältyi luottamus ja hyvän hoitosuhteen luominen. Eräs hoitaja mainitsi, että kun tuntee asiakkaan, niin pystyy tunnistamaan esimerkiksi aggressiiviseen käytökseen johtavia tekijöitä ja jo ennalta suunnittelemaan tilanteessa toimimista. Yksinkertaisesti myös todettiin, että kun asiakkaan tuntee, niin yleensä silloin oikeanlaisen toimintatavan siinä hetkessä keksii.

*”.. jos edeltäpäin pystyy yhtään tunnistamaan niitä tilanteita, että mikä sen laukasee aina sen esimerkiks aggression niin niihinhan voi yrittää vaikuttaa niinku ennalta ja suunnitelta.”*

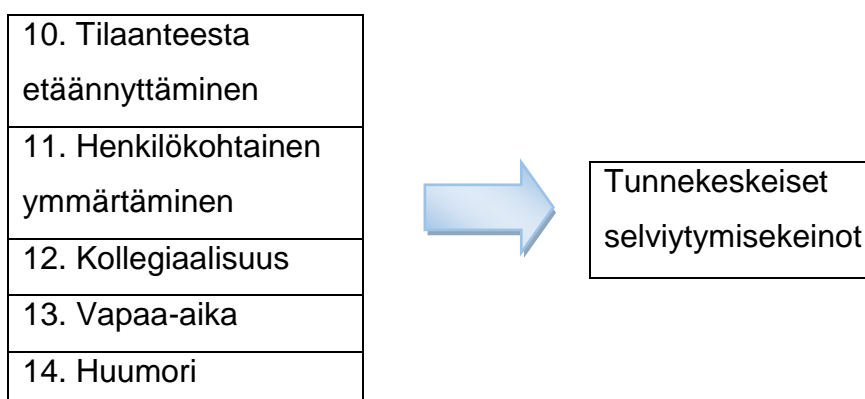
*”Ja varmaan siinäki sitten se luottamus. Et jos hoitaja menettää malttisa ja asukas muistaa sen, niin sit se seuraavan kerran saattaa taas muistaa, että ahaa tää on taas tämä. Niin et luuaan se hyvä hoitosuhde sit siihen asiakkaaseen.”*

Vain kerran ongelmakeskeiseksi selviytymiskeinoksi mainittiin lääkehoito. Lääkehoidon sanottiin olevan viimeinen keino, johon tulisi turvautua mahdollisimman vähän. Eräs haastateltu mainitsi, että ei ikäihmisten hoito ole sellaista, että muistisairas tainnutetaan lääkkeillä, vaikka ulkopuolisilla joskus saattaakin olla sellainen mielikuva.

*”..sitten viimesenä keinona tietysti turvaudutaan siihen lääkehoitoon, mutta mahdollisimman vähän tietysti.”*

### **8.3 Tunnekeskeiset selviytymiskeinot**

Toiseen tutkimuskysymykseen liittyen kolmanneksi yläkategoriaksi muodostui tunnekeskeiset selviytymiskeinot, jotka luokiteltiin viideksi eri alaluokaksi (Kuvio 3). Tunnekeskeisiin selviytymiskeinoihin kuuluvat vastaukset jakautuivat melko tasaisesti vastaajien kesken.



Kuvio 3. Tunnekeskeiset selviytymiskeinot

Tilanteesta itsensä etäännyttäminen nousi yhdeksi tunnekeskeiseksi selviytymiskeinoksi. Hoitajat toivat haastattelussa ilmi, että haasteellisesta tilanteesta hetkeksi pois lähteminen voi rauhoittaa tilannetta. Esimerkkinä mainittiin pesu ja näytteenotto tilanteet. Tilanteen uudelleen lähestyminen ja kohtaaminen mainittiin useamman kerran haastattelujen aikana. Sen lisäksi, että tilanteista poistumisen koettiin joissain tapauksissa rauhoittavan asiakasta, se oli myös hoitajille keino rauhoittaa omat tunteensa. Hoitajat kertoivat, että lyhytkin tilanteesta etäännyttäminen voi olla ratkaisevana tekijänä muistisairaahan hoitotyössä.

*”Kyllä sen niinku on monesti huomannu, että antaa ihan rauhottua sen tilanteen. Että mieki käytän just sitä poistumista paikalta, esimerkiksi kun verikokkeen ottaminen on vaikeeta ja tiiän, että on pakko saaha joku koe, nii postun paikalta ja menen sitten vartitunnin päästä uudestaan.”*

*”..mutta joskus on vaan pakko lähtee hetkeks ite rauhottummaan ja tulla sitten takasin hetken päästä rauhottunneena..”*

Toisen tunnekeskeisen selviytymiskeinojen alaluokan nimesimme henkilökohtaiseksi ymmärtämiseksi. Ymmärrys ja tieto sairaudesta auttoi hoitajia käsittelemään muistisairaiden käytösoireita. Haastattelussa mainittiin että se, ettei muistisairas käyttäydy asiallisella tavalla, ei ole tahallista, vaan johtuu hänen sairaudestaan. Haastatteluissa ilmeni, että hoitajien senhetkinen henkilökohtainen jaksaminen ja vireystila vaikuttavat siihen, miten valmis on ottamaan vastaan työn tuomia haasteita. Kokemuksen tuoma ammatillinen kasvu ja omassa työssä kehittyminen ja oppiminen koettiin tärkeäksi henkilökohtaisen ymmärtä-

misen kannalta. Hoitajat nostivat esille myös työn palkitsevuuden ja sen tärkeyden.

*”Mutta se palkiitoo sitten ku se hoitotoimenpide on ohi ja voi olla että sanotaan kiitos.”*

*”Tälleen vanhemmalla iällä sen täysin ymmärtää, että ihmiset ei tee tahallaan, et siellä taustalla on se sairaus.. Et se luonne muuttuu tosi paljon muistisairauksien ja tämmösten myötä.”*

*”Silti tää on ihan tosi palkitseva työ, että suosittelen!”*

*”..se riippuu paljon siitä omastakki tilanteesta mikä on, että toisinaan kestää vaikka mitä hyvänsä, toisinaan on hyvin herkkä.”*

Kummassakin haastattelussa kollegiaalisuus mainittiin yhtenä tärkeänä selviytymiskeinona. Vuorovaikutus ja työasioiden käsittely työkavereiden kanssa koettiin tärkeäksi työyhteisössä, koska työasioista ei voi muualla puhua. Työkavereiden tuki ja yhteinen päätöksenteko mainittiin myös muutamaaan kertaan haastatteluissa, sekä asioiden purkaminen suoraan tilanteen jälkeen. Kummassakin yksikössä painotettiin työyhteisön toimivuutta ja tiimityön tärkeyttä. Muutama hoitaja mainitsi myös työnohjauksen mahdollisuuden ja sen merkityksen työssä jaksamiseen.

*” No varmaan sitä kollegiaalisuutta, siis kyllähän työkavereitten kanssa keskustellaan ja on vertaistukee ja toisen tsemppaamista ja sitä yhteen hiileen puhaltamista, et yksin ei selvi.. Et tiiminä pittää niinku tehdä.”*

*”Työaikana kollegiallisuus. Työaikana pystyy heti niinku käymmään läpi sen asian, niin silläpä se ei jääkkään sinne mieleen sitten...”*

Haastateltavat kokivat työstä aiheutuvan stressin kannalta tärkeäksi myös vapaa-ajan ja siihen liittyen sen, ettei työasioita viedä kotiin. Yksi hoitaja mainitsi tietynlaisen vastuun vaikuttavan työasioiden kotiin viemiseen, mutta pääasiassa haastateltavat eivät vieneet työasioita vapaa-ajalleen. Myös osalla työkokemuksen ja sen tuoman varmuuden katsottiin olevan yhteydessä työasioiden unohtamiseen vapaa-aikana. Jokaiselle mielekäs tekeminen, kuten esimerkkinä mainitut liikunta, ystävät, harrastukset ja musiikki, auttavat stressin käsittelyssä ja työasioiden unohtamisessa vapaa-ajalla. Kummassakin haastattelussa tuli esille myös riittävä lepo ja sen tärkeys.



*”En mie ainakkaa vie niitä mukanani sillä tavalla, miula kyllä nollaantuu melekein tuossa ulko-ovella..”*

*”Pyrkimys ois aina et vapaa-aika ja vapaapäivät ois sitten ihan tarkotettu siihen lepoon eikä sitten miettis työasioita hirveesti..”*

Tunnekeskeisistä selviytymiskeinoista huumori sivuttiin haastatteluissa muutama otteeseen. Hoitajat kokivat, että huumori oli yksi väline, jonka avulla asioita käsiteltiin työyhteisössä. Huumorin koettiin olevan myös yksi työskentelyväline muistisairaana hoitotyössä, sillä huumoria käytettiin yhtenä osana asiakastyötä.

*”Ja se muuten pätee joskus näitten muistisairaittenki kanssa se huumori ja se semmonen leikin lasku...”*

*”...se huumori, niin huumori on kyllä kanssa semmonen millä kanssa voipi käydä läpi ja piässäö yli.”*

## **9 Pohdinta**

Opinnäytetyön tekijät ovat vastuussa hyvän tieteellisen käytännön toteutumisesta ja eettisten ohjeiden ja määräyksien noudattamisesta. Opinnäytetyö on julkinen asiakirja, ja se julkaistaan Theseus-tietokannassa, mikä mahdollistaa työn arvioinnin ja keskustelun tutkimuksesta. (Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä 2015, 11–13; 32.) Eettisesti hyvä tutkimus on tieteellisen käytännön lähtökohtana (Hirsjärvi ym. 2008, 23).

### **9.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Haastatteluissa hoitajien kokemista muistisairaiden käytösoireista esille nousivat aggressiivisuus, levottomuus, unihäiriöt, masennus ja apatia, seksuaalinen käytös ja psykoottiset oireet. Ylivoimaisesti eniten tuotiin esille fyysistä ja sanallista aggressiivista käytöstä. Haastattelujen perusteella aggressiiviset käytösoi-

reet ilmenevät etenkin päivittäisissä hoitotoimenpiteissä. Näistä käytösoireista puhuttaessa esille nousi mielestämme tilanteiden ennalta-arvaamattomuus ja fyysisen aggressiivisuuden epämiellyttävyyys. Omalta osaltaan aggressiivisuus näkyy hoitajien päivittäisessä työssä hoitotoimenpiteiden yhteydessä niin selkeästi, että se on varmasti osatekijänä niiden mainitsemiseen useasti haastattelujen aikana. Kuitenkin oli kuultavissa, että hoitajat ymmärsivät tekijät, jotka johtivat aggressiiviseen käytökseen, esimerkiksi muistisairaana kyvyttömyys ilmaista itseään. Mielestämme on selvää, että aggressiivisuuden kohtaaminen omassa työssä ei ole varmasti kenellekään miellyttävää.

Työterveyslaitoksen mukaan hoitotyö on yksi eniten työväkivallan riskejä sisältävä työryhmä Suomessa (Työterveyslaitos 2015c). Työväkivallan ennaltaehkäisyyn tulisikin työpaikoilla tehokkaasti panostaa. Haastattelujen perusteella aggressiivisista tilanteista selviydyttiin poistumalla paikalta ja antamalla tilanteen rauhoittua. Myös asiakastuntemus oli yhteydessä tilanteiden ennaltaehkäisyyn. Myös rauhallinen ulosanti tilanteessa saattoi joskus laukaista tilanteen. Toimiva vuorovaikutus ja tilanteiden kokonaisvaltainen hahmottaminen ovat muistisairaana hoitotyössä tärkeitä osaamisalueita.

Jokapäiväisessä hoitotyössä myös levottomuutena ilmenevä jatkuva asioiden toistelu ja kysely nousi ilmi ajoittain henkisesti uuvuttavana käytösoireena. Mielestämme oikeiden hoitotyön auttamismenetelmien löytäminen tilanteisiin saattoi olla haastattelujen perusteella haastavaakin. Muistisairaalle asiakkaalle mielekkään tekemisen löytäminen ja huomion kiinnittäminen muualle olivat keinoja tilanteen hallintaan. Vaikka erilaisia käytösoireita mainittiin useampia, pystyi selvästi havaitsemaan, että työssä eniten näkyvät oireet olivat myös niitä, jotka nostettiin haastattelussa eniten esille. Osa kirjallisuudessa yleisiksi mainituista käytösoireista, esimerkiksi masentuneisuutta ja apatiaa ei mainittu haastatteluissa niin paljon, kuin niitä varmaan todellisuudessa ilmenee. Tämä voi olla osaltaan selitettävissä sillä, että ne eivät näy ja kuulu samalla tavalla hoitajille. Hoitajat toivat keskusteluissa hyvin esille sen, että lääkkeettömiä hoitomuotoja kokeillaan aina ennen lääkkeellisiä hoitomuotoja.

Selviytymiskeinojen analysointi edellytti meiltä laajaa perehtymistä, koska yllättävän vähän löytyi esimerkiksi opinnäytetöitä nimenomaan käsitteellä selviytymiskeinot. Oli osittain haastavaa löytää ja luokitella selviytymiskeinoja oikeisiin ryhmiin. Onnistuimme mielestämme luokittelemaan selviytymiskeinot tutkimuskysymykseen vastaten. Ongelmakeskeisiksi selviytymiskeinoiksi jaottelimme tilanteessa toimimiseen vaikuttavat tekijät, ja tunnekeskeisiä olivat keinot, joita käytettiin, kun tilanteeseen ei pystytty suoranaisesti vaikuttamaan. Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot liittyivät vahvasti konkreettiseen hoitotyön osaamiseen muistisairaahan hoitotyössä. Tieto ja ymmärrys sairaudesta olivat haastattelujen perusteella tärkeä osa käytösoireiden kohtaamista. Vaikka käytösoireita ilmenee paljon hoitotyössä, tieto ja ymmärrys tukevat työn palkitsevuutta. Hoitajat kokevat työnsä tärkeäksi. Mielestämme tärkein tunnekeskeisistä selviytymiskeinoista oli kollegiaalisuus työyhteisössä, se, että kokemuksia pystytään jakamaan ja haasteellisistakin tilanteista puhumaan. Oli kuultavissa, että toimiva tiimityö oli merkittävä osa muistisairaahan hoitotyötä. Selviytymiskeinona huumorin käyttö asukkaiden ja työkavereiden kesken oli myös yksi työssäjaksamista tukeva selviytymiskeino. Vapaa-ajan merkitystä ei pidä myöskään vähätellä. Osalle työasioista irtaantuminen vapaa-ajalla oli helpompaa kuin toisille.

Alkuperäisenä ajatuksena oli vertailla kahden eri yksikön ajatuksia käytösoireista ja selviytymiskeinoista. Analyysin edetessä huomasimme, että kummastakin haastattelusta saatiin hyvin samankaltaisia vastauksia. Ainakin näiden yksiköiden kohdalla se mielestämme osoitti, että hoitotyön painopisteet olivat samankaltaisissa asioissa. Tietenkin haastatteluissa ilmeni yksilökohtaisia eroja, mutta hoitajat tuntuivat olevan yleisesti ottaen melko samoilla linjoilla muistisairaahan hoitotyön keskeisimmistä haasteista ja toisaalta myös selviytymiskeinoista. Tutkimustuloksemme vastasivat mielestämme tutkimuskysymyksiimme, ja tavoitteemme tältä osin täyttyivät.

## **9.2 Tutkimuksen luotettavuus**

Laadullisen tutkimuksen joustava luonne näkyy myös luotettavuuden arvioinnissa. Seuraavia kriteereitä voidaan tarkastella tutkimuksen luotettavuutta arvioita-

essa: uskottavuus, siirrettävyys, riippuvuus sekä vahvistettavuus. Laadullinen tutkimus pyrkii kuvaamaan ja ymmärtämään tiettyä toimintaa tai ilmiötä. Onkin tärkeää, että henkilöillä, joilta tietoa kerätään, on mahdollisimman paljon tietoa ja kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tämän vuoksi tiedonantajien valinta tulee olla tarkoituksenmukaista ja harkittua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86; 138–139.)

Valitsimme tutkimusmenetelmäksi teemahaastattelun opinnäytetyöhömmme, koska ajattelimme sen olevan paras menetelmä henkilökohtaisten näkemysten ja kokemusten tutkimiseen. Tutkimustehtävien mukaisesti tutkimukseen osallistuvilla ikäihmisten kanssa työskentelevillä hoitajilla on kokemusta ja tietoa tutkittavasta aiheesta. Haastatteluun osallistujien valinta tapahtui toimeksiantajiemme kanssa yhteistyössä. Kerroimme toimeksiantajillemme ensimmäisessä tapaamisessa, että toivoimme haastatteluun osallistuvan kummastakin yksiköstä ainakin yhden sairaanhoitajan sekä lähi- ja perushoitajia vaihtelevin työkokemuksin. Toimeksiantajamme olivat kummatkin ottaneet puheeksi opinnäytetyömme yhteisessä palaverissa ja kyselleet vapaaehtoisia osallistujia ryhmähaastatteluun. Lopullinen valinta tapahtui esimiehen ja työyhteisön päätöksestä. Pohdimme, vaikuttaako tämä asetelma tutkimuksemme luotettavuuteen, koska emme voi tietää, miten asia on palaverissa esitetty ja kuinka helposti vapaaehtoisia on löytynyt.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan kohentaa kuvaamalla tuloksia selkeästi niin, että lukija pystyy arvioimaan ja tarkastelemaan tutkimuksen vahvuuksia ja rajoituksia. Tätä kutsutaan myös tutkimuksen uskottavuudeksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Opinnäytetyössämme pyrimme kuvaamaan mahdollisimman tarkasti tulosten analysointia ja sen haasteita. Sisällönanalyysi taulukossa (liite 5) näkyy esimerkkejä tulosten luokittelusta. Olemme liittäneet tutkimustuloksiin myös haastatteluista suoria lainauksia, jotka lisäävät luotettavuutta ja lukijan mahdollisuutta pohtia analyysia. Ennen haastatteluja pidetyt infotilaisuudet vähensivät jännitystä osapuolten välillä.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan, ovatko tulokset siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyyttä voidaan varmistaa tutkimuspro-

sessin eri vaiheiden tarkalla kuvauksella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Kuvaamme opinnäytetyöprosessia Toteutuksen vaiheet -kohdassa, jonka kirjoittamista tuki pitämämme päiväkirja opinnäytetyöprosessista. Pyrimme kuvaamaan opinnäytetyöprosessia mahdollisimman rehellisesti. Kävimme säännöllisesti opinnäytetyöohjauksessa ohjaavan opettajamme luona ja lisäksi muutaman kerran moniammatillisessa työryhmässä ikä-opinnäytetyö tapaamisissa.

Yksi laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on tutkijan puolueettomuus. Olemme tutkijoina pyrkineet aineiston käsittelyyn tutkimuskirjallisuudessa asetuihin puolueettomuuskriteereihin. Näitä ovat aineiston käsittely niin, etteivät tutkijoiden omat asenteet, ikä, virka-asema tai muu vastaava vaikuta tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Olimme kummatkin paikalla ryhmähaastattelutilanteissa ja lisäksi pohdimme saatuja vastauksia ja analysoimme niitä yhdessä. Pyrimme näin välttämään mahdolliset tulkintavirheet. Toinen tutkija oli työskennellyt Kiteen hoivakodilla, ja haastateltavat olivat hänelle entuudestaan tuttuja. Pohdimme, vaikuttiko tämä tutkimuksen luotettavuuteen, koska tämä voi aiheuttaa rajoitteita, jos aihe on kovin arkaluontoinen. Koimme kuitenkin, etteivät tutkijan ja haastateltavien suhteet vaikuttaneet tutkimustuloksiin, sillä keskustelu eteni luontevasti ja vapaasti.

Plagioinnilla tarkoitetaan toisen henkilön kirjoittaman tekstin esittämistä omaan ilman asianmukaisia lähdeviitteitä. Plagiointia voidaan opinnäytetyön tarkastusvaiheessa tarkkailla erilaisilla ohjelmilla. (Hirsjärvi ym. 2008, 25–26.) Karelia-ammattikorkeakoulussa kaikki opinnäytetyöt tarkastetaan Urkund-ohjelmalla ennen lopullista arviointia. Ohjelmalla valvotaan asianmukaista lähteiden käyttöä ja ehkäistään plagiointia. (Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä 2015, 33.)

Olemme käyneet läpi kirjallista materiaaliaamme koko prosessin ajan varmistaksemme huolellisen ja yhtenevän työnjaljen. Olemme pyrkineet käyttämään työssämme mahdollisimman luotettavia ja tuoreita lähteitä. Luotettavuudesta kertoo myös lähdeluettelomme laajuus. Kaikki käyttämämme lähteet löytyvät lähdeluettelosta ja oikeanlaiset lähdeviitteet tekstistä. Opinnäytetyömme on kir-

joitettu noudattaen Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöohjeita. Tiedonhakuun olemme saaneet vinkkejä kirjaston informaattikolta sekä toisista opinnäytetöistä. Opinnäytetyö on tehty parityönä, joten se on mahdollistanut tutkittavan ilmiön tarkastelun eri näkökulmista. Toisaalta tutkijoina olemme molemmat kokemattomia, joten prosessissa riittäisi varmasti vielä paljon opittavaa. Lähetimme lähes valmiin opinnäytetyömme kumpaakin tutkimukseen osallistuneeseen yksikköön ja pyysimme heiltä palautetta ja kehittämisideoita tehdystä työstä.

### **9.3 Tutkimuksen eettisyys**

Olemme tutkijoina aidosti kiinnostuneita gerontologisesta hoitotyöstä ja sen haasteista ja se onkin yksi tutkimuksen eettisistä vaatimuksista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tutkimusaiheen valinta on itsessään myös eettinen pohdinta, sillä on selvitettävä, kuka tutkimuksesta hyötyy ja miksi tutkimusta tehdään (Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Meillä aiheen valinta tuotti haasteita, sillä koululle tarjotuista toimeksiannoista mikään ei tuntunut juuri oikealta. Lähtökohtanamme oli, että aiheen olisi oltava molempia kiinnostava, niin että opinnäytetyöprosessi olisi kokonaisuudessaan mielekäs. Lopullinen aiheen rajaus miellytti niin meitä kuin toimeksiantajaammekin. Tutkimustulokset tuovat esille hoitajien työssä näkyviä yleisimpiä muistisairaiden käytösoireita sekä heidän omia selviytymiskeinojaan muistisairaana asiakkaan hoitotyössä. Emme löytäneet yhtään opinnäytetyötä, joka olisi keskittynyt juuri hoitajien selviytymiskeinoihin. Yleisesti keskityttiin enemmän muistisairaana käytösoireisen asiakkaan selviytymiskeinoihin ja hoitajien kokemuksiin.

Tieteellisen tutkimuksen on noudatettava Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) määrittelemiä hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Ohjeisiin kuuluu, että tutkijat noudattavat huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimusta tehtäessä ja sen arvioinnissa. Ohje määrittää myös, että tutkimus on raportoitu kokonaisuudessaan totuudenmukaisesti ja yksityiskohtaisesti. Aikataulumme ei ole ollut liian kiireinen, ja se on mahdollistanut aiheeseen tunnollisen perehtymisen. Olemme edenneet suunnitellun aikataulun mukaan.

Tutkittavan on tiedettävä hänen oikeutensa ennen tutkimukseen osallistumista. On varmistuttava siitä, että tutkittava tietää ja ymmärtää, mihin hän osallistuu ja hän on tietoinen tutkimuksen tavoitteista ja menetelmistä. Lisäksi hänelle on kerrottava oikeudesta kieltäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa prosessia tahansa. Tutkittavan yksityisyys ja henkilökohtainen koskemattomuus on turvattava kaikin keinoin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214).

Haimme tutkimusluvan kohdeorganisaation ohjeiden mukaisesti Kiteen kaupungin perusturvalautakunnalta joulukuussa. Olimme lähettäneet saatekirjeen (liite 1) yksiköiden esimiehille hyvissä ajoin, että he voisivat välittää kirjeen tutkimukseen osallistujille. Esittelimme saatekirjeessä tutkimuksen toteutuksen pääperiaatteet. Lisäksi kerroimme tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta, vastauksien luottamuksellisesta käsittelystä, anonymiteetistä ja haastattelun nauhoittamisesta. Kertasimme vielä nämä asiat ennen haastatteluita. Infotilaisuudessa selvitimme tutkimuksen tarkoituksen, tavoitteet ja tehtävät sekä opinnäytetyön menetelmälliset valinnat. Olemme käsitelleet saatua aineistoa luotettavuudella, ja se hävitetään opinnäytetyön valmistuttua.

#### **9.4 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu**

Koko opinnäytetyöprosessi on kasvattanut meitä ammatillisesti sairaanhoitajan ammattiin. Olemme harjaantuneet paljon luotettavan ja tutkimuksellisen tiedon hankinnassa ja sen kriittisessä arvioinnissa. Luotettavien ja hyvien lähteiden löytäminen oli ajoittain haasteellista, mutta sinnikkyys tuotti tulosta. Valitsemaamme tutkimuksen aihetta ei paljon käsitellä gerontologisen hoitotyön opinnoissamme. Olemme oppineetkin paljon muistisairauksista, käytösoireista ja stressin käsittelystä. Opinnäytetyöprosessin aikana olemme pystyneet syventämään kokemuksen kautta saamaamme tietoa etenkin muistisairauksista ja käytösoireista.

Päädyimme tekemään opinnäytetyön kahdestaan, ja se tuntui oikealta ratkaisulta, sillä pystyimme jakamaan vastuun työstä. Asumme eri paikkakunnilla, ja yh-

teisen ajan järjestäminen oli ajoittain haasteellista opiskelun, työharjoitteluiden ja työn ohella, mutta loppujen lopuksi onnistuimme siinä hyvin. Käytimme paljon sähköisiä työskentelytapoja ja viestintämenetelmiä, kuten Google Drive ja Skype. Pitkäaikainen työskentely toisen ihmisen kanssa oli meille molemmille uusi tapa työskennellä, ja uskomme sen vahvistaneen tiimityöskentelytaitojamme tulevaisuutta ajatellen.

## **9.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet**

Opinnäytetyömme tutkimustuloksia voidaan hyödyntää muistisairaiden hoitotyössä ja hoitohenkilöstön työhyvinvoinnin ja työtapojen kehittämisessä. Tulokset antavat tietoa, millaisia käytösoireita muistisairailta esiintyy erityisesti tehostetussa palveluasumisessa. Lisäksi selvitimme hoitajien selviytymiskeinoja käytösoireisen asiakkaan hoitotyössä. Toimeksiantajamme voivat hyödyntää tuloksia hoitajien työhyvinvoinnin ja koulutustarpeen arvioinnissa.

Toivomme, että tutkimuksemme on kannustanut hoitajia pohtimaan käytösoireiden merkitystä heidän jokapäiväisessä työssään ja kehittämään toimintatapojaan. Tutkimustuloksista on myös hyötyä yksiköiden lähiesimiehille, sillä he voivat tukea ja vahvistaa tutkimuksessa ilmi tulleita hoitajien selviytymiskeinoja, ja näin tukea hoitajien työssä jaksamista.

Selviytymiskeinot ovat jo itsessään laaja aihealue. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe voisi olla, minkälainen yhteys hoitajien selviytymiskeinoilla on työhyvinvointiin ja työssä jaksamiseen ikäihmisten hoitotyössä. Koulutustarpeen arvioinnin kannalta olisi varmasti hyödyllistä myös selvittää, olisiko ikäosaamisen lisäkoulutuksella merkitystä selviytymiskeinojen hyödyntämiseen haasteellisesti käyttäytyvän asiakkaan kohtaamisessa.



## Lähteet

- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhus-työhön. Osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Alzheimer's association. 2016. Parkinson's Disease Dementia. <http://www.alz.org/dementia/parkinsons-disease-symptoms.asp>. 18.1.2016.
- Anttonen, S. & Lundstedt, M. 2012. Selviytymiskeinojen ja työstä irrottautumisen yhteys psyykkiseen oireiluun työstressitilanteessa. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37794/URN:NBN:fi:ju-201205091629.pdf?sequence=1>. 20.11.2015.
- Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus ARA. 2015. Palveluasumisen opas. <http://www.ara.fi/oppaat>. 2.11.2015.
- Atula, S. 2015. Tietoa potilaalle: Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/avaa?p\\_artikkeli=dlk01105&p\\_haku=lewyn%20kappale](http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=dlk01105&p_haku=lewyn%20kappale). 16.10.2015.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2010. Käyttöoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypä hoito-suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>. 17.11.2015.
- Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2003. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: WSOY.
- Feldt, T. & Mäkikangas, A. 2009. Selviytymiskeinot ja niiden käyttöä suuntaavat persoonallisuuden ominaisuudet. Teoksessa Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. (toim.). Meitä on moneksi. Persoonallisuuden psykologiset perusteet. Jyväskylä: PS-kustannus, 93–110.
- Folkman, S., Lazarus, R., Gruen, R. & Delongis, A. 1986. Appraisal, Coping, Health Status and Psychological Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 50 (3), 571-579.
- Higgins, A., Barker, P. & Begley, C. 2004. Hypersexuality and dementia: Dealing with inappropriate sexual expression. *British Journal of Nursing* 13 (22), 1330-1334.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Huttunen, M. 2014a. Harhaluulo (deluusio). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00372&p\\_haku=k%C3%A4yt%C3%B6soire](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00372&p_haku=k%C3%A4yt%C3%B6soire). 23.10.2015.
- Huttunen, M. 2014b. Sekavuustila (delirium). Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00357&p\\_haku=delirium](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357&p_haku=delirium). 23.10.2015.
- Hämäläinen, H. 2015a. Tervetuloa Kiteen hoivakodille. Noora.kuikka@edu.karelia.fi. 3.11.2015.
- Hämäläinen, H. 2015b. Palvelupäällikkö. Kiteen Hoivakoti. Haastattelu. 3.11.2015.

- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden ihmisten hoitotyössä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu - tutkielma. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311201888.pdf>. 6.6.2016.
- Inkinen, A. 2015. Asumispalveluiden esimies. Rantapiha. Haastattelu. 24.11.2015.
- Juva, K. 2014. Alkava muistisairaus - milloin muistihuoli ohjaa kattaviin tutkimuksiin? *Duodecim* 130 (10), 969-974. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo11656.pdf>. 23.10.2015.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu
- Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy
- Karelia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöryhmä. 2015. Opinnäytetyön ohje. Karelia-ammattikorkeakoulu. <https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/PublishingImages/Sivut/default/Opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20ohje.pdf>. 13.2.2016.
- Kiteen kaupunki. 2015. Tehostettu palveluasuminen. <http://www.kitee.fi/tehostettu-palveluasuminen>. 25.10.2015.
- Koponen, H. 2010. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito-suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524&suositusid=hoi50044-> 16.10.2015.
- Käypä hoito -suositus. 2010a. Muistisairaudet. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>. 1.10.2015.
- Käypä hoito -suositus. 2010b. Parkinsonin tauti. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <http://www.kaypahoito.fi.tietopalvelu.karelia.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=BB39F5A8B89895CA7F8A8DBF16238C54?id=hoi50042>. 15.10.2015.
- Laal, M. & Aliramaie, N. 2010. Nursing and Coping With Stress. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2 (5), 168-181.
- Mattila, J., Jousimaa, J. & Laurila, J. 2015. Iäkkään potilaan kognitiiviset oireet – toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. *Duodecim* 131 (3), 599-603. <http://www.terveysportti.fi.tietopalvelu.karelia.fi/xmedia/duo/duo12165.pdf>. 23.10.2015.
- Moniz-Cook, E. 2011. Dementia care: Coping with aggressive behaviour. *Nursing & Residential Care* 13 (2), 86-90.
- Muistisairauksien Käypä hoito-työryhmä. 2010a. Ohje potilaille ja läheisille: Parkinsonin taudin muistisairaus. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01596>. 13.1.2016

- Muistisairauksien Käypä hoito-työryhmä. 2010b. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592>. 13.1.2016.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2006. Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE guidelines. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg42/chapter/1-recommendations#interventions-for-non-cognitive-symptoms-and-behaviour-that-challenges-in-people-with-dementia>. 11.1.2016.
- Remes, A. 2010. Frontotemporaalinen degeneraatio - diagnostinen ja hoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 126 (18), 2189-2190. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99084](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo99084). 16.10.2015
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia 4 (24), 232-334.
- Sosiaali ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020. Taavoitteena muistiystävällinen Suomi. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111919/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226359.pdf?sequence=1>. 5.4.2016
- Suhonen, J., Keränen, T. & Rinne, J. 2008. Parkinsonin taudin dementia. Lääkärilehti. <http://www.fimnet.fi/tietopalvelu.karelia.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000029792#t1>. 4.10.2015.
- Sulkava, R., Viramo, P. & Eloniemi-Sulkava, Ulla. 2006. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20opas.pdf>. 24.10.2015.
- Svensk Register för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. 2016. <http://www.bpsd.se/om-bpsd-registret/om-svenskt-bpsd-register/>. 15.3.2016
- Telaranta, P. 2014. Muistisairauden kanssa. Alzheimer arjessa. Helsinki: Auditorium.
- Topo, P., Sormunen, S. & Saarikalle, K. 2008. Kokemuksia dementia care mapping- havainnointimenetelmästä kehittämisen välineenä. Hyvät ja vältettävät käytännöt dementiahoidossa. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74986/R42-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>. 13.1.2016.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, T. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. 6.3.2016
- Työterveyslaitos. 2015a. Psykososiaaliset tekijät voimavarana. [http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/psykososiaaliset\\_riskit/voimavarat/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/psykososiaaliset_riskit/voimavarat/sivut/default.aspx). 12.1.2016.

- Työterveyslaitos. 2015b. Työstressin ennaltaehkäisy.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/stressi/tyostressin\\_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/stressi/tyostressin_ennaltaehkaisy/sivut/default.aspx). 13.1.2016.
- Työterveyslaitos 2015c. Työväkivalta.  
[http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus\\_ja\\_riskien\\_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/tyoturvallisuus_ja_riskien_hallinta/tyovakivalta/Sivut/default.aspx). 5.4.2016.
- Wand, A. 2007. Distinguishing dementia with Lewy bodies from dementia occurring in Parkinson's disease: A literature review. *Australian Journal on Ageing* 26 (2), 58-63.
- Weerkamp, N., Bloem, B., Koopmans, R., Munneke, M., Poels, P., Tissingh, G. & Zuidema, S. 2013. Nonmotor Symptoms in Nursing Home Residents with Parkinson's Disease: Prevalence and Effect on Quality of Life. *Journal of the American Geriatrics Society* 61 (10), 1714-1721.
- Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R. 2011. Nursing home caregivers' explanation for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 20 (17/18), 2469-2478.

## Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Karelia AMK:sta. Teemme opinnäytetyötä Kiteen kaupungille muistisairaiden käytösoireista ja hoitajien selviytymiskeinoista. Tutkimus tehdään yhteistyössä Kiteen hoivakodin ja Rantapihan kanssa. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Kiteen tehostettujen palveluasumisen yksiköiden hoitajien kokemuksia muistisairaiden käytösoireiden kohtaamisesta. Tavoitteena on saada tietoa, kokevatko hoitajat omat selviytymiskeinonsa riittäviksi ja minkälaiset tilanteet ja tekijät muistisairaiden käytösoireiden kanssa vaikuttavat työhyvinvointiin.

Aineisto kerätään teemahaastattelulla pienryhmämuotoisesti. Haastattelu tulaaan tekemään tammikuussa sovittuna ajankohtana työpaikallanne. Haastatteluun on varattu aikaa noin tunti. Toimitamme haastattelun teemat teille etukäteen, jotta voitte halutessanne pohtia teemoja jo ennen varsinaista haastattelua.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja Teillä on myös oikeus peruuttaa osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Käsittelemme vastaukset luottamuksellisesti. Haastatteluun osallistujien henkilöllisyys ei paljastu missään vaiheessa tutkimusta. Haastattelutilanne nauhoitetaan helpottaaksemme tulosten analysointia. Työn valmistuttua nauhoitteet hävitetään.

Kiitos jo etukäteen arvokkaasta avustanne tutkimuksemme toteuttamisessa! Jos Teille herää kysyttävää olkaa rohkeasti yhteydessä!

Ystävällisin terveisin,

Noora Kuikka & Mia Kosonen

Sairaanhoitajaopiskelijat

noora.kuikka@edu.karelia.fi / mia.kosonen@edu.karelia.fi

+358 44 511 5777 / +358 50 543 1994

## Teemahaastattelurunko

### Vastajan taustatiedot:

→ Sukupuoli, ammatti, työkokemus

### Käyttöoireet:

→ *Käyttöoireet voidaan jaotella ulkoapäin havaittaviin käyttäytymisen oireisiin, sekä mielensisäisiin psykologisiin oireisiin. Psykologisiin käyttöoireisiin lukeutuvat unihäiriöt, masennus, ahdistuneisuus, virhetulkinnat sekä erilaiset aistiharhat ja harhaluulot. Käyttäytymisen oireita ovat esimerkiksi psykoottiset oireet, levottomuus, seksuaalisen käytöksen muutokset ja aggressiivinen käyttäytyminen.*

→ Minkälaisiin käyttöoireisiin olette törmänneet hoitotyössä?

→ Millaisissa tilanteissa käyttöoireita yleensä esiintyy?

→ (Miten olette toimineet haasteellisissa tilanteissa? Miten koette tilanteet?)

### Muistisairan hoitajana

→ Minkälaiseksi koette osaamisenne käyttöoireisen asiakkaan hoidossa?

→ Millaisia selviytymiskeinoja teillä on käytössänne käyttöoireisen asiakkaan hoidossa? (*Selviytymiskeinot haastavissa ja stressaavissa tilanteissa voidaan jakaa ongelmakeskeisiin ja tunnekeskeisiin. Ongelmakeskeiset selviytymiskeinot pyrkivät vaikuttamaan suoraan tilanteeseen käytettävissä olevin keinoin. Tunnekeskeisillä selviytymiskeinoilla pyritään hallitsemaan stressiä omia tunteita säätelemällä, esimerkiksi etäännyttämällä itsensä tilanteesta, sosiaalisen tuen hakeminen tai asioiden kohtaaminen.*)

→ Miten käsittelette työstä aiheutuvaa stressiä?

→ Vaikuttavatko muistisairan käyttöoireet omaan työhyvinvointiinne? Jos vaikuttavat, niin millä tavoin?

## Tutkimuslupahakemus

<b>KITEEN KAUPUNKI</b> Perusturvakeskus	<b>Yleispäätös</b>	Julkinen
perusturvajohtaja	15.12.2015	74 §

**Asia** **Tutkimuslupahakemus / Muistisairaiden käytösoireet ja hoitajien selviytymiskeinot / Kosonen Mia ja Kuikka Noora**

Kiteen perusturvakeskukseen on saapunut 24.11.2015 päivätty tutkimuslupahakemus. Hakijana ovat Karelia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat Mia Kosonen ja Noora Kuikka.

Opinnäytetyön aiheena on ”Muistisairaiden käytösoireet ja hoitajien selviytymiskeinot”. Tutkimus toteutetaan Kiteen Hoivakodilla ja Rantapihassa. Kohteena on 6-8 hoitajaa ja haastattelu toteutetaan ryhmähaastatteluna tammikuussa 2016.

**Päätös** Myönnän tutkimusluvan hakemuksen mukaisesti Mia Kososelle ja Noora Kuikalle.

**Peruste** Hallintosääntö 2. luku, § 5.4.1

**Asiakirjat** Tutkimuslupahakemus, tutkimussuunnitelma


---

**Tiedoksi** Mia Kosonen, Noora Kuikka, Kaisa-Mari Soini, Henna Hämäläinen, Anne Inkinen, perusturvalautakunta, kaupunginhallitus

**Nähtävilläolo** 16.12.2015

**Muutoksenhaku** Oikaisuvaatimus

**Päiväys ja allekirjoitus** Kiteellä 15.12.2015

  
Markku Kipinä  
perusturvajohtaja

## Toimeksiantosopimus



## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSiantosopimus

<b>Toimeksiantaja</b>	
Organisaation nimi:	Kiteen kaupunki (Kiteen hoivakeskus ja Rantapiha)
Toimeksiantajan edustaja:	Henna Härmäläinen ja Anne Inkinen
Osoite:	Arppentie 6B (Kiteen hoivakeskus), Kuikkatie 3 talo 2 (Rantapiha)
Puhelinnumero:	0503288556 (Henna), 0401050802 (Anne)
Sähköposti:	henna.hamalainen@kitec.fi, anne.inkinen@kitec.fi
<b>Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot</b>	
Koulutusohjelma:	Hoitotyön koulutusohjelma
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	1300837, 1300856 & Noora Kuikka & Mia Kosonen
Puhelinnumero:	0445115777 (Noora), 0505431994 (Mia)
Sähköposti:	noora.kuikka@edu.karelia.fi mia.kosonen@edu.karelia.fi
<b>Toimeksiannon kuvaus</b>	
Aihe	Muistisairaiden käytösoireet ja hoitajien selviytymiskeinot
Toteutusmuoto	Tutkimuksellinen
Aikataulu	Toukokuu 2016
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Työajan järjestäminen haastattehua varten
<b>Toimeksiantajan sitoumukset</b>	
Tuki työn tekemiselle ja haastattelujen järjestäminen	
<b>Opiskelijan sitoumukset</b>	
Aikataulu, ehtisyys ja luottamuksellisuus, yhteistyö	
<b>Opinnäytetyön ohjaus Karelia-amk:ssa</b>	
Ohjaaja(t):	Hanish Bhurtun
<b>Opinnäytetyön julkisuus</b>	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	
<b>Allekirjoitukset</b>	
Päiväys 24.11.2015	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Noora Kuikka NOORA KUICKA Mia Kosonen Mia Kosonen
Päiväys 24.11.2015	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Anne Inkinen ANNE INKINEN
Päiväys 24.11.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Henna Härmäläinen Henna Härmäläinen
Päiväys 24.11.2015	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys Hanish Bhurtun HANISH BHURTUN

OPINNÄYTETYÖN  
OHJAAJAN ALLEKIRJOITUS  
JA NIMENSELVENNYS



## Sisällönanalyysitaulukko

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<i>".. kyllä se voi se nyrkki heilahtaa ja potku tulla.."</i>	Fyysistä aggressiivisuutta	Aggressiivisuus	HOITAJIEN KOKEMAT KÄYTÖSOIREET
<i>"Paljon myöskin sanallista aggressiota, sanallista vastustelua"</i>	Verbaalista aggressiivisuutta		
<i>"..pysyä rauhallisesti käyttäytymään, yrittää selittää mitä ollaan tekemässä.."</i>	Rauhallinen käytös	Tilanteen kohtaaminen	ONGELMAKESKEISET SELVIITYMISKEINOT
<i>"..kun on pitkäaikainen hoitosuhde niin kyllä siinä sitten ylleensä jo jonkun keinon keksii."</i>	Pitkäaikainen hoitosuhde auttaa	Asiakastuntemus	
<i>"Etäännyttää ittesä tilanteesta.."</i>	Itsensä etäännyttäminen tilanteesta	Tilanteesta etäännyttäminen	TUNNEKESKEISET SELVIITYMISKEINOT
<i>"Työaikana kollegiaalisuus. Työaikana pysyy heti niinku käymään läpi sen asian, niin sillpä se ei jääkään sinne mieleen sitten.."</i>	Asioiden yhdessä läpikäyminen töissä	Kollegiaalisuus	