

SAIRAANHOITAJIEN KOKEMUKSIA
KEHITYSVAMMAISEN POTILAAN KOHTAAMISESTA
LAPIN KESKUSSAIRAALAN SISÄTAUTIEN
VUODEOSASTOLLA 5B

Huilaja Meri
Väyrynen Leena

Opinnäytetyö
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijät	Meri Huilaja & Leena Väyrynen	Vuosi	2017
Ohjaaja	Susanna Kantola		
Toimeksiantaja	Lapin keskussairaala, osasto 5B, Jaana Heikkinen		
Työn nimi	Sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B		
Sivu- ja liitesivumäärä	56 + 4		

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B. Tavoitteenamme oli luoda lisää tietoa kehitysvammaisten kohtaamisesta, jonka avulla osasto voi tarvittaessa kehittää parempia toimintatapoja vuorovaikutustilanteisiin. Tavoitteenamme oli myös perehtyä kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen, jotta voisimme tulevaisuudessa tarjota heille laadukasta hoitoa. Sen lisäksi pyrimme tutkimaan hoitajien ja kehitysvammaisten potilaiden välistä vuorovaikutusta, jotta kehitysvammaiset potilaat tulisivat entistä paremmin kohdatuiksi Lapin keskussairaalassa.

Käsittelimme tutkittavaa ilmiötämme kehitysvammaisen potilaan kohtaamista sekä kehitysvammaisen potilaan hoitotyötä koskevan keskeisen tiedon avulla. Toteutimme opinnäytetyömme laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston hankimme haastattelemalla neljää Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B työskentelevää sairaanhoitajaa.

Opinnäytetyömme keskeisten tulosten mukaan sairaanhoitajat kokivat kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen vaihtelevasti. Kohtaamista kuvailtiin haastavaksi, mutta myös onnistuneeksi. Kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen vaikutti hoitajaan, kehitysvammaiseen ihmiseen ja hoitotyöhön liittyvät tekijät sekä vuorovaikutus hoitajan ja kehitysvammaisen potilaan välillä. Tuloksissa nousi esille myös sairaanhoitajien erilaisia kohtaamiseen liittyviä kehittämisehdotuksia esimerkiksi koulutus kehitysvammaisen potilaan hoitotyöstä sekä tiedon siirtyminen terveydenhuollon eri yksiköiden välillä. Tuloksiemme avulla sisätautien vuodeosasto 5B sai paremman käsityksen, kuinka kehitysvammaisia kohdataan heidän osastolla ja he voivat kehittää halutessaan vuorovaikutustilanteita kehitysvammaisen potilaan kanssa. Mielestämme onnistuimme herättämään ajatuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta erikoissairaanhoidossa.

Avainsanat Älyllinen kehitysvamma, kehitysvammaisen potilaan kohtaaminen, kehitysvammaisen potilaan hoitotyö

School of Social Services, Health
and Sports
Degree Programme in Nursing
Bachelor of Health Care, Nurse

Authors	Meri Huilaja & Leena Väyrynen	Year	2017
Supervisor	Susanna Kantola		
Commissioned by	Lapland Central Hospital, ward 5B, Jaana Heikkinen		
Subject of thesis	Experiences of Nurses Encountering Patients with an Intellectual Disability in an Internal Medical Ward 5B at The Lapland Central Hospital		
Number of pages	56 + 4		

The aim of this thesis was to describe the experiences of nurses caring for people with an intellectual disability in an internal medicine ward 5B at the Lapland Central Hospital. Our goal was to create more information about encountering people with an intellectual disability which our commissioning party can use to develop their practice. Our personal goal was to familiarize ourselves with caring for people with intellectual disability so that we can offer them high quality care in the future. In addition, we wanted to study interaction between nurses and patients with an intellectual disability in order to provide better care for patients with an intellectual disability in Lapland Central Hospital.

In our thesis we go through our research phenomenon with crucial theory about encountering and nursing people with an intellectual disability. We carried out our thesis with a qualitative research method. We collected our data was by interviewing four nurses working at the internal medicine ward 5B.

According to our results, nurses had variable perceptions about encountering people with an intellectual disability. They described encounters challenging but on the other hand successful. Encountering people with an intellectual disability was influenced by factors related to nurses, patients with the intellectual disability, and nursing and nurse-patient interaction. In our results there were also some suggestions from the nurses about developing the encounters for example by education concerning the nursing of people with intellectual disabilities and patient information transmission between the different health care units. Based on our results the internal medicine ward 5B got a better idea of how patients with an intellectual disability are encountered at their ward and the unit can improve interactions with the patients with an intellectual disability if necessary. In our opinion this thesis managed to provoke thoughts about encountering people with an intellectual disability in general hospital settings.

Key words Intellectual disability, encountering people with
intellectual disability, nursing people with an intellectual
disability

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	7
2	TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	9
3	KEHITYSVAMMAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN.....	10
3.1	Kehitysvammainen ihminen.....	10
3.2	Kohtaaminen ja vuorovaikutus hoitotyössä.....	13
3.3	Kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen erityispiirteitä.....	16
3.3.1	Kehitysvammaisen ihmisen vuorovaikutustaidot.....	17
3.3.2	Kehitysvammaisen potilaan haastavan käyttäytyminen.....	20
4	KEHITYSVAMMAISEN HOITOTYÖ SISÄTAUTIEN VUODEOSASTOLLA..	23
4.1	Kehitysvammaisen potilaan oikeudet terveydenhuollossa.....	23
4.2	Kehitysvammaisen potilaan hoitaminen sisätautien vuodeosastolla....	24
5	OPINNÄYTETYÖ LAADULLISELLA MENETELMÄLLÄ.....	29
5.1	Laadullinen tutkimusote.....	29
5.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta.....	30
5.3	Aineiston analysointi.....	31
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	34
6.1	Sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta sisätautien vuodeosastolla.....	34
6.1.1	Kehitysvamman aste ja luonne.....	34
6.1.2	Hoitajan ammatillisuus.....	35
6.1.3	Vuorovaikutus.....	37
6.1.4	Hoitotyö.....	38
6.2	Sairaanhoitajien ehdotuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen kehittämisestä.....	40
7	POHDINTA.....	42
7.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	42
7.2	Tutkimustulosten tarkastelua.....	46
7.3	Sairaanhoitajan ammatillinen kasvu.....	49
7.4	Jatkotutkimusaiheet ja toimenpide-ehdotukset.....	50
	LÄHTEET.....	52

LIITTEET	57
----------------	----

KÄYTETYT MERKIT JA LYHENTEET

ÄO	älykkyydosamäärä
Frax	fragiili X-oireyhtymä
AGU	aspartyyli-glukosaminuria
ACC	Augmentative and Alternative Communication

1 JOHDANTO

Suomen väestöstä vuonna 2015 ainakin 1 % eli noin 50 000 ihmistä olivat kehitysvammaisia (Huttunen 2015). Jos lievät kehitysvammaisuuden muodot lasketaan mukaan, on määrä huomattavasti suurempi, noin 2-3 % väestöstä (n. 100 000-150 000) (Järvelä 2013). Kehitysvamma määritellään toimintakyvyn ja sopeutumistaitojen rajoittuneisuudeksi, joka ilmenee muun muassa kognitiivisissa ja sosiaalisissa taidoissa (Hohti 2012).

Kehitysvammaisilla esiintyy erilaisia puheen ja kielen häiriöitä, jotka ovat kuitenkin yksilöllisiä ja riippuvat myös kehitysvamman syystä. Puheen ja kielen erityisvaikeus ei kuitenkaan aina esiinny kehitysvammaisuuden yhteydessä. (Launonen 2011, 150.) Kehitysvammaisten ihmisten kanssa työskentelevät kokevat yleensä, että yhteistyö ja mielipiteiden jakaminen vaativat jatkuvaa selittämistä sekä ymmärryksen tarkistamista. Vastavuoroisen vuorovaikutussuhde vaatiikin hoitajalta kykyä ylläpitää keskustelua ja tukea kehitysvammaisen potilaan vuorovaikutusaloitteita. (Leskelä 2009, 26–28.)

Kehitysvammaisten terveysongelmat jäävät monesti herkästi tunnistamatta, koska ne voivat ilmetä eri lailla valtaväestöön verrattuna (Lindsay 2011, 56). Heillä esiintyy myös paljon haastavaa käyttäytymistä, mikä voi tehdä kehitysvammaisen kohtaamisesta ja hoitamisesta haastavaa, varsinkin jos aiempaa kokemusta tai tietoa kehitysvammoista ei ole (Lindsay 2011, 93). Olemme itse työskennelleet jonkin verran kehitysvammaisten potilaiden kanssa ja kohdanneet heitä myös harjoittelujaksoillamme erikoissairaanhoidossa. Olemmekin kiinnittäneet huomiota, että koulutusohjelmamme aikana ei ole käsitelty kehitysvammaisten potilaiden hoitotyötä juuri ollenkaan. Pidämme aiheitamme tärkeänä oman ammatillisen kasvun ja hoitotyön kehittämisen kannalta.

Opinnäytetyössämme selvitämme laadullisella tutkimusotteella hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta sekä heidän mahdollisia kehittämissuunnitelmiaan vuorovaikutustilanteisiin. Toimeksiantajanamme toimii sisätautiosasto 5B ja yhteyshenkilönä osastonhoitaja Jaana Heikkinen. Teimme toimeksiantosopimuksen (Liite 1) joulukuussa 2016 ja haimme tutkimusluvan.

Sisätautiosastolla 5B hoidetaan pääasiallisesti kardiologisia ja nefrologisia potilaita. Osastolla on 32 potilaspaiikkaa, joista neljä on tehostettua hoitoa tarjoavassa sydänvalvontayksikössä. Jopa 60 % potilaista tulee osastolle päivystyspoliklinikan kautta. Hoitoon tulon syynä on muun muassa pahentunut munuaisen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti, verenpainetauti tai sydämen vajaatoiminta. Myös erilaiset rytmihäiriöt sekä läppäviat hoidetaan osastolla. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a; Lapin sairaanhoitopiiri 2016b.)

2 TARKOITUS, TAVOITTEET SEKÄ TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoitus oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta ja hoitamisesta Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B. Osallistujien kokemuksia keräsimme laadullisella tutkimusotteella haastatteleamalla sisätautiosaston 5B hoitajia. Osasto kuuluu Lapin sairaanhoitopiirin medisiiniseen tulosalueeseen.

Tavoitteenamme oli luoda lisää tietoa kehitysvammaisten kohtaamisesta, jonka avulla osasto voi tarvittaessa kehittää parempia toimintatapoja vuorovaikutustilanteisiin. Pidimme aihetta myös tärkeänä oman tulevan uramme kannalta, koska perehdyttyämme aiheeseen tiedämme, kuinka kehitysvammaisia potilaita olisi hyvä kohdata ja sillä tavoin tarjota heille laadukasta hoitoa. Tavoitteenamme oli myös, että tutkimalla hoitajien ja kehitysvammaisten potilaiden välistä vuorovaikutusta kehitysvammaiset potilaan tulevat tulevaisuudessa entistä paremmin kohdatuiksi Lapin keskussairaalassa. Hyvä vuorovaikutus on olennaista yksilöllisen, tasa-arvoisen ja oikeudenmukaisen hoidon turvaamiseksi. Hyvä hoito puolestaan auttaa kehitysvammaista potilasta paranemaan akuuttia sairaalahoitoa vaativasta sairaudesta ja saamaan mahdollisimman hyvä elämänlaatunsa takaisin.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B?
2. Millaisia kehittämissuhteita hoitajilla on kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen?

3 KEHITYSVAMMAISEN POTILAAN KOHTAAMINEN

3.1 Kehitysvammainen ihminen

Kehitysvammasta ja kehitysvammaisesta ihmisestä käytetyt termit ovat muuttuneet ajan saatossa loukkaavista ja alentavista nimityksistä hyväksyvimmiksi ja arvostavimmiksi. Kehitysvammaista ihmistä on kutsuttu imbesilliksi, idiootiksi ja myöhemmin vajaamieliseksi. Nykyisin Iso-Britanniassa heistä käytetään termiä *people with learning disability*, kun taas Amerikassa kehitysvammaisesta ihmisestä puhuttaessa käytetään termiä *people with intellectual impairment*. *Learning disability* voidaan kuitenkin sekoittaa *learning difficulty* –sanaan, joka tarkoittaa puolestaan oppimisvaikeutta, kuten dysleksiaa. (Sellars 2011, 1-2.) Suomalainen lääketiede käyttääkin nykyään termiä älyllinen kehitysvammaisuus (Pöyhönen, Wallgren-Pettersson & Koillinen 2016; Määttä 2016). Älyllistä kehitysvammaa määriteltäessä olisi kuitenkin tärkeä nähdä erilaisten rajoitteiden taakse ja ymmärtää, että kehitysvammainen ihminenkin on rajoitteistaan huolimatta silti ihminen (Valuing People 2001, 14).

Älyllinen kehitysvammaisuus määritellään tilaksi, jossa mielen kehitys on estynyt tai epätäydellinen. Se todetaan yleensä kehitysiässä, kun älyllisiä kykyjä ja sosiaalista sopeutumista arvioidaan. (Määttä 2016.) Kehitysvammaan voi liittyä alentunut kyky ymmärtää uutta tai monimutkaista tietoa. Sosiaaliset sopeutumisongelmat sisältävät puolestaan alentuneen kyvyn selvittää itsenäisesti jokapäiväisessä elämässä. (Valuing People 2001,14.) Kehitysvammaan liittyy usein myös motoriikan, tarkkaavuuden, hahmottamisen ja muistin vaikeuksia sekä puheen, kielen ja käyttäytymisen häiriöitä (Määttä 2016). Niiden lisäksi 28 prosentilla kehitysvammaisista on myös autistisia piirteitä, joten tarkan diagnoosin tekeminen autismin ja älyllisen kehitysvamman välillä on haasteellista (Järvelä 2013). Suomessa älyllisestä kehitysvammasta puhuttaessa käytetään useimmiten vakiintuneesti käsitettä kehitysvamma (Arvio & Aaltonen 2011,13).

Kehitysvamman syntyyn on monia eri tekijöitä ja se voi syntyä raskauden aikana tai kasvuiässä. Suurin tekijä kehitysvammaisuuden syntyisessä on perintötekijöistä johtuvat syyt. Muita syitä kehitysvamman syntyyn on esimerkiksi

raskaudenaikaiset infektiot, lääkkeet ja myrkyt sekä sikiön kasvun ja ravitsemuksen häiriöt. Kehitysvamma voi syntyä myös syntymän jälkeen, kun kehittyvä hermosto vaurioituu esimerkiksi onnettomuudessa tai infektion takia. Tietty kehitysvammat, kuten periytyvät sairaudet ja kromosomipoikkeavuudet voidaan todeta jo raskauden aikana, mutta viimeistään kehitysvamma todetaan kehitysiässä, yleensä ennen 18 ikävuotta, kun älyllisiä kykyjä ja sosiaalista sopeutumista arvioidaan. (Kaski, Manninen & Pihko 2012, 25–27; Määttä 2016.)

Älyllisen kehitysvamman tunnistamiseen on käytetty perinteisesti älykkyyssosamäärätestejä, joiden tuloksia verrataan saman ikäisten ihmisten keskimääräiseen älykkyyssosamäärään. Jos ÄO on alle 70, katsotaan henkilön olevan kehitysvammaisen. Myös henkilöt, joiden ÄO on 71–84 voivat mahdollisesti olla kehitysvammaisia. Kehitysvamma myös luokitellaan älykkyyssosamäärän mukaan eri asteisiin, joista lievässä kehitysvammassa ÄO on 50–69, keskivaikeassa 35–49, vaikeassa 20–34 ja syvässä alle 20. Syvän kehitysvamman älykkyyssosamäärää on kuitenkin vaikea osoittaa, sillä heillä on yleensä enemmän vaikeuksia kognitiivisessa toimintakyvyssä ja sanallisessa ilmaisukyvyssä. (Gates & Mafuba 2015; Huttunen 2015.) Kehitysvammaisilla, joilla esiintyy myös autismin kirjon häiriöitä saattaa puolestaan olla keskimääräinen tai jopa keskimääräistä suurempi älykkyyssosamäärä (Valuing People 2001,15).

Älykkyyssosamäärätestit eivät kuitenkaan kerro harkintakyvystä tai käytännön osaamisesta arkielämässä vaan kuvaavat lähinnä käsitteellisiä kykyjä (Korkeila & Leppämäki 2017). Osittain diagnosoinnissa onkin alettu kiinnittämään huomiota sopeutumiskeinoihin ja –kykyihin älykkyyssosamäärätestien ja toiminnanvajauksien sijaan (Pihko 2016; Korkeila & Leppämäki 2017). Kehitysvamman diagnosointiin osallistuukin moniammatillinen ryhmä, joka selvittää kehitysvamman syyn sekä tekee tarkan diagnoosin (Arvio & Aaltonen 2011, 17). Syntyvyyslukujen sekä Suomessa olevien potilaiden määrän perusteella yleisimmät kehitysvammat Suomessa ovat Downin syndrooma, Fragiili X-oireyhtymä sekä aspartyyliglukosaminuria eli AGU (Arvio & Aaltonen 2011, 49, 68; Määttä & Wilska 2016).

Suomessa on tällä hetkellä noin 3600 henkilöä, jolla on Downin oireyhtymä (Määttä & Wilska 2016). Downin oireyhtymän voi aiheuttaa useampi eri kromosomihäiriö, joista yleisin on ylimääräinen kromosomi 21 eli 21-trimosomia (Arvio & Aaltonen 2011, 67). Downin oireyhtymään liittyy ominaisia ulkonäön piirteitä, kuten leveä nenäselkä, ylöspäin vinot luomiraot, pieni suu, normaalia suurikokoisempi kieli sekä lyhytkasvuisuus. Oireyhtymään liittyy myös erilaisia terveysongelmia, kuten synnynnäinen sydänvika, immuunipuolustusjärjestelmän poikkeavuuksia, näköön liittyviä ongelmia, epilepsia sekä dementia, jota esiintyy kaikilla Down-henkilöillä 60 ikävuoteen mennessä. Sen sijaan vakavia mielenterveyshäiriöitä sekä käytösongelmia ilmenee Down-henkilöillä vähemmän kuin yleensä kehitysvammaisilla. (Käypä hoito 2010; Arvio & Aaltonen 2011, 67–71; Kaski ym. 2012, 65.)

Fragiili X-oireyhtymä, josta käytetään myös lyhennettä frax, on yleisin yhden geenin virheestä johtuva, suvuittain periytyvä kehitysvammaoireyhtymä. Suomessa on arviolta 600 ihmistä, joilla on Fragiili X-oireyhtymä. Yleensä frax periytyy äidin X-kromosomin kautta ja sitä ilmenee enemmän pojilla. Frax voi myös periytyä isän kautta tyttärelle, jolloin oireyhtymä ilmenee tyttären lapsissa. Frax-oireyhtymää ei yleensä havaita sikiöaikana, vaan tyypillisesti lasta aletaan tutkia viivästyneen puheenkehityksen, kömpelyyden tai autististen piirteiden vuoksi, jolloin oireyhtymä tunnistetaan. Frax-oireyhtymälle tyypillisiä ulkonäöllisiä piirteitä ovat isokoisuus, suuret korvat, latuskajalat, köyry yläselkä sekä suuret kivekset. Oireyhtymään liittyy myös terveydellisiä ongelmia, kuten rakenteellisia sydänvikoja, paikallisalkuista epilepsiaa, ylipaino sekä siihen liittyvät uniapnea ja verenpainetauti. (Arvio & Aaltonen 2011, 68, 73–75; Kaski ym. 2012, 58.)

Aspartyyli-glukosaminuria, lyhennettynä AGU, on etenevä yleissairaus, jonka syynä on peittyvästi periytyvä geenivirhe. Yleensä AGU todetaan keskimäärin viiden vuoden iässä, jolloin taudin ensioireet eli kiihtynyt pituuskasvu sekä päänympäryskasvu ovat jo ilmenneet sekä lisäksi on havaittu hitautta puheen kehityksessä, kömpelyyttä liikkeissä sekä poikkeuksellista rauhallisuutta tai levottomuutta. (Arvio & Aaltonen 2011, 52; Kaski ym. 2012, 53.) Suomessa on vuonna 2014 ollut lähes 300 ihmistä, jolla on todettu AGU-tauti (Norio 2014). AGU-tautiin liittyy myös muutoksia luustossa, älyllisissä toiminnoissa sekä

liikuntakyvyssä. Kylkiluut sekä kallon luut voivat olla normaalia paksumpia, kun taas pitkät luut ovat ohuita. Älyllisissä toiminnoissa AGU- tautia sairastava yltää enintään 5–6-vuotiaan tasolle, ikävuosien kuluessa älyllinen kehitysvamma syventyy vaikeaksi tai syväksi. Vanhetessa tapahtuu myös taantumista lähimuistissa ja liikuntakyvyssä, useimmat AGU-tautia sairastavat kuolevat jo 35–45 ikävuoden välillä. AGU-tautia sairastavilla ilmenee myös epileptisiä kohtauksia, psykiatrisia häiriöitä sekä nivelreumaa. (Arvio & Aaltonen 2011, 52–53; Kaski ym. 2012, 53–54.)

Oireyhtymille tyypillisten liitännäissairauksien lisäksi keskivaikean, vaikean ja syvän kehitysvamman yhteydessä esiintyy usein myös muita lisävammoja tai -sairauksia, joiden syy on yleensä sama kehitysvammaisuuden kanssa. Yksi merkittävimpiä kehitysvamman rinnakkaisdiagnooseja on autismi, joka on neurobiologinen keskushermoston kehityshäiriö. (Arvio & Aaltonen 2011, 91; Kaski ym. 2012, 99.) Autismi ei siis ole itsessään kehitysvamma, mutta noin 80 prosentilla autisteista on jonkin asteinen kehitysvamma (Kaski ym. 2012, 99). Epilepsia on taas tavallisin kehitysvammaisuuteen liittyvä neurologinen oire. Epilepsia ei siis ole yhtenäinen sairaus vaan oire, joka kehitysvammaisilla johtuu yleensä aivojen kehityshäiriöstä. (Kaski ym. 2012, 113.) Kehitysvammaisilla esiintyy myös samoja mielenterveysongelmia kuin valtaväestöllä, mutta kehitysvammaiset ovat vain muita alttiimpia erilaisille psyykkisille ongelmille (Arvio & Aaltonen 2011, 140). Suurella osalla kehitysvammaisista esiintyy myös erilaisia liikuntavammoja tai liikehäiriöitä, joita ovat esimerkiksi CP-oireyhtymät, lihassairaudet, rakennepoikkeavuuksiin liittyvät liikuntavammat tai pakkoliikkeet (Arvio & Aaltonen 2011, 121; Kaski ym. 2012, 120). Lisäksi kehitysvammaisilla esiintyy useasti puheen ja kielen häiriöitä sekä ongelmia kuulossa ja näössä (Määttä 2016).

3.2 Kohtaaminen ja vuorovaikutus hoitotyössä

Vuorovaikutus on tyypillisesti jaettu sanalliseen ja sanattomaan viestintään. Sanallisen vuorovaikutuksen merkitys on kuitenkin hyvin vähäistä, noin 10–25 prosenttia kaikesta viestinnästä. Sanatonta viestintää, kuten ilmeitä, eleitä, äänenpainoa sekä kosketusta, uskotaan aina niissä tilanteissa, kun näiden

kahden viestintämuodon välillä on ristiriitaa. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178.) Sanallinen kommunikointi on yleensä tietoista viestintää, mutta sanaton voi olla myös tiedostamatonta (Launonen 2007, 17). Sanaton viestintä on sekä varhaisin että viimeisin viestintämuotomme, kun sanoja ei ole (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178). Hoitajan olisi tärkeä pyrkiä tavoitteelliseen vuorovaikutukseen, jossa hän on läsnä ja yrittää havaita potilaan sanallista sekä sanatonta viestintää. Olennaista on ihmisen auttaminen lieventämällä pahaa oloa sekä selvittämällä hoidon kulkua. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 168.) Kohtaaminen on puolestaan vuorovaikutukseen osallistuvien ihmisten suuntautumista toisiinsa ja yhdessä tekemiseen (Peräkylä & Stevanovic 2016, 38). Tällainen kahden ihmisen välinen kohtaaminen ja intensiivinen yhteistyösuhde voi saada molemmissa aikaan myös voimakkaita tunteita (Raatikainen 2015, 98). Kohtaamisessa saattaa myös ilmetä vuorovaikutukseen osallistujien omat tiedostamattomat tekijät, kuten ennakoasenteet ja -odotukset, kuvitelmat ja vaikuttimet yhteistyösuhdetta kohtaan (Raatikainen 2015, 69).

Vuorovaikutus on aina myös vallankäyttöä, sillä osapuolet käyttävät toisiinsa vuorotellen vaikutusvaltaa ja myös altistuvat toisen vallalle. Yksipuolinen vallankäyttö on poikkeuksellista vuorovaikutuksessa, mutta täysin vastavuoroinen vaikuttaminen on myös epätavallista. (Routarinne 2007, 6.) Asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus pitää sisällään muun muassa vallan päättää erilaisista hoitotoimenpiteistä ja auttamistavoista (Mönkkönen 2007, 38). Nykyään hoitajat kuitenkin tietävät, että tällainen autoritaarinen asiantuntijavallan käyttö ei ole sopivaa, sillä 1990-luvun alussa Suomessa nousi selkeästi esille asiakaslähtöinen näkökulma (Mönkkönen 2007, 45, 63). Sen avulla haluttiin saada potilas osallistumaan omaan hoitoonsa. Omaan hoitoon vaikuttaminen onkin tärkeää, mutta vuorovaikutuksen suhteen ei ole kuitenkaan syytä kulkea myöskään pelkästään potilaan ehdoilla. (Mönkkönen 2007, 63–64.) Potilaan hoitamisessa nimittäin tarvitsee kykyä kohdata ja ymmärtää potilaan tarpeet ja toiveet, mutta on myös käytettävä valtaa olemalla rehellinen ja realistinen hoitoon liittyvissä asioissa (Raatikainen 2010, 92). Dialogisuutta onkin pidetty uutena alueena asiakaslähtöisyyden ja asiantuntijakeskeisyyden välillä, sillä siinä kumpikaan ei ole vallitsevassa asemassa vaan toimivat yhdessä kumppaneina (Mönkkönen 2007, 94; Mäkisalo-Ropponen 2012, 171). Hoitotyössä potilas

nähdään siis oman elämänsä asiantuntijana ja hoitaja tuo toisenlaista asiantuntijuutta oman ammattitaitonsa puolesta (Diack & Cohen 2008, 44; Mäkisalo-Ropponen 2012, 171).

Dialogi on avointa, vastavuoroista vuorovaikutusta, jossa muodostetaan toista arvostava keskusteluyhteys kuuntelemalla ja kunnioittamalla toisen mielipiteitä (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 11, 19). Tärkeintä on, että kumpikin osapuoli pääsee vaikuttamaan. Hoitosuhteessa dialogin avulla pyritään yhteisen ymmärryksen rakentamiseen eli symmetrisyyteen, missä korostuu niin hoitajan kuin potilaan ehdoilla eteneminen. (Mönkkönen 2007, 87; Väisänen ym. 2009, 15.) Kehitysvammaisen potilaan kanssa vastavuoroisen vuorovaikutussuhteen rakentaminen voi olla kuitenkin haastavaa, sillä heillä on usein vaikeuksia kielellisissä ja vuorovaikutuksellisissa taidoissa. Kun toisen vuorovaikutukseen osallistuvan ilmaisua rajoittavat puutteelliset vuorovaikutustaidot, syntyy keskustelusta heti epäsymmetrinen. Terveystieteiden ammattilaiset kokevatkin, että kehitysvammaisen potilaan kanssa esimerkiksi yhteistyö, työnteko sekä mielipiteiden jakaminen vaativat toistuvaa selittämistä ja ymmärtämisen tarkistamista. Usein onkin pohdittava, kuinka saadaan aikaan vastavuoroinen suhde, ylläpidetään keskustelua ja tuetaan kehitysvammaisen vuorovaikutusaloitteita. (Leskelä 2009, 26–28.)

Jokainen vuorovaikutustapahtuma kertoo myös ympäröivästä yhteisöstä. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen pyrkiminen kehitysvammaisen potilaan kanssa vaatii koko työyhteisön ajattelun suuntaamista vuorovaikutustaitoihin. Tarkoituksena ei saisi siis olla pelkästään yksittäisen työntekijän tai kehitysvammaisen potilaan toiminnan havainnointi. Työyhteisössä työtavat opitaan toisilta työntekijöiltä ja positiivinen palaute työkavereilta vahvistaa niitä entisestään. Myös esimiehen käsitys laadukkaasta ja arvokkaasta hoitotyöstä siirtyy hoitajan ja kehitysvammaisen potilaan päivittäiseen kohtaamiseen. Toisin sanoen, kun työntekijät kokevat itsensä arvokkaaksi, he voivat myös siirtää arvostuksen kokemuksen myös potilaiden kohtaamiseen. (Vuoti, Burakoff & Martikainen 2009, 15, 17.)

3.3 Kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen erityispiirteitä

Kehitysvammaisen kognitiivinen kehitys on heikompaa kuin valtaväestöllä, mikä voi vaikuttaa myös heidän kielellisiin taitoihin (Launonen 2007, 79). Kehitysvammaisilla on yleensä jonkinlaisia ongelmia niin puhumisessa, puheen ymmärtämisessä, kirjoittamisessa kuin lukemisessa (Kartio 2009a, 61). Siitä huolimatta myös vaikeasti vammaiset voivat vuosien tai vuosikymmenien harjoittelulla oppia arjessa toistuvia asioita ja heillä voi olla suuri halu ottaa ja ylläpitää kontaktia, vaikka he eivät siinä onnistuisikaan. Vuorovaikutusaloitteisiin vastaaminen voi olla heillä muun muassa hitaampaa ja siihen tarvitsee yleensä hyvin selkeän ärsykkeen, kuten kosketuksen sekä riittävästi aikaa. (Launonen 2007, 78–80.) Kommunikointi kehitysvammaisen potilaan kanssa voikin olla monimutkaista etenkin olosuhteissa, joissa henkilökuntaresurssit ja aika tulevat vastaan (Diack & Cohen 2008, 42).

Hoitajat eivät välttämättä tunnista kehitysvammaisen poikkeavalla tavalla ilmaisemia viestejä aloitteiksi eikä sen vuoksi voi myöskään vastata niihin. Hoitaja voikin korvata kehitysvammaisen ihmisen aloitteettomuutta omalla aktiivisuudellaan, mikä ei taas jatkossakaan anna tilaa aloitteiden tekemiseen. Tämän kaltainen yhteisen kielen puute voi johtaa väärinymmärryksiin, joissa kehitysvammaisen ihminen ei pääse vaikuttamaan. (Vuoti ym. 2009, 12.) Väärinymmärryksiä ei kuitenkaan kannata ohittaa, koska kehitysvammaisen potilas voi kokea, ettei hän tule ymmärretyksi eikä halua osallistua vuorovaikutukseen enää lainkaan. Hoitaja voi taas kokea tilanteen epätoivoiseksi, kun vuorovaikutus ei enää suju. Epäselvissä tapauksissa on kuitenkin suositeltavaa kysyä, mistä puhutaan, sillä väärinymmärrykset ja niiden selvittely kuuluvat jokapäiväiseen kommunikointiin. (Leskelä 2009, 35–39.)

Hoitajat usein pohtivat, pitäisikö kehitysvammaisen potilaan kanssa puhua hänen varsinaisen ikänsä vai ikätasonsa mukaisesti. Kehitysvammaisille puhutaankin usein kuin lapsille (Leskelä 2009, 32). Voikin olla hyödyllistä käyttää samankaltaisia keinoja kuin nuorten lasten kanssa kommunikoinnissa kuitenkin välttäen holhoavaa ilmapiiriä. Esimerkiksi lyhyiden lauseiden käyttö, liiallisten kysymysten ja ehtojen välttäminen, toistaminen ja ymmärtämisen tarkistaminen

ovat oleellisia kielellisiä keinoja myös kehitysvammaisen potilaan kanssa keskusteltaessa. (Diack & Cohen 2008, 50–51.) Tärkeää on myös pilkkoa tietoa useampaan osaan, sillä se on helpommin ymmärrettävissä. Toisin sanoen kieltä voidaan siis mukauttaa samoin periaattein kuin lapselle, jotta se saataisiin ikätasoa vastaavaksi kuitenkin muistaen, että ei ole tarkoitus puhua aikuiselle ihmiselle kuin lapselle. (Leskelä 2009, 29, 32.) Esimerkiksi hellittelykieli, äänen pehmentäminen tai ylenpalttinen kehuminen ei sovi aikuisen kehitysvammaisen ihmisen kohtaamiseen (Kartio 2009b, 14). Kehitysvammaisen ihminen tarvitsee kuitenkin usein selkokieltä, joka on yleiskieltä selkeämpää ja yksinkertaisempaa (Virtanen 2012, 16, 45).

Selkokeskuksen mukaan selkokieli on mukautettua sisällöltään, sanastoltaan sekä rakenteeltaan paremmin käsitettävämmäksi ja se on tarkoitettu ihmisille, joilla on hankaluuksia ymmärtää yleiskieltä (Kaatra 2015). Osalle kehitysvammaisista selkokielikin voi olla liian vaikeaa, jolloin nousee tarve puhetta tukeville ja korvaaville kommunikointimenetelmille (Virtanen 2012, 45). Etenkin vaikeiden ja uusien asioiden selittämässä on usein syytä käyttää muita keinoja selkokielen rinnalla (Kartio 2009b, 24). Puhetta tukevilla ja korvaavilla menetelmillä (Augmentative and Alternative Communication), joita kutsutaan myös AAC-menetelmiksi, yritetäänkin etsiä uusia viestintämahdollisuuksia, kun henkilöllä on vaikeuksia ilmaista itseään puheella (Huuhtanen 2011a, 15). Seuraavissa kappaleissa kerromme muun muassa selkokielen käytöstä ja erilaisista AAC-menetelmistä eri kehitysvamma-asteiden rinnalla. Kerromme myös, kuinka kehitysvamma-asteet vaikuttavat vuorovaikutukseen, mitä on haastava käyttäytyminen ja mistä syistä se voi johtua. On huomioitava kuitenkin jokaisen kehitysvammaisen yksilöllisyys, sillä esimerkiksi vuorovaikutustaitoihin vaikuttaa myös mahdolliset lisävammat ja oireyhtymille tyypilliset piirteet sekä vuorovaikutusympäristö (Launonen 2007, 80).

3.3.1 Kehitysvammaisen ihmisen vuorovaikutustaidot

Syvästi kehitysvammaisen ihmisen vuorovaikutustaidot kehittyvät erittäin hitaasti sekä heillä on myös usein erilaisia aisti- ja liikuntavammoja liitännäisvammoina, jotka vaikuttavat omalta osaltaan vuorovaikutukseen (Launonen 2007, 81).

Syvästi kehitysvammainen ihminen saattaa kommunikoida koko elinikäänsä esikielellisin keinoin eli olemuskielellä (Launonen 2007, 81; HUUHTANEN 2011a, 13). Olemuskieli on ei-kielellistä viestintää, johon kuuluu muun muassa ilmeet, eleet, katsekontakti, yleinen olemus sekä etäisyyden ja erilaisten asentojen ottaminen (NIND & HEWETT 2011, 40). Muutokseen syvästi kehitysvammainen ihminen saattaa reagoida esimerkiksi säpsähdyksellä, valpastumalla, jännittymällä tai ääntelyllä. Ääntely voi olla muun muassa itkuista, hyväntuulista tai nauravaista. Olemuskielellä viestiminen vaatiikin vuorovaikutuskumppanilta hyvin aktiivista ja yksilöllistä tulkintaa. Myös puheilmaisuuden ymmärtäminen voi syvästi kehitysvammaisella ihmisellä olla oman nimen ja toistuvien fraasien tunnistamista lukuun ottamatta aika vähäistä. (Launonen 2007, 82.) Puhetta korvaavia keinoja onkin perusteltua käyttää, kun henkilö ei itse ilmaisussaan käytä puhetta ja puheilmaisuuden ymmärtäminen on vähäistä (HUUHTANEN 2011a, 15). Olemuskielen lisäksi siis myös konkreettisilla, tilannekohtaisilla esineillä kommunikointi voi olla hyvä puhetta korvaava keino, sillä esimerkiksi tyyntyä liittyy nukkumaanmenoon ja lusikka ruokailuun (HUUHTANEN 2011b, 58). Loppupeleissä on kuitenkin vaikea tietää, mitä syvästi kehitysvammainen ihminen hahmottaa ympäröivästä maailmastaan (Launonen 2007, 81).

Myös vaikeasti kehitysvammaisilla ihmisillä viestinnälliset taidot kehittyvät hitaasti, mutta suurin osa heistä kuitenkin oppii käyttämään muutamanaista, fraasimaista puheilmaisuutta (Launonen 2007, 83–84). Vaikeasti kehitysvammaisen ihmisen sanat ja ääntämys voivat olla kuitenkin puutteellisia ja muuntuneita, jolloin yleensä tarvitaan puhetta tukevaa kommunikointikeinoja ymmärretyksi tulemiseen. Vaikka lähi-ihmiset oppivat yleensä tulkitsemaan puhetta, vaikeasti kehitysvammaisen ihmisen ilmaisu voi laajentua merkittävästi puhetta tukevilla keinoilla, kuten erilaisilla kuvilla ja tukiviittomilla. (Launonen 2007, 84; HUUHTANEN 2011a, 15.) Osa vaikeasti kehitysvammaisista ihmisistä tarvitsee toistuvasti puhetta korvaavia keinoja ja ne voivat olla tarpeellisia etenkin, kun he ovat kanssakäymisessä lähipiirin ulkopuolisen henkilön kanssa (Launonen 2007, 84). Mitä vaikeampaa kehitysvammaisen ihmisen omien tarpeiden ja toiveiden ilmaiseminen on, sitä aktiivisemmän roolin vuorovaikutuskumppanin on otettava tilanteessa (HUUHTANEN 2011a, 19). Vaikeasti kehitysvammainen ihminen voi kuitenkin oppia

yllättävänkin vastavuoroiseksi vuorovaikutuskumppaniksi, kun toimitaan hänen omalla kognitiivisella tasollaan. Yleensä vaikeasti kehitysvammaisen ihminen ymmärtää toistuviin jokapäiväisiin tilanteisiin liittyvää puhetta etenkin, jos sitä havainnollistetaan tai konkretisoidaan esimerkiksi ilmeillä, eleillä ja osoittamalla. (Launonen 2007, 83.)

Suurin osa keskivaikeasti kehitysvammaisista oppii puhumaan lauseita, joissa on yksinkertainen rakenne, mutta äännevirheet ja sanojen yksinkertaistuminen on tavallista. Tuttavat yleensä saavat puheesta selvää, mutta jälleen puhetta tukevilla keinoilla voidaan helpottaa myös ilmaisun ymmärrettävyyttä. Jos on puheilmaisun erityisvaikeuksia, voidaan käyttää myös puhetta korvaavia keinoja kommunikoinnissa. Keskivaikeasti kehitysvammaiset ihmiset ovat vastavuoroisia, tekevät itse vuorovaikutusaloitteita sekä pitävät keskustelua yllä kyselemällä ja kommentoimalla. Heillä voi kuitenkin olla vaikeuksia keskittyä yhteiseen tekemiseen ja siirtyä asiasta toiseen joustavasti varsinkin tuntemattoman aihepiirin sisällä. (Launonen 2007, 84–85.) Selkokielen tarvitsijalla voikin olla yleistietoa vähän, joten on syytä aloittaa tutuista aiheista (Kartio 2009b, 14). Keskivaikeasti kehitysvammaiset ihmiset ymmärtävät kuitenkin konkreettista päivittäisiin toimintoihin ja nykyhetkeen liittyvää puhetta hyvin. Käsitteellinen kieli, jossa pitää irtautua nykyhetkestä ja esimerkiksi muistella menneisyyttä tai kuvailla sillä hetkellä havaitsemattomissa olevia asioita, on vaikeaa. (Launonen 2007, 84–85.) Onkin tärkeää puhua selkokielellä hyödyntäen arkipäiväisiä sanoja, jotka ovat merkitykseltään konkreettisia. Jos on käytettävä abstrakteja sanoja, kannattaa yhdessä käydä läpi, mitä konkreettisia ilmenemismuotoja sanalla on. (Kartio 2009b, 16, 18.)

Lievästi kehitysvammaiset ihmiset puhuvat yleensä sujuvasti ja voivat jopa oppia lukemaan ja kirjoittamaan hieman. Kielen rakenne saattaa olla virheetöntä ja monipuolista lukuun ottamatta pieniä kieliopillisia virheitä ja äännevirheitä. Heidän keskustelunaiheet saattavat olla suppeita ja konkreettisia omaa elämään liittyviä aiheita, mutta on hankala määrittellä, johtuuko se kognitiivisesta rajoittuneisuudesta vai ympäristön vähäisistä virikkeistä. (Launonen 2007, 85–86.) Tiedetään, että keskustelijan kokemuksetkin vaikuttavat viestien sisältöön ja sen vuoksi olisikin tärkeää saada kartuttaa niin positiivisia kuin negatiivisiakin

kokemuksia (Huuhtanen 2011a, 14). Lievästi kehitysvammaiset ihmiset ymmärtävät yleensä kuitenkin hyvin toisten puhetta ja osaavat käydä vastavuoroista keskustelua. Ainoastaan nopeasti puhuvat monisanaiset vuorovaikutuskumppanit ja todella käsitteelliset asiat voivat olla haasteellisia ymmärtää. (Launonen 2007, 85.) Selkokielellä kommunikoidessa onkin syytä puhua ydinsanoja korostaen rauhallisesti ja tavanomaista hitaammin, mutta ei kuitenkaan laahaavalla rytmillä (Kartio 2009b, 13, 23). Tärkeää on myös puhua yhdestä asiasta kerrallaan välttämällä pitkiä lauseita, sillä lyhemmät lauseet toimivat parhaiten ohjeistamisessa ja tiedottamisessa (Kartio 2009b, 12–13).

3.3.2 Kehitysvammaisen potilaan haastavan käyttäytyminen

Haastavaa käyttäytymisen käsitettä voi määritellä niin haastavasti käyttäytyvän kehitysvammaisen ihmisen kuin hänen sosiaalisen ympäristönsä näkökulmasta (LaVigna & Willis 2010, 34). Se on sosiaalisista normeista poikkeavaa, sopimatonta sekä impulsiivista käytöstä, jota omaisten ja hoitajien on vaikea hallita (Kelly 2008, 179–181). Kupari (2010, 31) on todennut laadullisessa tutkimuksessaan ”Haastavan käyttäytymisen tulkinnat kehitysvamma-alan lehdissä” Saloviitaan (1993) viitaten, että käyttäytymisen häiriöitä voivat olla esimerkiksi itsensä ja toisten vahingoittaminen, tavaroiden särkeminen sekä sääntöjen rikkominen. Myös sanallinen aggressiivisuus, huutaminen, vaatteiden riisuminen, varastaminen, muista vetäytyminen, jatkuva huutaminen, sopimaton seksuaalinen käytös sekä tottelemattomuus voivat olla esimerkkejä haastavasta käyttäytymisestä (Twist & Montgomery 2010, 233). Käytöksestä voi myös tulla haastavaa siinä vaiheessa, kun sitä tehdään esimerkiksi toistuvasti, liian kauan tai tilanteeseen sopimattomalla paikalla (Kelly 2008, 180).

Kehitysvammaisen ihmisen näkökulmasta haastava käyttäytyminen estää yhteiskuntaan sopeutumista, koulutus- ja työllisyysmahdollisuuksia, ihmissuhteiden luomista, itsenäisyyttä sekä itsemääräämisoikeuden toteutumista. Loppujen lopuksi se estää myös parhaan mahdollisen elämänlaadun saavuttamisen. (LaVigna & Willis 2010, 34–35; Twist & Montgomery 2010, 233.) Ympäröiville ihmisille haastava käyttäytyminen voi

puolestaan aiheuttaa muun muassa fyysistä sekä emotionaalista tuskaa (Twist & Montgomery 2010, 233).

Lopulta haastavan käyttäytymisen määrittely on kulttuurisidonnaista, sillä se riippuu ympäristöstä ja havaitsoista. Haastavaa ei aina ole pelkästään käytös itsessään vaan myös se, kuinka sitä voidaan hallita ja lievittää esimerkiksi erikoissairaanhoidon piirissä. (Kelly 2008, 180.) Tärkeintä ei ole siis, millaista käytös on vaan se, mistä se johtuu ja miten siihen voidaan vaikuttaa, sillä se ei ole automaattisesti kehitysvammaan kuuluvaa käytöstä (Kelly 2008, 183). Se ei ole myöskään pelkästään yksilön ominaisuus vaan siinä on kyse myös vuorovaikutussuhteesta, johon hoitaja voi omalla käytöksellään vaikuttaa (Saloviita 1993, Kuparin 2010, 31 mukaan).

Haastava käyttäytyminen voi johtaa tilanteisiin, joissa potilas on vaaraksi itselle tai muille, minkä vuoksi on rajoitettava potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitustoimenpitein, kuten rauhoittavalla lääkityksellä (Kelly 2008, 193). Psykyllä lääkkeet voivatkin olla tehokkaita käytöksen hillitsemisessä, mutta lääkitystä ei saisi käyttää vain korvaamaan henkilökunnan puutetta (Valuing People 2001, 103). Rajoittaminen on siis viimeinen keino, sillä olennaisinta on tilanteisiin johtavien tekijöiden ennaltaehkäisy (Kelly 2008, 193). Haastavan käyttäytymisen ennaltaehkäisy on helpompaa, kun hoitaja tuntee asiakkaan sekä mahdollisia syitä käytökseen. Syyt voivat liittyä esimerkiksi kohtaamattomiin tarpeisiin, toiveisiin tai tunteisiin, ei toivottuun ympäristöön, mielenterveysongelmiin tai fyysiseen sairauteen. (Kelly 2008, 181–183.)

Haastava käyttäytyminen voi olla myös opittu tekniikka, jonka avulla kehitysvammaisen potilas haluaa osoittaa, ettei hänen tarpeisiinsa ole vastattu. Esimerkiksi aggressiivinen käyttäytyminen vaatii lähi-ihmisiltä ja hoitajilta asiaan puuttumista. Haastavan käyttäytymisen arvioimisen ja tutkimisen kautta kehitysvammaisen potilas voi saada tarpeensa osittain kohdatuiksi. (Kelly 2008, 181.) Haastava käyttäytyminen voi olla esimerkiksi tapa kertoa, että jokin paikka on erittäin kipeä (Twist & Montgomery 2010, 237). Myös ympäristön steriiliys sekä riittävien virikkeiden puute voi johtaa siihen, että potilas saattaa alkaa etsiä mielihyvää esimerkiksi itsensä vahingoittamisesta tai masturboinnista

sopimattomissa tilanteissa (Kelly 2008, 182). Lisäksi asumisjärjestelyiden muutokset, hoitohenkilökunnan vaihtuminen tai päivittäisistä rutiineista poikkeaminen voivat herättää tunteita, joita saatetaan ilmaista haastavalla käytöksellä (Twist & Montgomery 2010, 237–238). Kehitysvammaiset ihmiset voivat tuntea myös kateutta siitä, ettei heitä hoideta yhtä hyvin kuin jotain toista potilasta, mikä voi johtaa muun muassa huutamiseen. Haastavan käyttäytymisen huomiotta jättäminen voi pahentaa sitä entisestään. (Kelly 2008, 183.)

Kehitysvammaiset kuuluvat myös niin sanottuun haavoittuvaiseen ryhmään, mikä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että he kohtaavat muun muassa kaltoinkohtelua ja perheväkivaltaa useammin kuin valtaväestö. Sen vuoksi kehitysvammaisen ihminen voi kuvitella esimerkiksi väkivaltaisen käyttäytymisen kuuluvan normaaliin kanssakäymiseen myös toisessa elinympäristössä ollessaan. (Kelly 2008, 183–184.) Onkin olennaista selvittää haastavan käyttäytymisen syitä sekä keksiä haastavaa käyttäytymistä ehkäiseviä toimintoja (Kelly 2008, 194).

4 KEHITYSVAMMAISEN HOITOTYÖ SISÄTAUTIEN VUODEOSASTOLLA

4.1 Kehitysvammaisen potilaan oikeudet terveydenhuollossa

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää jokaiselle Suomessa pysyvästi asuvalle henkilölle oikeuden saada terveydentilansa edellyttämää sekä laadukasta terveyden- ja sairaanhoitoa. Hoidon tulee olla ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaa sekä se tulee toteuttaa ilman syrjintää, potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:3.1–3 §.) Nämä samat oikeudet kuuluvat myös kehitysvammaisille. Toisaalta esimerkiksi potilaan tahdosta riippumatta annettavasta hoidosta on kehitysvammaisten kohdalla säädetty erikseen kehitysvammaisten erityishuollosta säädettyssä laissa. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519 3a:42j.1 §; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:6.4 §.)

Laissa on myös määritetty, että potilailta on oikeus saada ymmärrettävää tietoa terveydentilastaan, hoidon syystä, erilaisista hoitomenetelmistä sekä niiden tehokkuudesta ja mahdollisista seurauksista. Ei kuitenkaan tarvitse tiedottaa tapauksissa, joissa potilas ei tahdo tietää hoidostaan tai joissa tiedottamisesta voisi aiheutua hengenvaara tai muu vakava seuraamus potilaan terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:5.1 §.) Myös tulkkauspalvelua on syytä käyttää, jos potilas ei tule ymmärretyksi kuulovamman, kuulonäkövamman tai puhevamman takia (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:5.2 §; Kansaneläkelaitos 2017). Potilaan on kuitenkin käytettävä tulkattavaa kommunikointimenetelmää, kuten puhetta, viittomakieltä, viitottua puhetta, kirjoittamista tai muita kommunikaatiotapoja (Kansaneläkelaitos 2017).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään myös potilaan itsemääräämisoikeudesta ja sen toteutumisesta kehitysvammaisen potilaan kohdalla. Jos täysi-ikäinen ei pysty kehitysvammaisuutensa takia päättämään hoidostaan, tulee hoitopäätöksistä keskustella laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen kanssa, jotta saataisiin tietää potilaan omat toiveet annettavasta hoidosta. Jos potilaan tahto ei ole tiedossa tai läheiset ovat siitä eri mieltä,

kehitysvammaista potilasta hoidetaan hänen henkilökohtaisen edun mukaisesti ja lääketieteen näkökulmasta perustellulla tavalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785 2:6.2–3 §.)

Kehitysvammalakiin tuli 10. kesäkuuta 2016 voimaan muutoksia, joiden tarkoitus on vahvistaa kehitysvammaisten itsemääräämisoikeutta sekä itsenäistä suoriutumista. Lakiin tuli uusia säädöksiä koskien esimerkiksi rajoitustoimenpiteiden käytön edellytyksiä ja niiden kirjaamista sekä muutetut säännökset tahdosta riippumattomasta erityishuollosta. Näiden uudistuksien ja muutoksien tarkoitus on vähentää rajoitustoimenpiteiden käyttöä erityishuollossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Uudistettu laki määrittää terveydenhuollon ammattihenkilöille oikeuden antaa vastustavalle kehitysvammaiselle potilaalle välttämätöntä terveydenhuoltoa potilaan vastustuksesta riippumatta, jos potilas ei itse esimerkiksi pysty päättämään hoidostaan ja jos hoitamatta jättäminen vaarantaa potilaan terveyden. Tahdosta riippumatonta hoitotoimenpidettä toteuttaessa kehitysvammaisesta potilaasta voidaan pitää kiinni tai hänen liikkumistaan voidaan rajoittaa välineiden avulla enintään tunnin tai hoitotoimenpiteen keston ajaksi. (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519 3a:42j.2–4 §.) Muita syitä rajoitustoimenpiteisiin on muiden potilaiden terveyden turvaaminen, merkittävien omaisuusvahinkojen välttäminen sekä tilanteet, joissa lievemmät toimenpiteet eivät ole riittäneet (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519 3a:42d.1 §). Tahdosta riippumatta annettavaa hoitoa toteutetaan lääkärin päätöksellä ja hänen antamien ohjeiden mukaan (Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519 3a:42j.2–4 §).

4.2 Kehitysvammaisen potilaan hoitaminen sisätautien vuodeosastolla

Sairaanhoitajan tehtäviin kuuluvat sairauksien hoito ja ehkäisy, terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä kärsimysten lievittäminen (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 3:15.1 §). Sairaanhoitaja toteuttaa siis hoitotyötä, joka on tarpeista lähtevää auttamista, vuorovaikutuksellista tukemista sekä potilaan kehityksen ja kasvun edistämistä. Hoitotyössä korostuu myös yksilöllisyyden periaate, jossa otetaan huomioon

potilaan kliininen ja henkilökohtainen terveydentila. Yksilöllisyyden huomioiminen on myös edellytys hyvän hoidon saavuttamiseksi. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2014, 14.) Kehitysvammaisen hoitotyön ensisijaisena tavoitteena pidetään puolestaan yksilön hyvinvoinnin ja osallisuuden tukemista parantamalla tai ylläpitämällä fyysistä ja psyykkistä terveyttä (Good Practice 2007, 10). Kehitysvammaisen ihmisen oman hallinnan tunnetta hoitaja voi auttaa vahvistamaan esimerkiksi kommunikaatiota tukemalla, rohkaisemalla tekemään valintoja, toimintakykyä ja omatoimisuutta tukemalla sekä luottamuksellisen yhteistyösuhteen avulla (Huuhka & Suominen 2010, 31). Seuraavaksi käsittelemme kehitysvammaisen potilaan hoitotyötä sisätautien vuodeosastolla hoitotieteen neljän keskeisen käsitteen kautta, jotka ovat ihminen, terveys ympäristö, hoitotyö (Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–15).

Hoitotyö on ihmistyötä, jossa ihmiskäsitys on jatkuvasti läsnä (Rauhala 2014, 127). Hoitotyö käsittää ihmisen kokonaisuutena, johon kuuluu psykofyysinen, sosiaalinen ja tiedostava ulottuvuus. Ihmisen yksilöllisyyttä tulee kunnioittaa sekä hoitotyötä toteuttaessa tulee pyrkiä inhimilliseen arvokkuuteen ja humanistisuuteen. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 14–15.) Ihmisarvo on jatkuvasti läsnä hoitotyössä ja se on turvattu jopa laissa. Jokainen ihminen on arvokas ja ansaitsee inhimillisen ja arvokkaan kohtelun hänen taustoistaan tai henkilökohtaisista ominaisuuksistaan riippumatta. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 20–21.) Kehitysvammaisen ihminen on siis ihmisarvoltaan täysin samanarvoinen kuin muutkin, vaikka kehitysvammaisuus voi herättää erilaisia käsityksiä ja mielikuvia (Kaski ym. 2012, 151).

Doodyn, Markeyn ja Doodyn (2012) tutkimukseen osallistuneet hoitajat pitivät tärkeänä, että hoitotyössä nähtäisiin itse ihminen kehitysvamman takana. Jos siihen ei pystytä, ihmistä saatetaan pitää sairaana pelkästään kehitysvamman takia tai keskitytään vain älyllisiin puutteisiin, jolloin kehitysvamman aiheuttamat muut tarpeet tai erityispiirteet voivat jäädä huomiotta (Kaski ym. 2012, 150). Myös sairaalahoidossa pidetään tärkeänä, että kehitysvammaisen ihminen voidaan hoitaa kokonaisvaltaisesti (Doody, Markey, Doody 2012, 1115). Toisinaan saatetaan unohtaa kehitykselliset erot eri kehitysvammaisten ihmisten välillä ja ajatella kaikkien kehitysvammaisten ihmisten olevan esimerkiksi lapsenomaisella

tasolla. Kehitysvammaisuuden käsittäminen yksipuolisesti kuitenkin estää kehitysvammaisen potilaan yksilöllisten piirteiden sekä iänmukaisten tarpeiden huomioinnin, jolloin kokonaisvaltainen hoito ei toteudu ja hoitoon liittyviä merkittäviä asioita saattaa jäädä huomioimatta. (Kaski ym. 2012, 150–151.)

Hoitotieteessä ympäristöllä tarkoitetaan sekä fyysisiä ympäristöjä että ihmisen sisäisiä ja ulkoisia ympäristöjä. Sisäiseen ympäristöön lukeutuu esimerkiksi ihmisen tietoisuus ja elintoiminnot, kun taas ulkoiseen ympäristöön sisältyy esimerkiksi kulttuuriset tekijät sekä potilaan omat toiminnot. Hoidon aikana hoitajan on tärkeä huomioida potilaan taustat, historia sekä sairauden tai esimerkiksi kehitysvamman tuomat rajoitukset. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 15.) Kehitysvammaisen potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa vaatii hoitajilta sekä tietoa potilaan taustoista, että ymmärrystä kehitysvamman vaikutuksista potilaan toimintaan ja käyttäytymiseen (Ashman, Ockenden, Beadle-Brown & Mansell 2010, 162).

Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B hoidetaan pääasiallisesti kardiologisia ja nefrologisia potilaita. Osastolla on 32 potilaspaikkaa, joista neljä on tehostettua hoitoa tarjoavassa sydänvalvontayksikössä. Jopa 60 % potilaista tulee osastolle päivystyspoliklinikan kautta. Hoitoon tulon syynä on muun muassa pahentunut munuaisen vajaatoiminta, sepelvaltimotauti, verenpainetauti tai sydämen vajaatoiminta. Myös erilaiset rytmihäiriöt sekä läppäviat hoidetaan osastolla. (Lapin sairaanhoitopiiri 2016a; Lapin sairaanhoitopiiri 2016b.) Hoitoympäristön muutokseen kehitysvammaiset ihmiset voivat reagoida voimakkaasti, kun tuttu ympäristö vaihtuu oudoksi ja uudeksi. Kehitysvamma-asteesta sekä yksilön ominaisuuksista riippuen ympäristön muutokseen voidaan reagoida esimerkiksi pelokkaasti tai valpastumalla. Hoitoympäristön muutos voi siis olla kehitysvammaiselle potilaalle merkittävä ja jopa pelottava tapahtuma. (Launonen 2007, 82.)

Terveys voidaan määritellä ihmisen omaksi kokemukseksi hänen hyvinvointinsa tilasta. Ihmisillä voi olla erilaisia käsityksiä terveydestä ja sairaudesta ja niiden käsittämiseen vaikuttaa myös kulttuuriset arvot sekä yhteiskunnan resurssit. (Rautava-Nurmi ym. 2014, 15.) Kehitysvammaisilla käsitys omasta

terveydestään voi olla puutteellinen, sillä heillä ei välttämättä ole tarpeeksi tietoa ja ymmärrystä terveellisyydestä ja omasta terveydestä huolehtimisesta (Arvio & Aaltonen 2011, 107). Positiivisen ja terveen minäkuvan saavuttamiseksi olisi kuitenkin oleellista, että kehitysvammaisen ihminen tietäisi muun muassa kehitysvamman syyn ja sen vaikutuksen toimintakykyyn (Huuhka & Suominen 2010, 31). Yleensä suomalaiselle väestölle tyypilliset terveysongelmat ovat tavallisia myös kehitysvammaisilla potilailla. Sen lisäksi heillä on kuitenkin erilaisia kehitysvammaisuuteen liittyviä terveysriskejä, kuten keskushermoston toimintahäiriöt sekä kullekin kehitysvammaoireyhtymälle tyypilliset terveysongelmat. (Arvio & Aaltonen 2011, 106–107.) Aina kehitysvammaisen ihmisen terveysongelmia ei huomata, kun hän ei voi välttämättä itse ilmaista vointiaan perinteisin tavoin (Lindsay 2011, 56).

Hoitotyö itsessään on hoitotieteen keskeinen käsite, mutta hoitotyötä toteuttaessa hoitaja huomioi myös potilaan ihmisenä, potilaan terveydentilan sekä ympäristöön liittyvät tekijät (Rautava-Nurmi ym. 2014, 15–16). Sisätauteja sairastavan potilaan hoitotyö on haastavaa, sillä esimerkiksi sama sairaus voi ilmetä eri tavoin toisella potilaalla (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 97). Myös kehitysvammaisten terveysongelmat saattavat esiintyä eri tavoin, jonka vuoksi ne voivat jäädä tunnistamatta. Esimerkiksi kehitysvammaisten kipua ja infektoita ei välttämättä tunnisteta, sillä ne saattavat ilmetä vain käytöksen muuttumisena, esimerkiksi aggressiivisuutena, levottomuutena tai vetäytymisenä. (Lindsay 2011, 56.)

Sowneyn ja Barrin (2007) tutkimuksessa hoitajat kokivatkin, että kommunikaatiovaikeudet hankaloittivat myös tarpeiden määrittämistä, hoidosta tiedottamista sekä suostumuksen pyytämistä. Terveystieteiden ammattihenkilöiden hankaluudet sanattoman viestinnän ymmärtämisessä sekä kivun arvioimisessa saattoi hoitajien mielestä myös johtaa ylimääräisten tutkimusten tekemiseen, jotta voitaisiin varmistaa kehitysvammaisen potilaan terveydentila. Oireiden diagnosointi ja hoito voivatkin viivästyä tai oireet saatetaan diagnosoida väärin, jos potilas ei kehitysvamman takia pysty kertomaan tai kuvailemaan vointiaan (Lindsay 2011, 56). Oleellista olisikin, että hoitajalla olisi monipuolisia tapoja tukea kehitysvammaisen potilaan

kommunikointia, kuten ilmeet, eleet, kosketus sekä muut vaihtoehdoisen kommunikoinnin keinot (Huuhka & Suominen 2010, 31).

Doodyn, Markeyn ja Doodyn (2012) tutkimustuloksissa kehitysvammaisten hoitotyöhön suuntautuneet sairaanhoitajat toivat esille, että potilaan tunteminen on äärimmäisen tärkeää, sillä silloin on helpompi tulkita asiakkaan sanatonta viestintää sekä tunnistaa hänen tarpeensa. Sisätauteja sairastavat potilaat käyttävätkin usein monien terveydenhuollon yksiköiden palveluja lähes yhtä aikaisesti, jolloin korostuu myös hyvä yhteistyö yksiköiden välillä (Ahonen ym. 2012, 97). Sowneyn ja Barrin (2007) tutkimukseen osallistuvat hoitajat toivat kuitenkin esille, että tarpeiden määrittäminen oli hankalaa myös sen vuoksi, kun palvelukodeista tulevan tieto oli puutteellista eikä onnistunut antamaan käsitystä kehitysvammaiselle potilaalle tyypillisestä käyttäytymisestä.

Hoitotyöhön kuuluu oleellisesti myös luottamus, vaikka aina se ei kuitenkaan toteudu. Luottamuksellinen hoitosuhde vaatii molempien osapuolien eli hoitajan ja potilaan sitoutumista hoidon toteuttamiseen. (Raatikainen 2015, 56, 72.) Kehitysvammaisen potilaan näkökulmasta epäluottamusta hoitosuhteeseen tuo esimerkiksi asioiden kertomatta jättäminen tai asioiden selittäminen niin, ettei potilas ymmärrä miten tai mitä hoitoa aiotaan toteuttaa. Epäluottamus ja ahdistuneisuus hoitosuhteessa voivat johtaa kehitysvammaisen potilaan käytöshäiriöihin tai pelkotiloihin, jotka voivat haitata hoitotilanteita tulevaisuudessa. (Gibbs, Brown & Muir 2008, 1065.) Myös potilas voi hyväksikäyttää hoitajan luottamusta, esimerkiksi käyttäytymällä aggressiivisesti tai asettamalla toisen potilaan hyvinvoinnin vaaraan. Hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde takaa hoitotyön laadun ja turvallisuuden sekä potilaalle että hoitajalle. (Raatikainen 2015, 57–58.)

5 OPINNÄYTETYÖ LAADULLISELLA MENETELMÄLLÄ

5.1 Laadullinen tutkimusote

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusotteella pyritään selvittämään yksilön tai yhteisön kokemuksia, tulkintoja, vaikutelmia, vaikuttimia sekä näkemyksiä tutkittavasta ilmiöstä. Niitä selvittämällä voidaan huomata samankaltaisia tai erilaisia uskomuksia ja asenteita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.) Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää hoitajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta. Tutkittava ilmiö sekä tutkimustehtävät määrittävätkin millainen tutkimusmenetelmä valitaan. Ei siis ole olennaista miettiä, mikä tutkimusmenetelmä olisi helpoin toteuttaa vaan, millä menetelmällä saadaan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 54–55.)

Kvalitatiivisella ja kvantitatiivisella tutkimusotteella voidaan tutkia samaa ilmiötä eri näkökulmasta (Tuomi & Sarajarvi 2009, 20). Kvalitatiivinen tutkimusote on kuitenkin kvantitatiivista joustavampi tutkimusprosessi, sillä sitä ei voi toteuttaa vain yhdellä oikealla tavalla. Laadullista tutkimusta käytetään yleensä, kun teorian tietoa ei ole olemassa ja halutaan syvempi ymmärrys tutkittavasta ilmiöstä. (Kananen 2011, 41, 43.) Mielestämme kvalitatiivinen tutkimusote sopiikin hyvin tutkimusaiheeseemme sekä tutkimustehtäviimme. Kirjallisuushakuja tehdessämme totesimme, että aiheestamme ei ole juurikaan olemassa suomalaista tai vieraskielistä tutkimustietoa. Huomasimme myös, että tutkimukset sijoituivat enimmäkseen perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon sijoittuvat koskivat päivystystä. Sen vuoksi toimivan määrällisen kyselylomakkeen tekeminen olisikin ollut mielestämme haastavaa, sillä meillä ei ollut kovin vahvaa ennakkoymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi halusimme antaa hoitajille mahdollisuuden kuvata kokemuksiaan avoimien kysymysten avulla. Yksittäisen teemahaastattelun aikana meidän omakin ymmärryksemme tutkittavasta ilmiöstä vahvistui ja pystyimme täsmentämään teemoja ja kysymyksiä haastattelujen aikana.

5.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tutkija voi valita tiedonantajansa harkinnanvaraisesti korostaen heidän runsasta tietoaan ja kokemuksiaan tutkittavasta ilmiöstä saadakseen kyseistä ilmiötä edustavan joukon. Laadullisen tutkimuksen otoksen ei siis tarvitse olla satunnainen, sillä sen tarkoitus on kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman hyvin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 112.) Valitsimme tutkimukseemme osallistujat toimeksiantajamme avulla. Osallistujat työskentelivät sairaanhoitajina samalla sisätautien vuodeosastolla 5B, josta saimme myös toimeksiantomme. Halusimme selvittää tulevan ammattikuntamme ajatuksia tutkittavasta ilmiöstä, jonka vuoksi haastattelimme neljää sairaanhoitajaa, joilla oli jo kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta. Tutkimukseemme osallistuvista sairaanhoitajista käytämmekin käsitettä harkinnanvarainen näyte, sillä he ovat tietynlaisin perustein valittu tutkimusjoukko. Samalla on kuitenkin huomioitava, että pelkällä sanalla ”näyte” on myös alkuperä määrällisen tutkimuksen piirissä, joten on olennaista käyttää käsitteitä varovaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85–86; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 67, 112.)

Laadullisessa opinnäytetyössä ei ole tarkoitus etsiä laajempaa yleistettävyyttä vaan luoda kestävä tulkinta tutkittavalle ilmiölle (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Jos aineisto on liian pieni, voivat tulokset jäädä pinnallisiksi ja yleisiksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Aineistoa pidetäänkin riittävänä silloin, kun se alkaa toistaa itseään, eikä tuo enää uutta tietoa tutkimuksen aiheesta. Tätä kutsutaankin saturaatioksi ja se voidaan saavuttaa jo pienestäkin tutkimusmateriaalista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 87–88; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Pidimmekin harkinnanvaraisen näytteemme kokoa riittävänä, sillä halusimme saada täsmällistä tietoa kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta, joka on vähän tutkittu aihe. Aloimme myös saada samankaltaisia vastauksia avoimiin kysymyksiimme.

Toteutimme aineiston hankinnan teemahaastattelulla. Teemahaastattelussa ei ole täsmällisiä kysymyksiä eikä niiden järjestystä, mutta aihealueet eli teemat haastattelulle on kyllä etukäteen jo olemassa ja ne ovat kaikille samat (Hirsjärvi

& Hurme 2008, 48; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 208). Ennen haastatteluja laadimmekin teemahaastattelun rungon (Liite 2), johon valitsimme teemoiksemme kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen ja sen kehittämisen tutkimustehtäviemme perusteella. Varsinainen kronologinen järjestys ja pysyvät kysymysmuodot kuitenkin puuttuivat. Teemahaastattelu on siis puolistrukturoitu tutkimushaastattelun laji, jolla pystytään tutkimaan haastateltavien omakohtaisia kokemuksia, mielteitä, emootioita sekä erilaisia uskomuksia (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48). Koimmekin teemahaastattelun tutkimuksemme kannalta parhaaksi haastattelumenetelmäksi, sillä sen avoimet kysymykset antoivat haastateltaville mahdollisuuden kertoa omin sanoin kokemuksistaan. Tutkijat ovatkin kiinnostuneita teemahaastattelusta nousseista yksilön tulkinnoista ja hänen antamistaan merkityksistä eri asioille (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48).

Toteutimme haastattelumme yksilöhaastatteluina kahtena eri päivänä Lapin keskussairaalan toimistotiloissa ja nauhoitimme käymämme keskustelut. Keskustelut kestivät noin 10 minuuttia. Yksilöhaastattelu on yleisin tutkimushaastattelun laji, joka saatetaan kokea helpommaksi toteuttaa kuin ryhmähaastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2008, 61). Vaikka yksilöhaastattelut voivat olla analyysin kannalta työläämpiä, saa niistä täsmällisempää ja luotettavampaa tietoa kuin ryhmähaastattelusta (Kananen 2011, 52). Arvelimme, että yksilöhaastattelun avulla pääsemme kiinni tutkittavien todellisiin kokemuksiin. Halusimme myös toteuttaa haastattelumme keskustelun kaltaisina, joissa edetään tilanteen mukaisesti. Haastattelijat tekevätkin usein sen virheen, että suunnittelevat haastattelutilanteet liian yksityiskohtaisesti, jolloin ei jää liikkumavaraa keskustelulle (Kananen 2011, 54). Etenimme haastattelussa kylläkin teemoittain samassa järjestyksessä, mutta kysymykset vaihtelivat haastateltavan kertoman mukaan.

5.3 Aineiston analysointi

Aloitimme aineiston analyysin litteroinnista. Litterointi on hankitun aineiston puhtaaksi kirjoittamista, joka tarkoittaa käytännössä äänitettyjen nauhoitusten kirjoittamista sanasta sanaan tekstiksi (Hirsjärvi ym. 2009, 222; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–164). Käytimme litteroinnissa apuna Express

Scribe Transcription -ohjelmaa, jonka avulla nauhoitteilla olevaa puhetta pystyi hidastamaan, joten se oli helpompi kirjoittaa puhtaaksi. Aineistoa litteroidessa on myös tehtävä päätös, kuinka tarkkaan hankittu materiaali kirjoitetaan auki, sillä se vaikuttaa analyysiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 164). Kirjoitimmekin puhtaaksi pelkästään puhutun materiaalin ja siitä syntyi 16 sivua aineistoa.

Analysoimme haastatteluista saamamme aineiston sisällönanalyysin keinoin. Sisällönanalyysi on kirjallisen aineiston analyysimenetelmä, jolla voidaan luoda induktiivisesti eli aineistolähtöisesti erilaisia käsitejärjestelmiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3). Aineistolähtöisen analyysin tarkoitus on siis luoda yksittäisistä kokemuksista teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöiseen analyysiin ei saisi vaikuttaa aiempi teoria vaan tutkimuksessa käytettyjen käsitteiden olisi nouseva aineistosta itsestään. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Analyysiimme sekä havaintoihimme vaikuttivat myös tutkimustehtävämme sekä ennakkoymmärryksemme kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta. Luodut käsitejärjestelmät kuvaavat tutkittavaan ilmiöön liittyvää kokonaisuutta kiteytetysti osoittaen myös eri käsitteiden arvojärjestyksen sekä yhteydet muihin käsitteisiin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3; Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139).

Aloitimme varsinaisen analyysin lukemalla aineistoa useamman kerran ja teimme sen perusteella myös käsitekarttoja jokaisesta haastattelusta. Sen jälkeen siirryimme aineiston redusointiin eli pelkistämiseen, jossa poistetaan se osa hankitusta materiaalista, joka ei vastaa tutkimukseen tarkoitukseen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109). Aineistosta siis poimitaan analyysiyksiköitä eli sanoja, lauseita, lauseen pätkiä tai pitempiä lausumia, jotka ovat vastauksia asetettuihin tutkimustehtäviin (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169). Poistimmekin tässä vaiheessa aineistostamme esimerkiksi tilanteet, jotka eivät olleet tapahtuneet kyseisellä osastolla vaan joskus aiemmin. Sen jälkeen poimimme aineistostamme sanoja, lauseita ja ilmaisuja, jotka liittyivät kehitysvammaisten potilaiden kohtaamiseen osastolla sekä hoitajien ehdottamia kehittämisideoita kohtaamisiin. Kerätyt analyysiyksiköt pelkistetään

mahdollisimman aineistolähtöisesti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 169). Pelkistimme keräämämme analyysiyksiköt aineistomme mukaisesti. Teemahaastattelun runkoon muodostetut teemat jäsentävät aineistoa, joten aineiston klusterointi eli ryhmittely voi olla yksinkertaisempaa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110, 93). Kävimme läpi aineistoa ja teimme havaintoja, jotka ryhmittyivät teemahaastattelun rungon teemojen alle. Aluksi oli paljon erillisiä ilmauksia, joita tarkastellessa huomasimme niiden välillä olevan yhteyksiä. Aineisto ryhmittyi selkeästi kuuteen yläluokkaan, jotka avaavat ja täsmentävät pääluokkiamme; kehitysvammaisen potilaan kohtaaminen ja sen kehittäminen (Liite 3). Ajoittain ryhmittely oli haastavaa, sillä jouduimme pohtimaan, mitä tutkittavat ovat tarkoittaneet ja mitkä asiat liittyvät toisiinsa. Välillä jouduimme tekemään omia tulkintoja aineistosta päästäksemme ryhmittelyssä eteenpäin.

Muodostettujen luokkien tulisi kuvata mahdollisimman hyvin hankittua materiaalia, sillä luokkien avulla abstrahoidaan eli käsitteellistetään ilmiötä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Lopullinen käsitejärjestelmä saadaan, kun abstrahointi vaiheessa yhdistetään aineistosta nousseet sekä aiemmat teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 112–113). Pyrimmekin nimeämään luokkamme mahdollisimman aineistolähtöisesti, mutta käytimme myös nimeämisissä aiempia teoreettisia käsitteitä sekä omaa tietämystämme tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustuloksissa pyrimme esittämään tulokset sillä tavoin kuin tutkittavat ovat ne alun perinkin tarkoittaneet. Seuraavaksi siirrymmekin kuvaamaan sairaanhoitajien kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Sairaanhoidajien kokemuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta sisätautien vuodeosastolla

Tutkimustuloksien mukaan sairaanhoitajilla oli vaihtelevia kokemuksia kehitysvammaisten kohtaamisesta. Vaikka aineistossamme korostui hoitajien haastavat kokemukset kehitysvammaisten kohtaamisesta hoitotilanteissa, oli heillä myös onnistuneitakin kokemuksia. Hoitajien mukaan he olivat toisinaan pärjänneet hoitotilanteissa hyvin ja he kuvailivatkin kohtaamisia esimerkiksi mukaviksi. Ongelmallisuutta kohtaamisessa aiheuttivat vuorovaikutukseen ja hoitotilanteisiin liittyvät haasteet sekä kehitysvammaiseen ihmiseen ja hoitajaan liittyvät tekijät. Hyviin kokemuksiin vaikuttivat puolestaan onnistunut vuorovaikutus, potilaan kehitystaso, omaisten ja ohjaajien osallistuminen, esitiedot potilaasta sekä hoitajan oma toiminta.

Aineistosta kävi ilmi, että osastolla suhtaudutaan pääsääntöisesti hyvin kehitysvammaisiin potilaisiin. Haastattelemamme sairaanhoitajat sanoivat, ettei heillä ole ongelmaa hoitaa kehitysvammaista potilasta, sillä heidän mielestään kehitysvammaisuus on luonnollista. Osa sairaanhoitajista koki myös, että kehitysvammaisen kohtaamiseen liittyvä osaaminen oli kehittynyt heidän työuransa aikana työkokemuksen myötä. Osalla hoitajista oli myös jonkin verran aiempaa kokemusta kehitysvammaisten hoitamisesta, mikä auttoi kohtaamisen luontevuudessa.

6.1.1 Kehitysvamman aste ja luonne

Kehitysvamma-asteella oli merkitystä kohtaamisessa, sillä esimerkiksi vaikeasti vammaisiin kontaktin saaminen koettiin hankalaksi. Kehitysvammaisilla potilailla ilmeni myös kommunikaatiovaikeuksia, kuten puheentuoton ongelmia, jotka aiheuttivat haasteita vuorovaikutukseen. Sen lisäksi kehitysvammaisten potilaiden ymmärryksen taso vaikutti hoitoon ja osa sairaanhoitajista kuvaili potilaiden kehitystasoa lapsenomaiseksi. Myös huomionhakuisuutta saattoikin esiintyä enemmän ja sen ajateltiin johtuvan siitä, että kehitysvammainen potilas

saattoi pitkästyä helpommin osastolla. He vaativatkin enemmän kannustamista hoitajalta. Lisäksi kehitysvammaisten levottomuus toi haasteita hoitamiseen, koska he saattoivat kuljeskella osastolla ja hoitajan täytyi olla tarkkana, etteivät he poistu osastolta. Toisinaan levottomuutta täytyi myös hillitä lääkkeillä.

”Varmaan se kehitysvamma-astekki sanelee aika paljon elikkä jos on vielä tämmösessä ymmärtämis- tai puheentuoton ongelmia niin kyllä se joskus aika haasteellista on..”

”...huomionhakusuus hällä oli suurempaa ko mitä muilla kuitenkin tuota ja vaati semmosta tsemppaamista...”

Potilaan lievempi kehitysvamma-aste, kyky ilmaista itseään sekä kehitysvammaohjaajan tai omaisen osallistuminen auttoivat puolestaan kohtaamisen onnistumisessa. Esimerkiksi kehitysvammaisen potilaan kanssa kommunikoidessa kehitysvammaohjaajan tai omaisen osallistumista ja osaamista pidettiin tärkeänä. Toisaalta osa hoitajista koki omaisten kanssa keskustelun aina yhtä vaativaksi, koska vanhempien huoli omasta lapsestaan oli jatkuvasti läsnä.

6.1.2 Hoitajan ammatillisuus

Osittain kohtaamisen haastavuuteen vaikutti myös hoitajan omat tunteet sekä koulutuksen ja kokemuksen puute. Osa hoitajista koki sääliä ja surullisia tunteita, jos kyseessä oli syvästi kehitysvammaisen nuori potilas, jonka tilanne ja ennuste olivat huonoja. Nuori potilas saattoi myös herättää äidillisiä tuntemuksia joissakin hoitajissa. Aineistossa tuli kuitenkin ilmi, että sellaisissa tilanteissa pyrittiin säilyttämään ammattimainen asenne. Toiset puolestaan kokivat epätoivoa sekä hädän ja voimattomuuden tunnetta hankalissa ja rankoissa hoitotilanteissa, joissa potilas ei ymmärtänyt syytä hoidolle. Sen kaltaisissa tilanteissa oli vaikea löytää ratkaisua ja sen kuvattiin myös aiheuttavan väsymystä hoitajissa. Yhdeksi tekijäksi hoitotilanteiden onnistumisessa katsottiin kuitenkin osaston henkilökunnan välinen hyvä kollegiaalisuus.

"...ikä meni sillä lailla just, että on ko niin, että sitä ajatteli, että vois olla äitiki, että ennenhän sitä ei semmosta aatellu. Nuorena sitä vain hoisi ei tullu semmosta äidinymmärrystä sillon vielä..."

"...yrittää säilyttää sen ammattimaisen asenteen, mutta kyllä tietenkin joskus voi olla ihan surullinen, että jos on niinku nuoresta ihmisestä kyse ja se kehitysvamma on hyvin syvä ja se tilanne siinä mielessä on niinku huono tai ennuste huono..."

Kävi myös ilmi, että hoitajat olivat sairaanhoitajakoulutuksensa aikana käsitelleet kehitysvammaisia potilasryhmänä vain vähän tai ei juuri ollenkaan. Osa näki koulutuksen puutteen haasteena, sillä oli vain oma käsitys siitä, miten kohdataan kehitysvammaisen potilas. Osa hoitajista ei esimerkiksi aina osannut erottaa kehitysvammaiselle ominaista käyttäytymistä siitä, kun potilas yrittää ilmaista terveysongelmiaan. Osa hoitajista olisikin toivonut, että kehitysvammaiset olisi huomioitu yhtenä potilasryhmänä heidän koulutuksessaan. Osa hoitajista taas kertoi, että heidän opiskeluihin oli kuulunut pieni kehitysvammaisten hoitotyötä käsittelevä osa-alue esimerkiksi lyhyt harjoittelujakso. He kertoivatkin hallitsevansa perustiedon kehitysvammaisuuteen liittyen, mutta heillä ei ollut kuitenkaan tarkempaa tietoa esimerkiksi kehitysvammojen erityispiirteistä.

"Yleensähan se on, ettei välttämättä ymmärretä yhtään, että mitä se potilas tarkoittaa, jos se huutaa tai jotaki. Onko sillä oikeasti hätä vai kuuluuko se sen siihen olemukseen..."

Kokemusten saamista kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta pidettiin myös hankalana, koska osastolla oli harvoin kehitysvammaisia potilaina. Hoitajat saattoivatkin omasta mielestään toisinaan arvioida kehitysvammaisen potilaan ymmärryksen tason väärin. Jos potilas oli puolestaan hoitajille jo ennestään tuttu, oli kohtaaminen ja hoitaminen helpompaa kuin tuntemattomamman potilaan kanssa. Onnistuneessa kohtaamisessa korostuikin aiemmin luodun potilassuhteen merkitys, sillä silloin hoitaja tunsu potilaalle ominaisen käyttäytymisen ja hänen tapansa.

”Sitte meillä on yks pitkäaikainen semmonen potilassuhde kans, joka meille on hirveen hyvin tuttu sitte, jonka kanssa meillä ihan mukavasti mennee ja kaikki tunnetaan, mutta hän on aika pystyy puhumaan ja on semmonen aika hyväkuntoinen kehitysvammanen...”

Vaikka hoitajilla ei ollut juurikaan koulutusta kehitysvammaisiin liittyen, osa heistä kuitenkin katsoi ammatillisen osaamisensa kehittyneen työkokemuksen myötä. Osa ei puolestaan osannut arvioida, miten oli kehittynyt kehitysvammaisen potilaiden kohtaamisessa, mutta ajatteli jatkuvan kehityksen työssään olevan tärkeää. Osa sairaanhoitajista oli kuitenkin omien sanojensa mukaan valmiimpia kohtaamaan kehitysvammaisia potilaita kuin uran alkuaikoina.

6.1.3 Vuorovaikutus

Vuorovaikutuksessa haasteelliseksi koettiin kontaktin saamisen vaikeus, kehitysvammaan liittyvät kommunikaatio-ongelmat sekä vaikeudet yhteisymmärryksen saavuttamisessa hoitajan ja kehitysvammaisen potilaan välillä. Hoitajat kertoivat, että eivät aina tieneet, kuinka päästä kontaktiin kehitysvammaisen potilaan kanssa ja toisinaan kontaktia ei saanut ollenkaan. Myös kehitysvammaan liittyvät kommunikaatiovaikeudet, kuten puheentuoton ongelmat, lisäsivät haastavuutta vuorovaikutukseen ja yhteisymmärryksen saavuttamiseen. Yhteisymmärryksen muodostuminen koettiin kuitenkin tärkeäksi, jotta hoito olisi asiakaslähtöistä. Sairaanhoitajat pohtivatkin enemmän yhteisymmärryksen merkitystä kehitysvammaisen potilaan kohdalla ja kuinka he tulisivat ymmärretyksi puolin ja toisin. Kehitysvammaisen potilaan ymmärryksen taso vaikuttikin kohtaamiseen, sillä hoitajien mukaan potilaat eivät aina ymmärtäneet hoitotilanteisiin liittyvää ohjausta. Hoitajat myös omasta mielestään saattoivat toisinaan arvioida kehitysvammaisen potilaan ymmärryksen tason väärin. Sairaanhoitajat eivät aina myöskään ymmärtäneet, mitä kehitysvammainen potilas halusi kertoa ja mitä hän käyttäytymisellään yritti viestiä.

”...tietenki se ymmärrys välillä, että ei oo sitä, että ei tulla aina ymmärretyksi puolin ja toisin...”

Vuorovaikutus koettiin onnistuneeksi, kun hoitaja sai potilaaseen kontaktin, potilas tuli ymmärretyksi ja heidän välilleen syntyi yhteisymmärrys. Lisäksi siihen vaikutti hoitajan kyky kertoa asiansa tavalla, jolla kehitysvammaisen potilas ymmärsi häntä. Toisaalta sairaanhoitajat pohtivat, kuinka kehitysvammaista tulisi lähestyä, jotta voitaisiin toimia samalla tasolla, kuten muidenkin potilaiden kanssa. Hyvää vuorovaikutusta edisti myös potilaan lievempi kehitysvammaaste, kyky ilmaista itseään sekä kehitysvammaohjaajan tai omaisen osallistuminen kohtaamiseen. Kehitysvammaohjaajan tai omaisen osallistumista pidettiin tärkeänä varsinkin tilanteissa, joissa kehitysvammaisen ei kommunikoinut puheilmaisuilla tai se oli epäselvää. Omaisilta sai myös hyviä neuvoja kommunikointiin sekä potilaan perustarpeiden tyydyttämiseen.

”...saa siihen potilaaseen sen yhteyden ja tulee semmonen, että potilas tulee ymmärretyksi ja ite saa sen asiansa kerrotuksi, niin – – näkkee että nyt siihen tuli se yhteys ja se onnistuu kaikki hyvin.”

”...on hyvä kysyä vanhemmilta ja ne mielellään neuvoo, että mitä pittää tehdä ja miten hoijetaan heidän lasta, että minusta se on hyvä juttu, että ne osallistuu siihen.”

6.1.4 Hoitotyö

Aineistossamme oli vahvasti esillä hoitajien pyrkimys lähestyä kehitysvammaista potilasta samalla lailla kuin ketä tahansa potilasta. Kohtaamisessa korostettiin siis tasa-arvoisuutta kuitenkin huomioiden kehitysvammaisen potilaan yksilölliset piirteet. Toisaalta jokaisella oli myös oma lähestymistapa, joita he kertoivat käyttävänsä kehitysvammaisen kohtaamisessa. Sairaanhoitajien kertoman mukaan tasa-arvoisuus ilmeni muun muassa siten, että kehitysvammaisen kohdattiin ilman väheksymistä eikä kehitysvamma muuttanut hoitajan asennetta mitenkään. Hoitajien tavoitteena oli ollut toteuttaa asiallista ja oikeudenmukaista hoitoa, jolla pyrittiin hyvään lopputulokseen. Osa hoitajista koki, että kehitysvammaisen potilas ei välttämättä tarvinnut erityishuomiota, mutta toisaalta

potilaan kehitysvamman asettamat yksilölliset tarpeet otettiin myös tarvittaessa huomioon.

"...lähen hoitamaan häntä niinkö mie hoitasin ketä tahansa potilasta, mutta tiettenki jos se kehitysvammaisuus aiheuttaa semmosia asioita, jotka minun pittää siinä hänen hoidossaan ja näissä muissa asioissa huomioida nii totta kai sitten tiettenkin ne huomioida."

Hoitajat kertoivat lähestyvänsä kehitysvammaisia potilaita neutraalisti potilaan tarpeista lähtien. Heillä oli kuitenkin myös erilaisia näkemyksiä, minkälainen lähestymistapa olisi hyvä. Osa hoitajista rinnasti aikuisen kehitysvammaisen hoitamisen lapsen hoitamiseen, kun taas osa lähestyi kehitysvammaista hänen varsinaisen ikänsä mukaisesti, vaikka potilas saattoikin olla kehitykseltään lapsen tasolla. Myös rauhallisuutta ja ystävällisen äänensävyn käyttöä lähestymisessä pidettiin tärkeänä, jotta potilas tuntisi olonsa turvalliseksi.

Palvelukodilta tulleella hoitotiedotteella oli myös suuri merkitys, sillä silloin saatavilla oli kattavat esitiedot potilaasta ja hoidon alku oli sujuvampaa. Olennaisena tietona pidettiin esimerkiksi sitä, miten kehitysvammainen potilas ilmaisee kipua, nälkää ja muita perustarpeitansa. Myös kysymällä sai tarvittaessa lisää tietoa potilaasta.

"...jos hoitokodista tulee nii tärkeä on se hoitotiedote minkä he tekkee, se kertoo paljon, että jos on hyvin tehty nii varmaan se hoidon alkuki lähtee paremmin ko tietään minkälainen potilas on kyseessä..."

Aineistosta nousi esille, että erilaisten kliinisten toimenpiteiden toteuttaminenkin voi olla hankalaa kehitysvammaisen potilaan kohdalla. Niihin täytyi muun muassa varautua paremmin sekä käyttää enemmän aikaa. Hoitotilanteissa kehitysvammaiset potilaat saattoivat hoitajien kertoman mukaan käyttäytyä vastahakoisesti tai jopa aggressiivisesti, kun he eivät ymmärtäneet hoidon tarkoitusta, hoitoon liittyvää kipua tai heille annettua potilasohjausta. Ajoittain kehitysvammaisia potilaita jouduttiinkin rajoittamaan ja hoitamaan tahdosta riippumatta. Hankalien hoitotilanteiden jälkeen osa hoitajista kertoi pohtivansa,

kuinka tilanteesta voisi selvitä seuraavalla kerralla paremmin. Myös työnkierto oli huomioitava raskaiden hoitotilanteiden jälkeen, sillä ne herättivät hoitajissa myös erilaisia tunteita, kuten vastenmielisyyttä ja väsymystä.

"...jos mennään, vaikka kanyloimaan nii sehä voi olla vaikeaa ymmärtää, miksi me kanyloijaa. Se saattaa olla käsien riuhtomista ja huutamista ja tämmöstä..."

"...yrittää raapia esimerkiksi tai kun ei ymmärrä selitetään, että mitä nyt tässä ollaan tekemässä, että ko tietyt hoitotoimet on pakko tehdä..."

"...niinkö kaikkien ihmisten kanssa joistaki ehkä tulee semmonen, että vähän semmonen vastenmielisyys tulla, että ko on ollu semmonen hankala hoitotilanne, nii varmaa tulee jokasella, että no taasko pittää mennä, että mitenhän me nyt tästä selvitään..."

6.2 Sairaanhoitajien ehdotuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisen kehittämistä

Aineistosta ei noussut kovinkaan paljon suoria kehittämisehdotuksia kehitysvammaisten kohtaamiseen. Sairaanhoitajien kehittämisideoista korostui erityisesti koulutus sekä sairaanhoitajatutkinnon aikana että työpaikalla. Osa hoitajista piti myös tiedon siirtymistä palvelukodin ja erikoissairaanhoidon välillä tärkeänä hoidon sujuvuuden ja laadukkuuden kannalta. He kertoivatkin yleensä saavansa palvelukodilta kehitysvammaisesta potilaasta kertovan hoitotiedotteen, mutta toisinaan sitä ei kuitenkaan tullut. Sen vuoksi kehittämisehdotukseksi nousikin tiedon siirtyminen yksiköiden välillä.

"...tiedot siirtys, niin sillen se olis aina helpompaa tuota jatkaa sitä hoitoa täällä ja kyllähän sitä tuleeki mutta ei aina."

Sairaanhoitajat kokivat, että kehitysvammaisten potilaiden hoitotyötä ei käsitelty tarpeeksi sairaanhoitajatutkinnon aikana. Osa hoitajista oli tutkintonsa aikana sivunnut kehitysvammaisen potilaan hoitotyötä, kun taas osan koulutuksessa kehitysvammaisia ei huomioitu ollenkaan. Hoitajien mielestä kehitysvammaisten

potilaiden hoitotyö olisikin pitänyt huomioida koulutuksessa esimerkiksi opintojaksona. Sairaanhoidajien kehittämiseksi nousi myös työpaikan tarjoama koulutus esimerkiksi osastotunti, koulutustilaisuus tai erillisen kurssi kehitysvammaisten potilaiden hoitotyöstä. Koulutuksen voisi pitää esimerkiksi kehitysvammaisten parissa työskentelevä henkilö. Vaikka koulutusta pidettiin tärkeänä kehittämisen kannalta, osa hoitajista pohti myös koulutuksen tarpeellisuutta. He eivät osanneet sanoa, onko kehitysvammaisten kohtaamisessa erityispiirteitä, mutta toisaalta he totesivat, että koulutuksesta ei olisi haittaakaan.

”...hoito nyt varmaan sujuu näinki, mutta eihän se ois pahitteeksi, jos vaikka ois joku joskus kertomassa tai en tiää oisko semmosesta apua, jos joku kehitysvammasten työntekijä, joka on heidän kanssa töissä nii vaikka pitäis jotaki osastotuntia...”

Hoitajien suorien kehittämis ehdotuksien lisäksi aineistoista ilmeni myös epäsuoria ideoita kehittämiseen, jotka tulivat esiin osittain jo kohtaamisen yhteydessä. Epäsuorat kehittämis ideat liittyivät onnistuneisiin kohtaamisiin kehitysvammaisten potilaiden kanssa. Hoitajien mielestä oli helpompaa kohdata potilas, joka oli jo ennestään tuttu hoitajalle, sillä silloin tunnettiin potilaalle ominainen käyttäytyminen ja hänen tapansa. Pitkäaikaiset potilassuhteet edistivät siis kohtaamisen sujuvuutta. Epäsuoraksi kehittämiseksi nousikin, että luotaisiin mahdollisuuksia pitkäaikaisten potilassuhteiden muodostumiseen. Onnistuneisiin kohtaamisiin liittyi aina myös hyvä vuorovaikutus, jolloin hoitaja sai asiansa kerrotuksi sillä tavoin, että kehitysvammaisen potilas pystyi ymmärtämään häntä. Aineistosta kävi ilmi, että osastolla ei ole hoitajien käytössä kommunikaatioon liittyviä apuvälineitä. Vaikka hoitajat eivät suoraan ehdottaneetkaan kommunikaation kehittämistä esimerkiksi puhetta tukevien ja korvaavien kommunikaatiomenetelmien avulla, tuli se aineistosta epäsuorasti esiin.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti laadittu tutkimus ei ole vielä luotettava, mutta jos tutkimus on eettisesti arveluttava, se ei voi olla myöskään luotettava (Tuomi & Sarajärvi 2009, 158–159). Hoitotieteen sisäisessä etiikassa pohditaan tutkimusprosessin jokaisen vaiheen luotettavuutta mukaan lukien suhteet tutkimuskohteeseen. Hoitotieteen ulkopuolinen etiikka pohtii taas, vaikuttivatko tutkimuksen ulkopuoliset seikat opinnäytetyön aiheen valintaan ja tutkimusasetelmaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212.) Laadullisen tutkimuksen eettisyys voidaan nähdä siis eri tutkimusvaiheiden toteuttamiseen liittyvänä normina tai sitten koko tutkimuksen aikana tehtyihin valintoihin ja eri asioiden arvottamiseen liittyvänä pohdintana (Tuomi & Sarajärvi 2009, 128). Olemme itse työskennelleet enemmän tai vähemmän kehitysvammaisten parissa muun muassa kehitysvammaisten ihmisten päivätoiminnassa sekä asumisyksiköissä. Keksimmekin aiheemme, kun olimme huomanneet, ettei kehitysvammaisen ihmisen hoitotyötä käsitellä koulutuksessamme. Huomasimme myös, että kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta on vähän tutkimustietoa niin suomeksi kuin englanniksikin. Olemassa olevat tutkimukset puolestaan painottuivat perusterveydenhuoltoon tai erikoissairaanhoidon päivystykseen, joten päätimme etsiä toimeksiantoa tutkimuksellemme erikoissairaanhoidon vuodeosastolta.

Saimmekin toimeksiannon sisätautien vuodeosastolta, jossa toinen meistä on ollut sairaanhoitajakoulutuksen aikana myös harjoittelujaksolla. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta sisätautien vuodeosasto 5B:llä. Tutkimustehtäviämme olivat puolestaan; millaisia kokemuksia sairaanhoitajilla on kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta Lapin keskussairaalan sisätautien vuodeosastolla 5B, sekä millaisia kehittämissuhteita hoitajilla on kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen. Paras tieto siitä, kuinka kehitysvammaisia potilaita tulisi kohdata erikoissairaanhoidossa, olisi varmastikin ollut kehitysvammaisilla ihmisillä itsellään. Toisaalta Helsingin julistuksen mukaan (2014) haavoittuvat ryhmät

altistuvat useammin kaltoinkohtelulle ja heitä on suojeltava tutkimuksissa. Päätimmekin rajata kehitysvammaisten ihmisten omakohtaiset kokemukset pois tutkimuksestamme, sillä heidän osallistuminen olisi ollut haastavaa kommunikaatiovaikeuksien, haastavan käyttäytymisen ja erilaisten eettisten ongelmien vuoksi. Eettiset ongelmat liittyivät yleensä kehitysvammaisen ihmisen itsemääräämisoikeuteen sekä mahdollisiin väärinymmärryksiin (Northway 2009, 168–169). Totesimme, että kehitysvammaisten ihmisten oikeuksien turvaamiseksi ja eettisyyden varmistamiseksi oli parasta rajata heidän kokemukset pois tutkimuksestamme.

Valitsimme tutkimusmenetelmäksemme laadullisen tutkimusotteen, sillä halusimme saada selville hoitajien erilaisia tulkintoja ja monipuolisia kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden hoitotilanteista. Laadullisella tutkimusmenetelmällä ja avoimella teemahaastattelulla saimme mielestämme laajemman käsityksen vähän tutkitusta aiheestamme ja pidimme menetelmää sen vuoksi luotettavampana kuin määrällistä tutkimusotetta. Tutkimukseen osallistujamme valitsimme toimeksiantajamme avulla harkinnanvaraisesti, sillä halusimme sairaanhoitajia, joilla oli jo kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta. Yleisesti pohditaan, kuinka paljon osallistujia tutkimuksella pitäisi olla, jotta se olisi tieteellisesti edustava ja yleistettävissä. Tiedonantajien määrään vaikuttaakin yleensä tutkimuksen resurssit, kuten aika ja raha. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85.) Koimme kuitenkin, että opinnäytetyömme aikatauluun nähden saamme luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä neljällä tiedonantajalla. Laadullisissa tutkimuksen ei olekaan tarkoitus löytää laajempaa yleistettävyyttä, vaan kuvaamaan ja ymmärtämään kattavasti tutkittavaa ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85).

Tutkimukseen osallistujien eettiseen kohteluun kuuluu muun muassa tutkimuksesta informointi sekä heidän henkilöllisyyden suojeleminen (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 368). Kertasimme tutkimuksemme tarkoituksen jokaisen haastattelun alussa, pyysimme luvan keskustelumme nauhoittamiseen sekä nauhoitetun aineiston käyttämiseen tutkimuksessamme. Myös osallistujiemme anonymiteetin suojelusta sekä tutkimusaineiston tuhoamisesta tutkimuksen päätettyä kerrottiin haastateltaville. Haastattelutilanteeseen sekä haastattelujen

laatuun vaikuttaa haastattelupaikka, ajankohta, kesto sekä välineistö (Hirsjärvi & Hurme 2008, 73).

Myös haastattelija kokemus haastattelutilanteista vaikuttaa haastattelun syvyyteen ja sujuvuuteen (Hirsjärvi & Hurme 2008, 68, 184). Haastattelupaikkanamme oli sisätautien vuodeosaston toimistotila, joka oli haastatteluympäristönä rauhallinen. Haastattelut suunnittelimme etukäteen laatimalla teemahaastattelun rungon (Liite 2) ja miettimällä mahdollisia lisäkysymyksiä. Haastattelun laatuun vaikuttaa etukäteen laadittu teemahaastattelun runko, mutta haastattelutilannetta ei voi suunnitella kokonaan ennalta (Hirsjärvi & Hurme 2008, 184). Haastattelut etenivät joustavasti ja tarkoituksenmukaisesti, mutta osaltaan niihin vaikutti hoitajien työkiireet. Huomasimme kuitenkin haastattelutilanteissa, että käydyistä keskusteluista alkoi nousta selkeitä samankaltaisia tulkintoja, merkityksiä ja kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta. Emme voi kuitenkaan tietää, olisiko vielä isommalla harkinnanvaraisella näytteellä saanut erilaisia ja laajempia näkemyksiä tutkittavasta aiheesta.

Haastattelimme, analysoimme, raportoimme sekä kirjoitimme tutkimustulososion ja pohdinnan yhdessä. Laadullisissa tutkimuksissa käytetäänkin yleensä triangulaatiota yhtenä luotettavuuden kriteerinä. Tutkijaan liittyvällä triangulaatiolla tarkoitetaan, että tutkimuksen eri vaiheissa on useampi tutkija tekemässä erilaisia havaintoja, tulkintoja ja päätöksiä tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143–144.) Analyysia voidaan pitää eettisenä ja luotettavana, kun koko hankittua aineistoa on hyödynnetty tutkimuksessa (Leino-Kilpi & Välimäki 2015, 370).

Litteroimme aineistomme ilmisällön emmekä pitäneet tarkempaa piilosisältöjen puhtaaksi kirjottamista oleellisena tutkimustulosten luotettavuuden kannalta. Redusointivaiheessa emme poistaneet aineistoista mitään tutkimuksen kannalta oleellista vaan esimerkiksi poistimme tilanteet, jotka eivät olleet tapahtuneet kyseisellä osastolla. Klusterointivaiheessa jouduimme puolestaan pohtimaan, mitä tutkittavat ovat erilaisilla sanamuodoilla tarkoittaneet ja mitkä asiat liittyvät toisiinsa. Haasteellisissa tilanteissa palasimme aina kuitenkin takaisin

alkuperäisen aineiston lukemiseen ja pyrimme tulkitsemaan kontekstin mukaan yhteyksiä muihin käsitteisiin. Laadullisessa tutkimuksessa pitääkin pohtia, vaikuttaako tutkijan omat käsitykset ja ennakko-oletukset aineiston analyysiin ja voiko analyysia täysin toteuttaa tiedonantajien ehdoilla (Tuomi & Sarajärvi 2009, 96). Lopulta nimesimme ryhmittelemämme luokat aineistolähtöisesti, mutta käytimme myös aiempia teoreettisia käsitteitä sekä omaa tietämystämme tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustuloksissa esitimme tulokset sillä tavoin kuin tutkittavat ovat ne alun perinkin tarkoittaneet. Tutkimuksen teko onkin jatkuvaa valintojen ja päätösten tekoa ja perustelemista (Hirsjärvi ym. 2009, 123).

Suurin osa käyttämistämme lähteistä on korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja. Käytimme kuitenkin kahta alkuperäislähdettä, jotka olivat yli kymmenen vuotta vanhoja ja joihin moni tuoreempi tutkimus on viitannut. Niiden sisältämä tieto ei ole siis kuitenkaan merkittävästi muuttunut ajan kuluessa. Olemme myös käyttäneet useampaa kansainvälisiä lähteitä, kuten e-kirjoja ja tieteellisiä artikkeleita. Sen lisäksi olemme myös pyrkineet käyttämään näyttöön perustavaa tietoa opinnäytetyössämme, mutta olemme joutuneet käyttämään myös jonkin verran oppikirjoja. Lähteemme ovat mielestämme olleet kuitenkin perusteltuja ja luotettavia siihen nähden, että kehitysvammaisiin liittyvää tutkimustietoa on vähän.

Tieteellisen tutkimuksen tulisi olla tutkijan omista arvoista ja asenteista riippumatonta, mahdollisimman objektiivista tietoa aiheeseen liittyen. Täysin objektiivisiin tuloksiin on käytännössä kuitenkin mahdoton päässä, sillä tuloksiin vaikuttaa aina tutkijan yksilöllinen käsitys luotettavasta tiedosta ja todellisuudesta. (Metsämuuronen 2009, 33.) Pyrimme kuitenkin ottamaan haastateltaviemme näkemykset sekä tutkimuseetiikkaan liittyvät periaatteet huomioon jokaisessa opinnäytetyömme vaiheessa. Tutkimuseettisiä periaatteita ovat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus suunnittelussa, tiedonhankinnassa, raportoinnissa sekä tulosten esittämisessä (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012).

7.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Päätimme tarkastella tutkimustuloksiamme verraten niitä aiemmin tehtyihin samantyyliisiin tutkimuksiin ja niiden tuloksiin. Margaret Sowney ja Owen G. Barr (2006) ovat saaneet samantapaisia tuloksia laadullisessa tutkimuksessaan *Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units*. Tutkimukseen osallistui päivystyksessä työskenteleviä hoitajia viidestä eri sairaalasta Pohjois-Irlannista. Aineisto hankittiin ryhmähaastatteluna ja jokaiseen ryhmään kuului noin kuusi hoitajaa, joilla oli vähintään vuoden työkokemus päivystyksestä. Myös Gibbs, Brown ja Muir (2008) ovat tehneet tutkimuksen *The experiences of adults with intellectual disabilities and their carers in general hospitals: a focus group study*, jossa on joitain samankaltaisuuksia meidän tutkimustulostemme kanssa. Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli siis selvittää, millaisia kokemuksia tutkimukseen osallistuneilla 11 aikuisella lievästi tai keskivaikeasti kehitysvammaisella ihmisellä, yhdeksällä vanhemmalla ja viidellä asumisyksikön hoitajalla on kehitysvammaisten ihmisten saamasta sairaalahoidosta edeltäneen vuoden aikana. Aineisto hankittiin puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä useammalla eri kerralla.

Sowneyn ja Barrin (2006) tutkimustuloksissa kävi ilmi muun muassa, että osa hoitajista koki haasteelliseksi hoitaa aikuisia kehitysvammaisia potilaita, koska he eivät olleet saaneet koulutusta opiskeluaikanaan eikä työpaikallakaan. Osa hoitajista puolestaan oli käynyt opiskeluaikanaan harjoittelussa kehitysvammaisten parissa ja sen vuoksi omasta mielestään ymmärsivät muun muassa kehitysvammaisten terveysongelmia paremmin. Heidän tuloksissaan tuli myös esille, että jos ei ollut käsitystä kehitysvammaisuudesta hoitajien oli vaikea havaita muutoksia terveydentilassa, sillä oireet saatettiin lukea kehitysvammaan kuuluvaksi käyttäytymiseksi. Myös meidän tuloksissamme nousi koulutuksen ja kokemuksen puute yhdeksi haasteeksi kehitysvammaisten ihmisten kohtaamisessa ja hoitamisessa. Hoitajat, joilla oli jonkin verran kehitysvammaisten hoitotyöhön liittyvää koulutusta, kertoivatkin hallitsevansa perustiedon kehitysvammaisuudesta, mutta heillä ei ollut kuitenkaan tarkempaa tietoa esimerkiksi kehitysvammojen erityispiirteistä. Tuloksissamme esiintyi

myös, että hoitajien oli vaikeaa erottaa kehitysvammaisen ominainen käyttäytyminen terveysongelmien ilmaisemisesta.

Tuloksissamme nousi hoitajien pyrkimys kohdata kehitysvammaisen potilas tasa-arvoisesti. Siitä huolimatta hoitajilla oli myös erilaisia lähestymistapoja kehitysvammaisten kohtaamiseen. Esimerkiksi osa rinnasti kehitysvammaisen hoitamisen lapsen hoitamiseen, kun taas toiset eivät halunneet puhua aikuiselle kehitysvammaiselle ihmiselle kuin lapselle. Myös Sowneyn ja Barrin (2006) tuloksissa hoitajat kertoivat pyrkivänsä kohtelevaan kehitysvammaisia potilaita samalla lailla kuin muitakin potilaita. Toisaalta osa hoitajista epäili epäonnistuvansa siinä yrityksistä huolimatta, mutta ei myöskään pitänyt sitä välttämättä huonona asiana, sillä silloin on tunnistanut tarpeen erilaiselle lähestymistavalle.

Sowneyn ja Barrin (2006) mukaan huoltajien läsnäoloa pidettiin tärkeänä varsinkin silloin, kun kehitysvammaisella potilaalla oli vaikeuksia ilmaista itse itseään. Huoltajilta sai myös hyviä taustatietoja, joiden avulla voitiin tarjota kokonaisvaltaisempaa hoitoa. Myös tuloksissamme esiintyi, että kehitysvammaohjaajan tai omaisen osallistumista pidettiin tärkeänä erityisesti silloin kun potilaalla oli kommunikaatiovaikeuksia. Omaisilta sai myös hyviä neuvoja potilaan perustarpeiden tyydyttämiseen. Toisaalta osa hoitajista piti omaisten kanssa keskustelun aina haastavana, koska vanhempien huoli omasta lapsestaan oli jatkuvasti läsnä

Gibbsin, Brownin ja Muirin (2008) tutkimustuloksista ilmeni, että kehitysvammaiset potilaat pelkäsivät tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Pelkoon ja ahdistuksen tunteeseen vaikutti muun muassa tiedon puute, sillä kehitysvammaisilla potilaille ei heidän omasta mielestään kerrottu riittävän ajoissa suunnitelmista heidän hoitonsa suhteen. Ahdistuneisuuden kuitenkin kerrottiin vähentyneen aikaisempien positiivisten sairaalakokemusten myötä ja kun potilasta oli ohjattu tulevaan hoitajaksoon liittyvissä asioissa ennen sairaalaan saapumista. Asumisyksiköissä työskentelevät hoitajat puolestaan olivat huomanneet, että osa sairaalan hoitohenkilökunnasta pelkäsi kehitysvammaista potilasta, jonka vuoksi myös kehitysvammaisen ihminen aisti

pelon ja muuttui levottomaksi. Heidän mielestään kehitysvammaiset ihmiset, joilla oli vaikeuksia ilmaista itseään, alkoivat ahdistuessaan myös käyttäytymään haastavasti. Opinnäytetyössämme ei tullut esille kehitysvammaisten kokemuksia sairaalahoitajaksojen aikaisista kohtaamisista, sillä haastattelimme tutkimukseemme ainoastaan hoitajia. Hoitajien kokemusten mukaan hoitotilanteet olivatkin ajoittain haastavia, sillä kehitysvammaiset potilaat saattoivat käyttäytyä vastahakoisesti tai aggressiivisesti. Tilanteisiin liittyi yleensä potilaan vaikeus ymmärtää hoidon tarkoitusta tai hänelle annettua potilasohjausta. Raskaat hoitotilanteet herättivät hoitajissa erilaisia tunteita, kuten epätoivoa, väsymystä sekä vastenmielisyyttä. Tuloksissamme hoitajien kuvaamien aggressiivisten hoitotilanteiden taustalla saattoikin olla Gibbsin, Brownin ja Muirin (2008) tutkimustuloksissa esiintyvät kehitysvammaisten potilaiden pelon ja ahdistuksen tunteet.

Gibbsin, Brownin ja Muirin (2008) tutkimustulosten mukaan vaikutti siltä, että yleensä kehitysvammaiset ihmiset tulivat myös paremmin toimeen heille tuttujen hoitajien kanssa. Myös asumisyksiköiden hoitajat katsoivat hoidon sujuneen paremmin, kun hoitohenkilökunta oli tutustunut potilaaseen ja opetellut kommunikoimaan hänen kanssaan. Tuloksissamme onnistuneessa kohtaamisessa korostuikin aiemmin luodun potilassuhteen merkitys, sillä hoitajien mukaan oli helpompi hoitaa ennestään tuttua potilasta. Tutun potilaan kohdalla hoitajat tiesivät hänelle ominaiset toimintatavat ja mielihalut.

Sowneyn ja Barrin (2006) sekä Gibbsin, Brownin ja Muirin (2008) tutkimustuloksia tarkastellessamme huomasimme tulosten olevan yllättävän samankaltaisia omiin tuloksiimme verrattuna, vaikka ne sijoittuvat Yhdistyneisiin kuningaskuntiin. Heidän tutkimusasetelmansa oli rakennettu laajemmin ja heillä oli merkittävästi suurempi osallistujamäärä tutkimuksissaan. Saimmekin mielestämme pienellä aineistoillamme aikaan kattavia ja kestäviä tuloksia näihin kansainvälisiin tutkimuksiin verrattuna.

Opinnäytetyömme tavoitteenamme oli luoda lisää tietoa kehitysvammaisten kohtaamisesta, jonka avulla osasto voi tarvittaessa kehittää parempia toimintatapoja vuorovaikutustilanteisiin. Opinnäytetyömme tulosten perusteella

hoitohenkilökunta sai paremman käsityksen, kuinka kehitysvammaisia kohdataan heidän osastollaan. Tuloksissamme tulee esille myös hoitajien suoraan ilmaistuja ideoita sekä kohtaamisen yhteydessä epäsuorasti esiintyviä ehdotuksia kehittämiseen. Tulostemme perusteella osasto voi halutessaan kehittää vuorovaikutusta kehitysvammaisen potilaan kanssa. Tavoitteenamme oli myös, että tutkimalla hoitajien ja kehitysvammaisten potilaiden välistä vuorovaikutusta kehitysvammaiset potilaan tulevat tulevaisuudessa entistä paremmin kohdatuiksi Lapin keskussairaalassa. Mielestämme onnistuimmekin herättämään ainakin keskustelua ja ajatuksia kehitysvammaisen potilaan kohtaamisesta erikoissairaanhoidossa.

7.3 Sairaanhoidajan ammatillinen kasvu

Opinnäytetyömme toteuttaminen on ollut pitkä prosessi, joka vaati sitoutumista ja yhteistyötä. Opinnäytetyömme on ensimmäinen tutkimuksellinen työmme, joten sen toteuttaminen on ollut ajoittain hyvinkin haastavaa ja työlästä. Olemme kuitenkin prosessin aikana oppineet, kuinka laadullinen tutkimus voidaan toteuttaa sekä ongelmanratkaisutaitomme ovat kehittyneet selvittäessämme tutkimusvaiheisiin liittyviä haasteita. Olemme myös harjaantuneet hahmottamaan kokonaisuuksia, sillä olemme käsitelleet tutkimusilmiötämme hoitotieteen käsitteiden kautta sekä myös yksilön, yhteisön, yhteiskunnan ja kansainvälisellä tasolla. Eri näkökulmat tulevat esiin sekä teoriaosuudessa että osittain myös tutkimustuloksissamme.

Opinnäytetyömme tavoitteenamme oli perehtyä kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen ja sitä kautta oppia, kuinka tarjota kehitysvammaiselle potilaalle laadukasta hoitoa. Yleissairaanhoidossa työskentelevän sairaanhoidajan osaamisen vähimmäisvaatimukseen kuuluukin muun muassa kliinisen hoitotyön osa-alueet (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 7–8). Kliinisen hoitotyön yksi osaamiskuvaus onkin ”*osaa tukea kehitysvammaisen ja vammautuneen toimintakykyä ja osallisuutta*”. Osaamiskuvaukseen sisältyy keskeiset kehitysvammat, vammautuminen sekä vammaishoitotyön auttamismenetelmät. (Eriksson ym. 2015, 41.) Olemmekin oppineet opinnäytetyömme aikana kehitysvammaisuuden syistä, yleisimmistä kehitysvammoista sekä niihin

liittyvistä liitännäisvammoista ja -sairauksista. Olemme myös huomanneet tiettyjen auttamismenetelmien korostuvan kehitysvammaisen potilaan kohdalla.

Tutkimusprosessimme aikana oma käsitysemme kehitysvammaisuudesta laajentui sekä asiakaslähtöiset vuorovaikutustaitomme kehittyivät. Lisäksi huomasimme, kuinka tärkeää kehitysvammaisen potilaan elämänhistorian ja hänen toimintatapojensa ymmärtäminen on hoitotyössä. Myös potilasohjaustaitojen merkitys korostui kehitysvammaisen ihmisen kohdalla, sillä huomasimme hankalien hoitotilanteiden taustalla yleensä olevan yhteisymmärryksen puute. Opinnäytetyömme tekemisen myötä ymmärrämme potilaan ja hänen omaisensa huomioimisen tärkeyden hoitoprosessin aikana luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisen kannalta. Mielestämme meillä on nyt paremmat lähtökohdat tarjota kehitysvammaisille potilaille yksilöllistä, tasa-arvoista ja oikeudenmukaista hoitoa.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja toimenpide-ehdotukset

Opinnäytetyössämme selvitimme sairaanhoitajien kokemuksia kehitysvammaisten potilaiden kohtaamisesta. Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimmekin, että selvittäisiin kehitysvammaisen ihmisen kokemuksia kohtaamisesta ja saamastaan hoidosta erikoissairaanhoidossa Suomessa. Kehitysvammaisella ihmisellä on varmasti oma näkemyksensä vuorovaikutuksesta hoitajien kanssa sekä saamastaan hoidosta. Kehitysvammaisten kokemuksia käsittelevä tutkimus toisi uutta tietoa hoitosuhteesta sekä luontevasta kohtaamisesta. Myös laajempi tutkimus, jossa otettaisiin huomioon kehitysvammaisten, heidän omaistensa sekä terveydenhuollon ammattilaisten näkökulma kehitysvammaisen potilaan kohtaamiseen voisi olla yksi jatkotutkimuksen aihe.

Opinnäytetyössämme selvisi, että vuodeosastolla voisi olla tarvetta puhetta tukeville ja korvaaville kommunikaatiomenetelmille. Erilaisilla kommunikaatiomenetelmillä kehitysvammaisten potilaiden kanssa kommunikointi voisi edistää yhteisymmärryksen saavuttamista. Osastolla voisi myös järjestää koulutusta selkokielen käyttämisestä vuorovaikutuksessa

kehitysvammaisen potilaan kanssa. Selkokieli on yleiskieltä ymmärrettävämpää, joka voisi sopia myös vuorovaikutustilanteisiin kehitysvammaisten potilaiden kanssa. Toiminnallinen opinnäytetyö voisi olla hyvä toteutustapa kommunikaation kehittämistä koskeville aiheille.

Tuloksissamme selvisi, että yhteistyö palvelukotien kanssa olisi tärkeää kehitysvammaisen potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisen sekä laadukkaan hoitosuhteen muodostumisen kannalta. Yksiköiden välistä yhteistyötä voisikin yrittää vahvistaa entisestään. Sen lisäksi osastolla voitaisiin myös kiinnittää huomiota pitkäaikaisten potilassuhteiden muodostumiseen, sillä tuttu potilas koettiin helpommaksi kohdata. Lopuksi ehdottaisimme myös, että kehitysvammaisen hoitotyö otettaisiin huomioon myös sairaanhoitaja tutkinnon aikana.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arvio, M. & Aaltonen, S. 2011. Kehitysvammainen potilaana. Helsinki: Duodecim

Ashman, B., Ockenden, J., Beadle-Brown, J. & Mansell, J. 2010. Person-centred active support. Brighton: Pavilion Publishing.

Diack, G. & Cohen, H. 2008. Effective communication. Teoksessa L. Clark & P. Griffiths (toim.) Learning Disability and other Intellectual Impairments. Meeting Needs Throughout Health Services. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 41–54. E-kirja. Viitattu 16.1.2017.
<http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10297589>

Doody, C., Markey, K. & Doody, O. 2012. The experiences of registered intellectual disability nurses caring for the older person with intellectual disability. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 22 No 1, 1112–1123.

Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Sairaanhoidaja koulutuksen tulevaisuus –hanke. Helsinki: Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto, Suomen sairaanhoidajaliitto ja kirjoittajat. Viitattu 16.10.2016
<https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoidajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Gates, B. & Mafuba, K. 2015. Learning Disability Nursing –Modern Day Practice. Lontoo: CRC Press.

Gibbs, S., Brown, M. & Muir, W. 2008. The experiences of adults with intellectual disabilities and their carers in general hospitals: a focus group study. *Journal of Intellectual Disability Research* Vol. 52 No 12, 1061–1077.

Good practice in learning disability nursing. 2007. London: Department of Health. Viitattu 30.10.2016
http://www.hscbusiness.hscni.net/pdf/DH_Good_practice_in_learning_disability_nursing-2007_pdf.pdf

Helsingin julistus 2014. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. Viitattu 6.4.2017.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hohti, T. 2012. Kehitysvammainen tai autistinen potilas. Sairaanhoidajan käsikirja. Viitattu 29.10.2016

http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk03685&p_haku=kehitysvamma%C2%A8

Huttunen, M. 2015. Tietoa potilaalle: Älyllinen kehitysvammaisuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 29.10.2016.

http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00692&p_haku=kehitysvamma

Huuhka, P. & Suominen, T. 2010. Kehitysvammaisen oman hallinnan tukeminen. Tutkiva Hoitotyö Vol. 8 No 1, 28–35.

Huuhtanen, K. 2011a. Mitä kommunikointi on? Teoksessa K. Huuhtanen (toim.) Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa. 3. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opike, 12–25.

Huuhtanen, K. 2011b. Merkit ja merkkijärjestelmät. Teoksessa K. Huuhtanen (toim.) Puhetta tukevat ja korvaavat kommunikointimenetelmät Suomessa. 3. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opike, 58–81.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Järvelä, I. 2013. Kehitysvammaisuuden ja autismin geenitutkimusten nykytilanne. Suomen Lääkärilehti. Vol. 68. Nro 8. 575-579. Viitattu 29.10.2016
http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=&p_haku=Kehitysvammaisuuden%20ja%20autismin%20geenitutkimusten%20nykytilanne

Kaatra, K. 2015. Selkokieli. Selkokeskus. Kehitysvammaliitto ja Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 5.3.2017
<http://selkokeskus.fi/selkokieli/>

Kananen, J. 2011. Rafting Through the Thesis Process. Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kansaneläkelaitos. 2017. Vammaisten tulkkauspalvelut. Viitattu 29.4.2017
<http://www.kela.fi/vammaisten-tulkkauspalvelut>

Kartio, J. 2009a. Kohti selkokielistä vuorovaikutusta. Selkokieli kehitysvammaisten ihmisten selkoryhmissä. Teoksessa J. Kartio (toim.) Selkokieli ja vuorovaikutus. 2. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opike, 61–90.

Kartio, J. 2009b. Kohti selkokielistä vuorovaikutusta. Miten puhua selkokieltä? Teoksessa J. Kartio (toim.) Selkokieli ja vuorovaikutus. 2. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opike, 8-24.

Kaski, M. (toim.), Manninen, A. & Pihko, H. 2012. Kehitysvammaisuus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kelly, M. 2008. Challenging Behaviour. Teoksessa L. Clark & P. Griffiths (toim.) Learning Disability and other Intellectual Impairments. Meeting Needs Throughout Health Services. Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 179-196. E-kirja. Viitattu 10.2.2017

<http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10297589>

Korkeila, J. & Leppämäki, S. 2017. Älyllisen kehityksen häiriöt. Psykiatria. Oppiportti. Viitattu 29.4.2017

http://www.oppiportti.fi/op/pkr00401/do?p_haku=kehitysvamma#q=kehitysvamma

Kupari, K. 2010. Haastavan käyttäytymisen tulkinnat kehitysvamma-alan lehdissä. Teoksessa S. Vehmas (toim.) Vammaisuuden kokeminen ja kokemisen vammaisuus. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry, 31-44.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede Vol. 23 No 2, 138–148. Viitattu 22.3.2017

https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11 No 1, 3-11.

Käypä hoito 2010. Downin oireyhtymä. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 6.2.2017

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=kht00032&suositusid=hoi50027>

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta 23.6.1977/519

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Lapin sairaanhoitopiiri 2016a. Sisätaudit. Viitattu 25.10.2016

<http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit>

Lapin sairaanhoitopiiri 2016b. Sisätautien vuodeosasto 5B. Viitattu 25.10.2016

[http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto_5B/Sisatautien_vuodeosasto_5B\(173\)](http://www.lshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopalvelut/Sisataudit/Osasto_5B/Sisatautien_vuodeosasto_5B(173))

Launonen, K. 2007. Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opika.

Launonen, K. 2011. Kehitysvammaisuuteen liittyviä kielen ja kommunikoinnin piirteitä. Teoksessa K. Launonen & A. Korpjaakko-Huuhka (toim.) Kommunikoinnin häiriöt – syitä, ilmenemismuotoja ja kuntoutuksen perusteita. 8. muuttumaton painos. Helsinki: Gaudeamus Oy.

- LaVigna, G. & Willis, T. 2010. Challenging Behaviour. Teoksessa P. Talbot, G. Astbury & T. Mason (toim.) Key Concepts in Learning Disabilities. London: Sage Publications Ltd, 34-39.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2015. Etiikka hoitotyössä. 8.-10. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Leskelä, L. 2009. Selkokieli kahdenkeskisissä keskusteluissa. Teoksessa J. Kartio (toim.) Selkokieli ja vuorovaikutus. 2. painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opikse, 25-45.
- Lindsay, P. 2011. Care of the Adult with Intellectual Disability in Primary Care. Lontoo: Radcliffe Publishing.
- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. Helsinki: International Methelp Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Määttä, T. 2016. Kehitysvammaisen potilas vastaanotolla. Lääkärin käsikirja. Viitattu 8.9.2016 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00692&p_haku=kehitysvamma
- Määttä, T. & Wilska, M. 2016. Downin oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. Viitattu 6.2.2017 http://ez.lapinamk.fi:2052/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00691&p_haku=kehitysv*
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Nind, M. & Hewett, D. 2011. Voimauttava vuorovaikutus. Helsinki: Kehitysvammaliitto ry.
- Norio, R. 2014. Suomalainen tautiperintö: AGU (aspartyyli-glukosaminuria). Käypä hoito. Viitattu 8.2.2017 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01705s>
- Northway, R. 2009. Researching learning disability nursing. Teoksessa M. Jukes (toim.) Learning Disability Nursing Practice. Lontoo: MA Healthcare Ltd, 155-184.
- Peräkylä, A. & Stevanovic, M. 2016. Kehollinen läsnäolo. Teoksessa M. Stevanovic & C. Lindholm (toim.) Keskustelunalyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere: Vastapaino Oy, 32-46.
- Pihko, H. 2016. Vammaisuuden käsitteestä. Lastentaudit. Oppiportti. Viitattu 30.10.2016 <http://www.oppoportti.fi/op/lta00079/do>
- Pöyhönen, M., Wallgren-Pettersson, C. & Koillinen, H. 2016. Älyllinen kehitysvammaisuus ja autismikirjoon kuuluvat häiriöt. Lääketieteellinen genetiikka. Oppiportti. Viitattu 29.4.2017

http://www.oppiportti.fi/op/ltg01301/do?p_haku=kehitysvamma#q=kehitysvamma

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Rauhala, L. 2014. Ihmiskäsitys ihmistyössä. Helsinki: Gaudeamus Oy.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2014. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.- 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Routarinne, S. 2007. Valta ja vuorovaikutus. Statusilmaisun perusteet. Helsinki: Tammi.

Sellars, C. 2011. Risk Assessment in People With Learning Disabilities. 2. painos. Chichester: BPS Blackwell. E-kirja. Viitattu 29.4.2017
<http://ez.lapinamk.fi:2770/lib/ramklibrary-ebooks/reader.action?docID=693563>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Kuntainfo: Mikä muuttuu kehitysvammalaissa? Viitattu 22.2.2017 http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kuntainfo-mika-muuttuu-kehitysvammalaissa-

Sowney, M. & Barr, O. 2006. Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units. Journal of Advanced Nursing Vol. 55 No 1, 36-45.

Sowney, M. & Barr, O. 2007. The challenges for nurses communicating with and gaining valid consent from adults with intellectual disabilities within the accident and emergency care service. Journal of Clinical Nursing Vol. 16 No 1, 1678-1686.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 8. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Twist, S. & Montgomery, A. 2010. Promoting healthy lifestyles – Challenging behaviour. Teoksessa G. Grant, P. Ramcharan, M. Flynn & M. Richardson (toim.) Learning disability. A life cycle approach. 2. painos. Maidenhead: Open University Press, 233-246. E-kirja. Viitattu 5.3.2017
[http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10413331,](http://ez.lapinamk.fi:2054/lib/ramklibrary/reader.action?docID=10413331)

Valuing People: A new strategy for Learning Disability for the 21st century. A White Paper 2001. London: Department of Health.

Virtanen, H. 2012. Selkokielen käsikirja. 3.painos. Helsinki: Kehitysvammaliitto Oppimateriaalikeskus Opike.

Vuoti, K., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2009. Jokainen hetki on mahdollisuus. Tutkimus OIVA-hankkeen yhteisöllisen työskentelytavan vaikutuksista. Helsinki: Kehitysvammaliitto Tikoteekki.

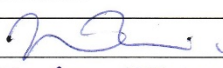
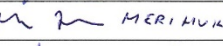

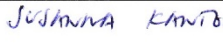
Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus
- Liite 2. Teemahaastattelun runko
- Liite 3. Esimerkki sisällönanalyysistä

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Tämä sopimus on voimassa käytettäväksi ainoastaan edellä mainittujen oppinäytetyöiden yhteydessä, joita ei toteuteta ammattikorkeakoulun ulkopuolisen rahoituksen hankkeessa.

Toimeksiantaja	Nimi (esim. yritys) Lapin keskussairaala, osasto 5B Yhteystiedot (yhteyshenkilö, puhelin, sähköposti) Jaana Heikkinen, sähköposti: jaana.heikkinen@shp.fi	
	Työn aihe Hoitajien kokemuksia kehitysvammaisten kohtaamisesta erikoissairaanhoidossa	
Tekijä	Nimi Meri Huilaja & Leena Väyrynen	
	Suoritettava tutkinto Hoitotyön koulutusohjelma Sairaanhoidtaja (AMK)	Ryhmätunnus R702H14
Lapin AMK	Yhteyshenkilön nimi (ohjaaja) Susanna Kantola	Tehtävänimike Lehtori Hyvinvointipalveluiden osaamisala
	Toimipaikka ja osoite Jokiväylä 11 96300 Rovaniemi	
	Puhelin 040 568 7381	Sähköpostiosoite susanna.kantola@lapinamk.fi
	Toimeksiantosopimuksen ehdot	
Ohjaus	Ohjaava opettaja valvoo työtä ammattikorkeakoulun puolesta ja antaa työn edellyttämiä ohjeita ja neuvoja. Ammattikorkeakoulu ja opettaja eivät ole konsulttivastuussa työstä.	
Dokumentointi	Ammattikorkeakoulun opinnäytetyöt ovat julkisia. Työstä laaditaan ammattikorkeakoulun opinnäyteohjeen mukainen kirjallinen esitys, josta toimitetaan yksi kansitettu kappale ammattikorkeakoulun kirjastoon tai julkaistaan sähköisessä muodossa Theseus-verkkokirjastossa. Työ arkistoidaan oppilaitoksella sekä tulostettuna että sähköisessä muodossa.	
Oikeudet	Opinnäytetyön tekijänoikeudet kuuluvat tekijälle. Toimeksiantaja saa rinnakkaisen käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin opinnäytetyön valmistuttua. Ammattikorkeakoululla on jatkuvasti voimassa oleva oikeus käyttää tuloksia omassa opetus- ja TKI-toiminnassaan. Sopijapuolilla on mahdollisuus sopia muista opinnäytetyön tuloksia koskevista oikeuksista kuitenkin niin, että tämän sopimuskohtaan nojalla ammattikorkeakoulun saamat oikeuden säilyvät voimassa.	
Keksinnöt	Jos tekijä on osallisena keksintöön, joka patentoidaan, mainitaan hänet yhtenä keksijöistä. Mahdollisesta keksintökorvauksesta sovitaan erikseen noudattaen ammattikorkeakoulun tai toimeksiantajan keksintöohjeen linjauksia. Opinnäytetyön tai sen osan julkaiseminen tai hyödyntäminen ei saa vaarantaa sen tai sen osan suojaamista patentilla tai hyödyllisyysmallilla.	
Vastuut	Opinnäytetyön tulos toimitetaan sellaisena kuin se on. Tekijä tai ammattikorkeakoulu eivät anna tulokselle takuuta eivätkä vastaa sen soveltuvuudesta toimeksiantajan tarpeisiin. Sopijapuolet ovat vastuussa toisilleen sopimusrikkomuksen aiheuttamista välittömistä vahingoista. Vastuun syntyminen edellyttää tahallaan tai törkeällä huolimattomuudella aiheutettua sopimusrikkomusta.	
Lisäksi sovitaan		
Salassapito	Ohjaavilla opettajilla ja opinnäytetyön tekijöillä on salassapitovelvollisuus työn aikana esille tulleisiin luottamuksellisiin asioihin. Toimeksiantajan tulee tarkistaa, että julkaistava opinnäytetyö ei sisällä salassa pidettävää aineistoa. Tarvittaessa käytetään toimeksiantajan erillistä salassapitosopimusta.	
	Tätä sopimusta on laadittu kolme (3) samansisältöistä kappaletta, yksi (1) kullekin sopimuksen osapuolelle. Sopimus perustuu ammattikorkeakoulun hyväksymään opinnäytetyösuunnitelmaan ja se astuu voimaan allekirjoitushetkellä.	
	Paikka ja päivämäärä	Allekirjoitus
Toimeksiantaja	Rovaniemi 13.12.16	 Susanna Kantola
Tekijä	Rovaniemi 13.12.2016	 Meri Huilaja  Leena Väyrynen
Lapin AMK	Rovaniemi 13.12.2016	 Susanna Kantola

Liite 2. Teemahaastattelun runko

Hoitajan taustat ja työkokemus

- Millainen koulutus sinulla on?
- Millaista koulutusta työpaikka on sinulle tarjonnut kehitysvammaisuuteen ja heidän kohtaamiseen liittyen?

Kehitysvammaisten kohtaaminen hoitotyössä

- Millaisia kokemuksia sinulla on kehitysvammaisen hoitamisesta ja kohtaamisesta?
- Millaisessa tilanteessa olet hoitanut kehitysvammaista?
- Millaisia tilanteita sinulla on tullut vastaan, kun olet hoitanut kehitysvammaista potilasta?
- Millaisia tunteita kohtaaminen sinussa herätti?
- Miten potilas reagoi hoitotilanteeseen?
- Miten hoitotilanne mielestäsi onnistui?
- Mitä ajattelit tilanteessa tai tilanteen jälkeen?

- Ammatillinen osaaminen uran eri vaiheissa

Mahdollisia kehittämisideoita kehitysvammaisten kohtaamisiin ja vuorovaikutukseen hoitotyössä

- Millä tavoin toivoisit, että kehitysvammaisten kohtaamista kehitettäisiin työpaikallasi?
 - liittyen kohtaamisen luontevuuteen
 - liittyen koulutukseen ja ammatilliseen osaamiseen
- Miten olisit voinut toimia toisin hoitotilanteessa?

Liite 3. Esimerkki sisällönanalysistä

