

Jenna Hietala ja Mari Västilä

Terveydenhoitaja kotihoidossa

lääkkään asiakkaan haitallinen käyttäytyminen ja sen kohtaaminen

Opinnäytetyö

Syksy 2013

Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysalan yksikkö

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijä: Jenna Hietala ja Mari Västilä

Työn nimi: Terveydenhoitaja kotihoidossa – iäkkään asiakkaan haitallinen käyttäytyminen ja sen kohtaaminen

Ohjaaja: Else Vierre, TtM ja Tarja Knuutila, TtM, lehtori

Vuosi: 2013

Sivumäärä: 47

Liitteiden lukumäärä: 1

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajien kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa. Tarkoituksena on myös kuvata millaiset tekijät vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin. Tavoitteena on saatujen tulosten perusteella tuottaa tietoa millaisia keinoja terveydenhoitajat käyttävät kohdatessaan käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan.

Tutkimuksen kohteena olivat keskikokoisen alueen kotihoidossa työskentelevät terveydenhoitajat. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kolmea kotihoidossa työskentelevää terveydenhoitajaa. Opinnäytetyö toteutettiin laadullisella eli kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällön analyysia.

Käytöshäiriöt ovat yleinen sekä lisääntyvä ongelma nykypäivänä hoitotyössä ja ongelman lisääntymisen vuoksi valitsimme kyseisen aiheen. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että työntekijät ovat kohdanneet sekä fyysistä voimankäyttöä että henkistä häirintää, mutta henkisen häirinnän kohtaaminen oli huomattavasti yleisempää. Fyysistä voimankäyttöä sekä henkistä häirintää kohdattiin yleisimmin dementoituneiden sekä alkoholia käyttävien iäkkäiden asiakkaiden taholta. Fyysinen voimankäyttö ilmeni huitomisena sekä tartumisena hoitajaan kiinni. Henkinen häirintä tuli esiin puhumattomuutena sekä hoitajan sanallisena loukkaamisena. Terveydenhoitajan ammatillinen käytös sekä hyvän vuorovaikutussuhteen luominen nousivat tärkeimmiksi keinoiksi vaikuttaa iäkkään asiakkaan käyttäytymiseen. Lisäksi omasta turvallisuudesta huolehtiminen nostettiin tärkeäksi.

Avainsanat: ikääntyminen, dementia, käytöshäiriöt, ikäihmisten alkoholinkäyttö, hoitotyö

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Degree programme in nursing

Specialisation: Public Health Nurse

Author/s: Jenna Hietala and Mari Västilä

Title of thesis: Public Health Nurses Working in Home Care – The challenging behaviour of an aged client and how to encounter it

Supervisor(s): Else Vierre, MNSc, lecture and Tarja Knuutila, MNSc

Year: 2013

Number of pages: 47

Number of appendices: 1

The purpose of this study is to describe what kind of challenging behavior public health nurses encounter with their aged clients when working in home care, as well as to see what kinds of factors have an effect on an aged client with challenging behavior.

The aim of this study is to provide knowledge on what kind of means public health nurses use when they meet a client with challenging behavior.

This study targets public health nurses who work in a home care of a medium-sized region. This study was put into practice by interviewing three public health nurses who work in home care. It was executed using the qualitative research method. The research material was analyzed through content analysis.

A client's challenging behavior is a common and increasing problem in today's nursing environment and that is why we chose this subject. The results of this study showed that employees have met both physical use of force and mental disturbance in their work. It was notably more common to encounter mental disturbance. Physical use of force and mental disturbance were experienced more often from demented clients and from clients who use alcohol. Physical use of force appeared as waving arms and grabbing. Mental disturbance appeared as not talking to a nurse and insulting verbally. Public health nurses' professional behaviour and creating a good interaction appeared as most important ways to influence clients' behaviour. Also looking after one's own safety was considered important.

Keywords: ageing, dementia, challenging behavior, alcohol use of older people, nursing

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO	6
2 TAVOITE JA TARKOITUS	7
3 IKÄÄNTYMINEN	8
4 DEMENTIA SAIRAUDEN OIREENA.....	10
4.1 Alzheimerin tauti	10
4.2 Vaskulaarinen dementia	11
4.3 Lewyn kappale-tauti	12
4.4 Frontotemporaalinen degeneraatio	13
5 KÄYTÖSHÄIRIÖT JA KÄYTÖSHÄIRIÖISEN IÄKKÄÄN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN.....	15
5.1 Henkisen käyttäytymisen muutokset.....	18
5.2 Fyysinen voimankäyttö.....	18
6 IKÄIHMISTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ	20
6.1 Alkoholin vaikutukset iäkkääseen	20
6.2 Mitkä syyt johtavat ikääntyneen juomiseen.....	21
7 KOTIHOIDOSSA TEHTÄVÄ HOITOTYÖ	23
9 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS.....	25
9.1 Opinnäytetyön analyysi.....	25
9.2 Opinnäytetyön toteutus	26
10 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
10.1 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen hoitajien kohtaamien iäkkäiden asiakkaiden käytöshäiriöt kotihoidossa	28
10.2 Kodin olosuhteiden vaikutukset iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin	29
10.3 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tavat käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan kohtaamisessa	30
11 POHDINTA.....	34

11.1 Tulosten pohdinta	34
11.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta.....	37
12 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	40
13 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
LÄHTEET	44
LIITTEET.....	47

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö käsittelee dementiapotilaita sekä alkoholia käyttäviä iäkkäitä asiakkaita, joiden käytöshäiriöt ilmenevät henkisinä ja fyysisinä. Muutokset dementiapotilaiden sekä alkoholia käyttävien iäkkäiden asiakkaiden käyttäytymisessä ovat nykyään hoitotyössä yleinen ja lisääntyvä ongelma. Noin 90 % dementiapotilaista kärsii käytöshäiriöistä ja niitä ilmenee niin lievissä kuin vaikea-asteisissakin demensioissa. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Soininen 2006, 99.) Dementiapotilaan sekä alkoholia käyttävän asiakkaan käytöshäiriöt voivat ilmetä muun muassa masennuksena, apatiana, levottomuutena, aggressiivisuutena, psykoottisina oireina, seksuaalisen käytöksen muutoksina, unihäiriöinä sekä persoonallisuuden muutoksena. Käytöshäiriöt hankaloittavat ihmisen toimintakykyä sekä arjesta selviytymistä, joten niiden tunnistaminen sekä varhainen hoito on tärkeää. (Erkinjuntti, Heimonen & Huovinen 2006, 113.)

Tietoa kerätään haastattelemalla keskikokoisen alueen kotihoidon terveydenhoitajia. Tarkoituksena on kuvata millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajien kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa. Tarkoituksena on myös kuvata millaiset tekijät vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin. Tavoitteena on saatujen tulosten perusteella tuottaa tietoa millaisia keinoja terveydenhoitajat käyttävät kohdatessaan käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan

Opinnäytetyössä käytetään laadullista tutkimusmenetelmää. Tähän päädyttiin, koska laadullisen tutkimuksen avulla saadaan kuvailevaa tietoa. Haastateltavien määrä on pieni, jolloin kysymysten selventäminen ja jatkokysymysten mahdollisuus lisääntyy.

Keskeiset käsitteet ovat ikääntyminen, dementia, käytöshäiriöt, ikäihmisten alkoholinkäyttö ja hoitotyö. Opinnäytetyössä pyritään käyttämään 2000-luvun kirjallisuutta. Pyritään myös käyttämään aina alkuperäistä teosta, tieto voi muuttua toisten tulkittaessa sitä. Tietoa haettiin Seinäjoen Mediwest-kirjastosta, Plari-, Arto- sekä Aleksi-tietokannoista.

2 TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajien kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa. Tarkoituksena on myös kuvata millaiset tekijät vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin.

Tavoitteena on saatujen tulosten perusteella tuottaa tietoa millaisia keinoja terveydenhoitajat käyttävät kohdatessaan käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan. On tärkeää, että terveydenhoitajat ovat tietoisia siitä, mitkä tekijät saattavat johtaa iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin, miten he voivat varautua näihin tilanteisiin sekä miten voivat omalla käytöksellään mahdollisesti ehkäistä näiden tilanteiden syntyä.

Tutkimuskysymykset

- Millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajan kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa
- Millaiset kodin olosuhteet vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin
- Miten terveydenhoitaja kohtaa käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan kotihoidossa

3 IKÄÄNTYMINEN

Ihmisen käsitys ikääntymisestä on yksilöllistä, se riippuu siitä millaisia toiveita ja odotuksia on arvokkaasta ja turvallisesta elämästä. Ikääntymiseen kuuluu erilaisia vaiheita, kolmas ja neljäs ikäkausi. Kolmannella ikäkaudella tarkoitetaan toimintakykyisiä vuosia eläkkeelle siirtymisen jälkeen ja neljännessä ikäkaudesta puhutaan, kun ihmisen toimintakyky on heikentynyt ainakin jossain määrin elämän loppuvaiheessa. Ikääntyminen on kuitenkin yksilöllistä, sillä 90-vuotiaakin voi kuulua kolmanteen ikään toimintakykynsä perusteella. (Kivelä 2012, 13.) Nykypäivänä ei käytetä enää sanaa vanhus, vaan tilalle tarjotaan seniorikansalaista, ikäihmistä, kolmatta ikäkautta tai vanhempaa aikuista (Kurki 2008, 17).

Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamisen ja palveluiden parantamisen keskeisimmät sisällöt ovat osallisuus, asuminen ja elinympäristö, mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen, oikea palvelu oikeaan aikaan, palvelujen rakenne, hoidon ja huolenpidon turvaajat sekä johtaminen (Huovinen, Varhila, Haatainen & Myllärinen 2013, 3).

Laatusuosituksen tavoitteena on tukea iäkkään toimintakykyä. Tavoitteena on myös turvata iäkkäille terve ja toimintakykyinen ikääntyminen. Laatusuosituksen mukaan iäkkäille tulee myös turvata heidän terveytensä vaatimat palvelut, näin ollen tukea iäkkään asiakkaan toimintakykyä. (Huovinen ym. 2013, 9-10).

Ikääntyminen voidaan nähdä muutosten kokonaisuutena ja näitä muutoksia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Ikääntymistä voidaan tutkia fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta näkökulmasta, mutta ne voidaan myös liittää toisiinsa. (Eloranta & Punkanen 2008, 9-10.)

Fyysisellä ikääntymisellä tarkoitetaan hermoston, näön, kuulon, sisäkorvan tasapainoelimen, maku- ja hajuaistin, luuston, lihasmassan, nivelten, ruuansulatuskanavan, sydämen ja verisuoniston, hengityselimistö, ihon, hormonitoiminnan ja virtsarakon toimintojen hidastumista. Terveellisillä elintavoilla esimerkiksi liikunnalla ja hyvällä ravinnolla fyysistä ikääntymistä voidaan hidastaa. Fyysisessä ikään-

tymisessä ihmisen ruumiinrakenne muuttuu: ihminen lyhentyä, paino laskee sekä rasvakudos ja lihakset surkastuvat. Hikirauhaset vähenevät sekä iho ryppyntyy ja ohenee. Ihmisen energiantarve vähenee ja perusaineenvaihdunta hidastuu. Ruoansulatuselimistön muutoksia ovat syljen eritysten väheneminen, makunystyröiden katoaminen, mahalaukun happojen väheneminen sekä suolen toiminnan heikkeneminen.

Fyysisessä ikääntymisessä verisuonten seinämissä tapahtuu muutoksia: virtausvastus nousee ja sydämen läpät kalkkeutuvat. Keuhkojen kimmoisuus vähenee. Nivelrikot yleistyvät, luun massa vähenee sekä sidekudos jäykistyy. Silmissä tapahtuvia muutoksia ovat näöntarkkuuden, hämäränäön, syvyysnäön ja värien erotuskyvyn heikkeneminen sekä silmän mukautumiskyvyn väheneminen. Korvan tasapainoelinten toiminta saattaa heikentyä sekä sisäkorvan rappeutuminen voi johtaa korkeiden äänten erotuskyvyn heikkenemiseen. (Eloranta ym. 2008, 10–12.)

Psyykkisellä ikääntymisellä tarkoitetaan kehitystä ja siirtymistä uuteen elämäntapaan ja heeseen sekä sitä voidaan kuvata kypsymiseksi, kehittymiseksi tai muuttumiseksi. Ikääntymisen rajoitukset sekä luopumiset tulisi hyväksyä. Psyykkisessä ikääntymisessä persoonallisuus, identiteetti, minäkuva, älykyys sekä muisti voivat muuttua. (Eloranta ym. 2008, 13.)

Sosiaalisella ikääntymisellä tarkoitetaan ikääntyvän ihmisen ja hänen ympäristönsä tai yhteisönsä välisiä suhteita sekä niiden muutoksia. Sosiaaliseen ikääntymiseen muutoksia voivat aiheuttaa toimintakyvyn ja terveyden heikkeneminen, vanhempien kuolema, työstä luopuminen, lasten muutto kotoa, isovanhemmuus ja leskeksi jääminen. (Eloranta ym. 2008, 16–18.)

4 DEMENTIA SAIRAUDEN OIREENA

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriö ja aivotoimintojen heikentyminen. Se voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Useat etiologiset sekä toisistaan poikkeavat aivomuutokset aiheuttavat dementiaa. (Erkinjuntti ym. 2006, 94.) Dementiaa sairastavalla useat älylliset toiminnat ja aivo-toiminnat ovat heikentyneet ja siten rajoittavat sosiaalista selviytymistä. Dementiassa päivittäiset toiminnot, kokonaisuuksien jäsentäminen ja vertauskuvalliset ilmaukset ovat heikentyneet. Usein erilaiset käytöshäiriöt liittyvät vaikeampaan dementiaan. Yleisenä syynä dementiaan ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierrosta johtuva dementia (vaskulaarinen dementia) sekä aivovammat. Yleisempänä näistä Alzheimerin tauti, jonka osuus demencioista on 65 – 75 %. Taustalla ovat myös harvinaiset keskushermoston sairaudet, kuten Lewyn kappale-tauti ja frontotemporaalinen degeneraatio. (Huttunen 2011.)

4.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on etenevä, dementiaan johtava muistisairaus. Se on aivojen rappeumasairaus, jolle on tyypillistä tasaisesti ja vaiheittain etenevä luonne. Alzheimerin taudin osuus keskivaikeista ja vaikeista demencioista on 65-75%. Uusia Alzheimer-potilaita todetaan Suomessa vuosittain noin 13 000. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 76-78.)

Alzheimerin taudissa erityisesti mediaalisen ohimolohkon alueelta häviää hermosoluja, muut muutokset rajoittuvat lähinnä isoaiukuoreen. Alzheimerin tauti aiheuttaa aivomuutoksia, jotka vaikeuttavat arkea. Alzheimerin taudin ensimmäisiä oireita on joskus vaikea tunnistaa, tämän vuoksi on vaikea sanoa, koska Alzheimerin tauti on alkanut. Tyypillisimmät kliiniset vaiheet Alzheimerin taudissa ovat: oireeton vaihe, lievä kognitiivinen heikentyminen, varhainen Alzheimerin tauti sekä lievä, keskivaikea ja vaikea Alzheimerin tauti. (Erkinjuntti ym. 2006, 78.)

Varmaa diagnoosia Alzheimerista ei voida tehdä ilman neuropatologisia tutkimuksia. Neuropatologisten tutkimusten avulla pystytään erottamaan Alzheimerin taudin aiheuttamat histopatologiset muutokset sekä voidaan erottaa

ne muista dementoiviin sairauksiin ja normaaliin vanhenemiseen liittyvistä aivomuutoksista luotettavasti. (Erkinjuntti ym. 2006, 110-111.)

Alzheimerin taudin ensimmäisiä ja tyypillisimpiä oireita ovat asteittain pahenevat muistihäiriöt. Lähimuistin heikkenemisestä johtuvat ensimmäiset muistihäiriöt. Taudin edetessä myös oireet pahenevat, muistihäiriöiden jälkeen alkaa usein toiminnan ohjauksen, kielellisen ilmaisun sekä hahmottamisen vaikeudet. Myöhemmin selviytyminen arkitoimissa heikkenee: ruuan valmistaminen rajoittuu, siivous unohtuu sekä laskut jää maksamatta. Pikku hiljaa alkaa esiintyä käytöshäiriöitä ja lopulta edessä on laitoshoido. (Erkinjuntti ym. 2006, 80.)

Mitä nopeammin tauti todetaan sitä paremmin voidaan hidastaa taudin etenemistä. Alzheimerin taudissa lääkehoitona voidaan käyttää koliiniesteraasinestäjiä sekä memantiinia. Lääkehoidon teho sekä hoidon kesto ovat riippuvaisia sairauden vaiheesta. Alzheimerin taudin lääkehoidon tulee olla tavoitteellista sekä sen toteutumista pitää seurata säännöllisin väliajoin. Lääkehoidon avulla oireiden etenemisä voidaan hidastaa sekä oireita lieventää, päivittäistä toimintakykyä voidaan kohentaa tai pyrkiä säilyttämään jo olemassa oleva toimintakyky sekä käytöshäiriöitä voidaan lieventää. Lääkehoitoa jatketaan niin kauan kuin siitä on potilaalle hyötyä. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2009, 117-119.)

4.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarisella dementialla tarkoitetaan verenkiertoperäistä muistisairautta. Se on Alzheimerin taudin jälkeen yleisin muistisairauksiin johtava syy. Vaskulaarinen dementia syntyy monien eri tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Keskeisimpiä tekijöitä vaskulaarisen dementian syntyyn ovat aivoinfarktit, aivoverenvuodot sekä aivojen syvien osien eli valkean aineen hapenpuutteesta johtuvat vauriot. Vaskulaarista dementiaa aiheuttavien tekijöiden johdosta se on luonnollisesti yleisin vanhemmassa väestössä kuin nuoremmilla. (Erkinjuntti ym. 2006, 146-148.)

Vaskulaarisen dementian oireet eroavat Alzheimerin taudista siten, että muistihäiriöt eivät ole yhtä vallitseva piirre, vaan toiminnan ohjaus heikentyy muistia selvemmin ainakin taudin alkuvaiheessa. Vaskulaarisessa dementiassa

oireet eivät etene tasaisesti niinkuin Alzheimerin taudissa, vaan portaittain. Ensioireisiin kuuluu usein lievien muistihäiriöiden lisäksi puhehäiriöt, kömpelyys, kävelyvaikeudet sekä hahmottamisvaikeudet. Vaskulaarisen dementian oireet alkavat nopeasti, jopa päivissä tai viikoissa. Oireet voivat vaihdella sen mukaan missä kohtaa aivoja vaurioita on syntynyt. (Muistiliitto, [viitattu 16.8.13]).

Hoito vaskulaarisessa dementiassa keskittyy vaaratekijöiden puuttumiseen sekä jo todettujen sairauksien hoitamiseen. Huomiota tulee kiinnittää erityisesti korkean verenpaineen, rytmihäiriöiden, iskeemisten sydänsairauksien, kauhosairauksien sekä epileptisten kohtausten hoitoon. Alzheimerin taudin lääkkeillä saavutettu hyöty vaskulaarisessa dementiassa on rajallista, joten niiden käyttö ei ole ensisijaista hoidossa. Yksilöllisen arvion mukaan hoitona voidaan käyttää kuntoutusta kuten esimerkiksi fysio- sekä puheterapiaa. (Atula 2012.)

4.3 Lewyn kappale-tauti

Lewyn kappale-tauti on tavallisesti 50-80 vuoden iässä alkava degeneratiivinen eli rappeutumiseen liittyvä dementoiva sairaus. Tauti on saanut nimensä aivoissa havaittavien, Lewyn kappaleiden kiertymisestä aivojen kuorikerrosten alueelle. Sitä on 10-15 prosentilla eteneviä muistisairauksia sairastavista ihmisistä. Lewyn kappale-dementia alkaa pikku hiljaa ja se on miehillä hieman yleisempi kuin naisilla. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 159-160.)

Lewyn kappale-taudin kliininen kuva on usein hyvin vaihteleva ja tämä vaikeuttaa diagnoosin tekoa. Lewyn kappale-tautia pidetään alkuvaiheessa joko Alzheimerin tautina tai Parkinsonin tautina. Taudin diagnoosi perustuu kuitenkin potilaan kliinisiin oirekuviin sekä aivojen patologiseen tutkimukseen. (Martikainen 2009.)

Lewyn kappale-taudin oireina on älyllisen toimintakyvyn heikkeneminen sekä siinä keskeisenä piirteenä tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. Taudin alkuvaiheessa ei välttämättä ole merkittäviä muistihäiriöitä, mutta taudin edetessä vaikuttaa se myös muistiin heikentävästi. Oireita esiintyy Lewyn kappale-tautia sairastavilla lähinnä väsyneenä, koska tällöin muisti pettää sekä looginen ajattelu on haastavaa. Muita tautiin liittyviä tyypillisiä oireita ovat toistuvat näköharhat,

hypokinesia eli hitaat lihasliikkeet, lihasten jäykkyys, kävelyhäiriöt, lyhytkestoiset tajunnamenetyskohtaukset, kaatumiset sekä herkkyyys psykoosilääkkeille. Lewyn kappale-taudissa oppimiskyky sekä lähimuisti säilyvät pidempään kuin Alzheimerin taudissa. (Erkinjuntti ym. 2009, 142-143.)

Lewyn kappale-tautiin ei ole olemassa parantavaa hoitoa, mutta sitä voidaan helpottaa monilla lääkkeillä sekä myös lääkkeettömästi. Hoidossa korostuu fyysisen kunnon ylläpitäminen sekä liikuntakyvyn säilyttäminen. Harkinnan mukaan voidaan käyttää Parkinsonin taudin lääkkeitä, nämä kuitenkin saattavat lisätä sekavuutta ja hallusinaatioita. On todettu, että koliiniesteraasin estäjät lieventävät tautia sairastavien sekä kognitiivisia että käyttäytymiseen liittyviä oireita. (Erkinjuntti ym. 2006, 142.)

4.4 Frontotemporaalinen degeneraatio

Frontotemporaalisella degeneraatiolla tarkoitetaan otsa-ohimolohkorappeumasta johtuvaa muistisairautta. Sille on ominaista aivojen otsalohkojen toiminnan heikkeneminen sekä siitä aiheutuvat oireet. Frontotemporaalinen degeneraatio on yleensä etenevä sekä se johtaa usein dementiaan. Se käsittää alleen kolme tähän sairausryhmään kuuluvaa oireyhtymää: frontotemporaalisen dementian, etenevän sujumattoman afasian sekä semanttisen dementian. (Erkinjuntti ym. 2006, 169-170.)

Frontotemporaalinen dementia eli otsalohkodementia alkaa yleensä 45-65-vuotiaana. Keskeistä siinä on persoonallisuuden sekä käyttäytymisen muutokset, nämä voivat ilmetä esimerkiksi aloitekyvyttömyytenä, tahdittomuutena, lyhytjänteisyytenä sekä huolettomuutena. Aloitekyvyttömyys sekä lyhytjänteisyys saattaa näkyä sairastuneella henkilöllä apaattisuutena. Frontotemporaalisessa dementiassa muisti, havaintokyky sekä motoriset taidot ovat yleensä säilyneet kohtalaisesti, mutta henkilöllä on vaikeuksia puheen tuottamisessa sekä sanojen löytämisessä. Usein myös frontotemporaalista dementiaa sairastaville henkilöillä sairaudentunto on heikko eli hän ei kykene arvioimaan toimintakyvyn muutoksia, jotka sairaus on aiheuttanut. (Erkinjuntti ym. 2006, 170-171.)

Etenevän sujumattoman afasian muodon keskeisin piirre on puheen tuoton ongelmat. Yleensä henkilön puheentuotto on työlästä sekä puheessa on kieliopillisia virheitä. Henkilöllä saattaa myös olla sanojenlöytämistä vaikeuksia sekä kirjoitus- että lukemisvaikeuksia. Etenevän sujumattoman afasian loppuvaiheessa kielelliset vaikeudet voivat edetä täydelliseen puhumattomuuteen eli mutismiin. Henkilön kognitiiviset osa-alueet ovat usein säilyneet suhteellisen hyvin. (Erkinjuntti ym. 2006, 172.)

Sementinen dementia alkaa useimmiten 50-70 –vuoden iässä ja se on yleisempää naisilla kuin miehillä. Sementisessä dementiaassa ihminen kärsii sanojen merkitysten häviämisestä. Ihmisellä on vaikea-asteinen sanojenlöytämistä vaikeus. Ihmiseltä katoaa kyky tunnistaa esineitä. Tyypillistä on myös, että kyky empatiaan sekä sympatiaan heikkenee. Sementisessä dementiaassa puheen tuotto on kuitenkin sujuvaa sekä muisti on säilynyt suhteellisen hyvin. (Erkinjuntti ym. 2006, 173.)

Frontotemporaalisiin degeneraatioihin ei ole olemassa parantavaa hoitoa. Lääkehoidon avulla pyritään ainostaan vaikuttamaan frontotemporaalisista degeneraatioista aiheutuvien käytöshäiriöiden, masennuksen, ahdistuksen sekä ärtyisyyden lieventymiseen. Omaisia sekä hoitohenkilökuntaa auttaa tieto sairaudesta ja diagnoosista. Tämä auttaa heitä suhtautumaan oikein sairastuneeseen sekä ymmärtämään hänen oireitaan. (Juva 2012, 19.)

5 KÄYTÖSHÄIRIÖT JA KÄYTÖSHÄIRIÖISEN IÄKKÄÄN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN

Iäkkäiden käytöshäiriöt voivat ilmetä, fyysisellä tai verbaalisella aggressiivisuudella, harhaluuloisuutena, aistiharhoina, hallusinaatioina, toistuvina ääntelyinä sekä univaikeuksina ja levottomuutena, joka ilmenee huuteluna ja vaelteluna (Jauhola 2010, 8). Käytöshäiriöt voivat olla ohimeneviä tai jatkua jopa vuosia. Ne voivat aiheuttaa hoitajille uupumista ja lisäksi voivat vaikuttaa hoitopaikan sekä hoitolinjan määräytymiseen. Käytöshäiriöiden arvioinnissa selvitetään liittyykö oire kipuun, fyysiseen sairauteen, muuhun vaivaan tai onko sillä yhteys potilaan ympäristöön vai johtuuko se vuorovaikutuksen vaikeuksista. Oireiden aiheuttaessa vaaraa potilaalle itselleen tai muille on hoidon aloittaminen tarpeellista. (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2002, 463.)

Saarnion, Mustosen ja Isolan (2011, 52) tutkimuksen mukaan dementoituvien iäkkäiden levottomuus ja aggressiivinen käyttäytyminen ovat yleisiä. Tutkimuksesta käy ilmi, että iäkkäiden itseään vahingoittava käyttäytyminen oli kuitenkin vähäistä.

Hoitotyön henkilöstö joutuu usein kohtaamaan käytöshäiriöitä, joka voi uhata iäkkään ja hoitajan hyvinvointia. Se voi aiheuttaa stressiä, lisätä kaatumisia sekä tapaturmia, iäkkään syrjäytymistä ja eristäytymistä sekä taloudellisia kustannuksia. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005, 147.)

Kohdatessa dementoituvan ihmisen, täytyy muistaa, että tärkeintä on suhtautua häneen aikuisena ihmisenä. Kohtaamista helpottaa tilanteen ymmärtäminen, joka perustuu tietoon sairaudesta ja sen moninaisista vaikutuksista toimintakykyyn. Myös dementoituvan ihmisen elämänhistoria ja kiinnostuksen kohteet auttavat kohtaamista. (Voutilainen, Vaarama, Backman, Paasivaara, Eloniemi-Sulkava & Finne-Soveri 2002, 26.)

Hoitava henkilökunta voi kokea potilaan käyttäytymisen ongelmallisena, jos potilas toistaa asioita, saa paniikkireaktion tai käyttäytyy sopimattomasti tilanteeseen nähden, esimerkiksi syö ravinnoksi sopimatonta, itkee tai nauraa sopimattomissa tilanteissa (Heimonen & Voutilainen 1997,105).

Dementoituvan ihmisen yksilöllisyys kannattaa muistaa erilaisten ratkaisujen osalta. On tilanteita, joissa dementoituvan kohdalla ohjeista voi olla apua, mutta joissakin ei. On muistettava, että ongelmat eivät poistu lopullisesti, vaan tilanne rauhoittuu ja dementoituvan levottomuus ja ahdistus vähenee joksikin aikaa. Rauhallinen keskustelu ja tarvittavat apuvälineet ovat hyvä keino kohdata haasteellinen tilanne. Myös katsekontakti, tarvittaessa toistaminen, ahdistavien asioiden poistaminen keskustelusta, kosketus ja ilmeet ovat tärkeitä. Hoitohenkilökunnan hermostuminen tilanteessa voi johtaa dementoituvan ahdistukseen. (Lambrechts, Kuppens & Maes 2009, 628.)

Aggressiivisuuden syynä voi olla myös, ettei dementoituva ymmärrä, mitä tapahtuu ja kokee olonsa turvattomaksi. Tällöin on hyvä kiinnittää dementoituvan huomio muuhun, kuten lukemiseen, radion kuunteluun tai kävelyretkiin. Palaute onnistumisista on tärkeää, kun taas epäonnistumiset tulisi ohittaa huomaamattomasti. (Heimonen ym. 1997, 107–109.) Käyttäytymisillä kuten luottamuksella, empatialla ja positiivisella jännityksellä on huomattu olevan yhteyttä asiakkaan käytöshäiriöiden lieventymiseen. Hoitajien voi olla vaikea kohdata asiakkaiden käytöshäiriöitä ja se voi näkyä hoitajien masentuneisuutena ja vihantunteena. (Lambrechts ym. 2009, 628.)

Kotona olisi todella tärkeä ottaa huomioon dementoituvan ihmisen vaikeudet hahmottaa ympäristöään. Yksinkertaisetkin vihjeet tulisi huomioida kuten kynnyksien, mattojen sekä vahvojen kuvioiden välttäminen. Tulisi huomioida myös pintamateriaalien selkeys, yksinkertaisuus sekä minivoiva heijastus. Valaistuksen tulisi olla riittävä sekä luonnonmukainen. Päivittäin tarvittavat välineet tulisi valita hahmottamista helpottaviksi: WC-istuin, joka olisi värillinen ja tällöin erottuisi selkeästi tai lautasten reunuksen selkeä väri mieluummin kuin yksivärinen lautanen. Voimakkaat värierot sekä kuviot tai yksitoikkoinen väritysmuoto, jolloin mikään ei erotu voi vaikeuttaa päivittäistä selviytymistä. (Heimonen ym. 1997, 145.)

Dementian myötä ihmisen kognitiivinen taso heikentyy, saadun informaation merkityksen ymmärtäminen vaikeutuu ja muisti huononee. Ympäristöstä saadut vihjeet voivat olla riittämättömät, jatkuvasti muuttuvat ja vaikeasti ymmärrettävät, jolloin dementoituvan on vaikea saada niille minkäänlaista merkitystä. Tällöin käyttäytyminen saattaa vaikuttaa tarkoituksettomalta ja mukautumattomalta ympäristöön

nähden, mutta toisinaan se voi olla täysin tarkoituksenmukaista suhteessa siihen informaatioon minkä hän voi hyödyntää. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 228.)

Tavallisimmin dementoituva käyttää selviytymiskeinonaan eri tavoin ilmenevää levottomuutta, aggressiivisuutta ja sekavalta tuntuvaa käyttäytymistä. Hyväksi dementoituvalle on, jos hänen sallitaan liikkua vapaasti omassa kodissaan. Ahdistus kasvaa, jos se jollain lailla estetään. Joskus taas rajojen asettaminen kasvattaa turvallisuudentunnetta. Silloin on huolehdittava, ettei viestintä ole määräävää eikä alistavaa, koska ne saattavat tuottaa pelkoa. Ympäristön levollinen ja hyväksyvä ilmapiiri ehkäisee levottomuutta. On hyödyksi, jos sairaudesta uskalletaan puhua sopivissa tilanteissa. (Aejmelaeus ym. 2007, 229.) Dementikoilla voi olla fyysistä tai sanallista aggressiota. Fyysinen aggressiivisuus voi näkyä usein epätarkoituksenmukaisena voimannäyttönä tai suoranaisena väkivaltana. (Aejmelaeus ym. 2007, 235–236.)

Isolan, Backmanin, Saarnion ja Paasivaaran (2005, 148) analyysin tuloksen mukaan löytyi kolme hoitotyön toiminnan yläkategoriaa: persoonan käyttö, järkipäristäminen ja intuitiivinen toiminta. Isola ym. (2005) kuvaa persoonan käytön jakaantumista ihmisenä olemiseen, huumoriin sekä luovuuden käyttöön. Tutkimuksessa hoitaja on kuvannut uhkaavaa tilannetta seuraavasti huumorin avulla:

”Miespotilas seiso i nyrkit pystyssä käytävällä ja uhkaili. Radiossa soitettiin polkkaa, jolloin sanoin hänelle: Hypätään polkkaa ennen kun lyöt. Potilasta alkoi naurattaa ja polkkaa tanssittiin. Tilanne laukesi siihen. Tunsin potilaan taustan. Hän oli mielellään tanssinut aiemmin.”

Järkipäristämiseen toimintaan Isolan ym. (2005) mukaan kuuluvat perustelu, vakuuttaminen, ohjaaminen ja ympäristön muokkaaminen. Tutkimuksen mukaan on tärkeää, että ei torjuta dementoituvan asiakkaan esittämiä asioita vaan keskustellaan asiasta.

Isola ym. (2005) kuvaavat intuitiivista toimintaa ennaltaehkäisynä, mukaan menemisenä sekä huomion ohjaamisena muuhun. Tutkimuksessa osoitetaan, että intuitiivinen toiminta vaatii teoreettista tietoa dementiasta, dementoituvan taustasta sekä dementian vaiheen tuntemista.

”Eräs haastateltava totesi, että on oltava tuntosarvet, herkkä iho ja silmät myös selässä.”

5.1 Henkisen käyttäytymisen muutokset

Henkisillä muutoksilla käyttäytymisessä on monia erilaisia muotoja, joiden tarkoituksena on nöyryyttää toista sekä nujertaa hänen omanarvontunteensa sekä itseluottamuksena. Henkiset muutokset käyttäytymisessä saattavat ilmetä esimerkiksi puhumattomuutena, pilkkaamisena, kiroiluna, nimittelynä sekä uhkailuna. Henkissä käytöshäiriöissä ei aina käytetä pelkästään sanoja, vaan muita henkisen väkivallan keinoja ovat: äänenpainot, ruumiinkieli sekä kasvojen ilmeet. (Jankola 1991, 19–20.)

5.2 Fyysinen voimankäyttö

Fyysisen voimankäytön taustalla on usein stressitekijöitä. Yksi fyysisen voimankäytön laukaisevia tekijöitä on ahtaus. Voidaankin sanoa, että ihmiset ärsyyntyvät sekä turhautuvat ahtaissa tiloissa herkästi. (Kiviniemi, Läksy, Matinlauri, Nevalainen, Ruotsalainen, Seppänen & Vuokila-Oikkonen 2007, 125.) Fyysinen voimankäyttö voi esiintyä tönimisenä, läimäyttämisenä, liikkumisen estämisenä, lyömisenä sekä teräaseella vahingoittamisena (Fyysinen väkivalta 2013).

Asiakkaan fyysistä voimankäyttämistä provosoi työntekijän välinpitämättömyys. Kokemuksella sekä itsevarmuudella työntekijä luo asiakkaalle luotettavuuden ja turvallisuudentunteen. Fyysisenä voimankäyttönä voivat näkyä asiakkaan pelko ja epävarmuuden kokemukset. Asiakkaan kiivas ja aggressiivinen puhe usein ennakoitua haastavaa käyttäytymistä. Työntekijöiden tulisi pystyä puuttumaan jo tässä vaiheessa tilanteeseen, jottei se pääse kehittymään pahemmaksi. Asiakkaan rauhoittamiseksi keskustelu sekä rauhallinen puhe ovat hyviä tapoja. Työntekijän on tärkeää olla keskustelussa rehellinen sekä kertoa asiakkaalle aikeistaan. Työntekijän tulee muistaa, ettei ole suositeltavaa kääntyä selin asiakkaaseen, koska tällöin ei pysty ennakoimaan tulevia tilanteita. (Kiviniemi ym. 2007, 127.)

Jos ennalta tiedetään, että joku asiakas voi käyttäytyä haastavasti, ei näihin tilanteisiin saa mennä yksin, vaan asiakkaan luokse mennään useamman työntekijän voimin. Asiakkaan käyttäytyessä haastavasti on aina hyvä vaihtoehto poistua paikalta. (Kiviniemi ym. 2007, 132.)

Saarnion ym. (2011, 50–51) tutkimuksen mukaan iäkkäiden aggressiivista käyttäytymistä ilmeni hoitotyössä 62 %:n mielestä viikoittain ja päivittäin 10 %:n mielestä. Aggressiiviseen käyttäytymiseen nähtiin kuuluvan huutaminen, fyysinen aggressiivisuus, vihaisuus, kielellinen aggressiivisuus sekä hoitotoimenpiteiden vastustaminen. Tutkimuksesta ilmenee myös, että iäkkään sisäistä levottomuutta ilmenee vähintään viikoittain. Sisäiseen levottomuuteen liitettiin epäluuloisuus, ohjeiden seuraamattomuus sekä syrjäänvetäytyminen. Saarnion ym. (2011, 51) mukaan hoitotyössä ilmeni myös iäkkään itseään vahingoittavaa käyttäytymistä. Tätä ilmeni kuitenkin harvoin. Itseään vahingoittavan käyttäytymiseen liitettiin itsetuhoisuus, poikkeava seksuaalinen käytös sekä ravinnoksi kelpaamattoman syöminen.

6 IKÄIHMISTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Ikääntyvissä on alkoholinkäyttäjiä laidasta laitaan, aivan kuten muussakin väestössä: raittiita, kohtuukäyttäjiä, suurkuluttajia sekä riippuvaisia. Sukupuolikaan ei ole enää erottava tekijä, vaan ongelmakäyttäjiä on sekä miehissä että naisissa. Ikääntyvän alkoholinkäytön taustalla ovat eläkkeelle jäämisen lisäksi leskeys, yksinäisyys, masennus ja sairaudet. Erilaiset elämän kriisit saattavat saada lähes raittiin hakemaan lohtua pullosta tai kohtuukäyttäjän suurkuluttamaan alkoholia. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1998, 160.)

Ikääntyvät alkoholinkäyttäjät voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään luokitellaan ne iäkkäät, joiden ongelma on alkanut jo nuorena. Toiseen ryhmään luokitellaan taas ne, joiden runsas alkoholinkäyttö on alkanut vasta eläkeiässä. (Mäkinen ym. 1998, 160.)

Monet ikäihmiset, etenkin naiset, pitävät alkoholinkäyttöä sopimattomana. Siksi ikääntyvien alkoholinkäytön havaitseminen voi olla hankalaa. Perheenjäsenen alkoholinkäyttöä peitellään ja salaillaan. Alkoholia nauttineena ei tulla vastaanotolle, vaikka oltaisiin hyvinkin sairaita. Jos ei ole perhettä, krooninen alkoholinkäyttö voi hyvinkin jäädä havaitsematta. Alkoholisoituneesta ikäihmisestä on harvoin haittaa ympäristölle. On kuitenkin syytä muistaa, että krooninen alkoholinkäyttö on usein pitkällä tähtäimellä sangen vaarallista ja että masentuneen ikäihmisen lisääntynyt alkoholinkäyttö on myös tunnettu itsemurhariski. (Mäkinen ym. 1998, 160.)

6.1 Alkoholin vaikutukset iäkkääseen

Ikääntyessä elimistön toiminta muuttuu, rasvapitoisuuden kohotessa ja vesipitoisuuden laskiessa. Myös aineenvaihdunta hidastuu ja monien aistien toiminta heikkenee. Vuosia juoneiden oireet alkavat ikääntyessä näkyä motoriikan heikentymisenä. Myös pidätyskyky heikkenee, kävely on epävarmaa ja voi tulla myös demensioireita. (Levo, Viljanen, Heino, Koivula & Aira 2008, 25–26.)

Ikääntyvällä tyypillisimpiä alkoholin aiheuttamia oireita ovat sekavuus, huimaus, muistihäiriöt, toistuvat kaatumiset, masentuneisuus, unihäiriöt sekä ylävatsakivut. Lisäksi ulkoinen olemus esimerkiksi likaiset vaatteet, hoitamattomat hiukset, käytöshäiriöt sekä kynnet voivat viitata ikääntyvän alkoholinkäyttöön. Lisätukea antaa poikkeavat laboratorioarvot. Läheisten kanssa keskustelu voi myös antaa tärkeää tietoa ikääntyvän alkoholinkäytöstä. (Seppä, Alho & Kiiänmaa 2010, 122.)

6.2 Mitkä syyt johtavat ikääntyneen juomiseen

Alkoholinkäytön riskitekijöitä ovat: sukupuoli, puolison kuolema, sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen, tarpeettomuuden tunne, ajanviette, tapajuominen, nuoremalla iällä alkanut ja myöhemmällä iällä jatkunut runsas alkoholinkäyttö, alkoholin käyttöön myönteisesti suhtautuva perhe, elämän muutokset, nautinnonhakuinen elämä, yksinäisyys sekä masennus ja mielialavaihtelut. Riskitekijöistä käsitellään tarkemmin yksinäisyyttä, koska sillä on selvä yhteys monen muun riskitekijän kanssa. (Levo ym. 2008, 54–55.)

Yksinäisyydestä keskusteltaessa on hyvä erottaa toisistaan yksin asuminen, yksin oleminen ja yksinäisyyden kokeminen. Yksinäisyyden kokemiseen liittyvät: korkea ikä, sukupuoli, puolison kuolema, alhainen koulutustaso, sairaudet ja toimintakyvyn häiriöt, masennus, elämänasenteet ja ihmissuhteiden odotukset. (Levo ym. 2008, 55.) Yksinäisyys on, paitsi yksin olemista, myös ahdistavuuden ja pelottavuuden kokemista. Ikäihmisiä altistaa yksinäisyyden tunteelle oman toimintakyvyn heikkeneminen, sairaudet, yksin eläminen ja seuran puute ja samaan ikäpolveen kuuluvien kuolema. Yksinäisyys voi heikentää ikäihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Se voi altistaa erilaisille vaivoille esimerkiksi kivulle ja unettomuudelle. (Levo ym. 2008, 56.)

Yksinäisyys on pelottavaa, jos ihminen joutuu kohtaamaan yksin suuret elämänmuutokset tai käsittelemättömät, ahdistavat oman elämän tosiasiat, esimerkiksi läheisen henkilön menetys, oman toimintakyvyn heikkeneminen tai vieraaseen paikkaan muuton, johon liittyy yksin jääminen tai tunne, että on jätetty yksin (Noppari & Koistinen 2005, 20).

Leskeksi jääminen ja tärkeän ihmissuhteen päättyminen ovat selkeitä yksinäisyyden aiheuttajia. Sosiaalisia suhteita ylläpitäneen puolison kuolema voi johtaa siihen, että leski saattaa jäädä sosiaalisesti eristäytyneeksi, ellei hän kykene luomaan uusia ystävyys-suhteita. (Noppiari ym. 2005, 23.)

7 KOTIHOIDOSSA TEHTÄVÄ HOITOTYÖ

lääkäistä suurin osa asuu kotonaan. Vuonna 2011 noin 90 % iäkkäistä asui kotonaan. Kotona asumisen mahdollistaminen nousee tärkeäksi asiaksi iäkkäiden asiakkaiden laatusuosituksessa. (Huovinen ym. 2013, 21).

Ammatillista hoitotyötä tehdään asiakkaan kotona perusterveydenhuollossa sekä erikoissairaanhoidossa. Osassa kunnista terveyskeskukset tuottavat kotisairaanhoidonpalveluita ja osassa kotisairaanhoidon ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidoksi. Kotipalvelun työntekijät ja kotisairaanhoidon työntekijät: kodinhoitajat, kotiavustajat, lähihoitajat, sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lääkärit toimivat yhteisissä tiimeissä yhdistetyssä kotihoidossa. Mukana on myös sosionomeja, fysioterapeutteja, jalkahoitajia ja toimintaterapeutteja. Kotihoidon palvelut on tarkoitettu kaikenikäisille, mutta kotihoitoa tarvitsevat ovat pääasiassa vanhuksia. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lantela 2007, 16.)

On vaativaa, kun työympäristönä on toisen koti. Se on iäkkään asiakkaan ja hänen omaistensa koti, mutta se on myös siellä työskentelevän työntekijän ympäristö. Toisen kotona toimitaan hänen ehdoillaan ajatellen hänen hyvinvointiaan, terveyttään ja turvallisuuttaan. Työntekijänkin hyvinvointi, terveys ja turvallisuus on huomioitava. Työolot poikkeavat monella tavalla laitoksissa työskentelevän työoloista, kuten ergonomia ei aina toteudu. Kotiympäristössä saattaa olla erilaisia haittatekijöitä, kuten tupakka, eläimet, huonepöly, vialliset sähkölaitteet, home, huono valaistus ja päihteitä häiritsevästi käyttävät asiakkaat tai omaiset. Poikkeavuutta ilmenee myös eripituisissa matkoissa asiakkaiden luo, vuodenaikojen vaihtelu ja vaihtelevat sääolot. Yksintyöskentely voi olla työntekijälle joko etu tai haitta. Iäkkään asiakkaan välitön avuntarve sairauskohtauksien ja muiden yllättävien tilanteiden yhteydessä, työntekijä joutuu tekemään nopeita itsenäisiä päätöksiä. (Hägg ym. 2007, 17.)

Hoitotyö ei koske pelkästään sairaita, vaan hoitajat ovat kiinnostuneita myös yksilön, ryhmän tai yhteisön terveydestä osana hyvinvointia ja sen edistämistä. Ihmisen päivittäisiin toimintoihin liittyvä avuntarve määrittää hoitotyön tarpeen. Hoitotyössä edistetään ja ylläpidetään terveyttä, ehkäistään ja hoidetaan sairautta sekä kuntoutetaan sairauden tai vamman heikentämää tai hoidetaan kuolevaa. Hoito-

työhön kuuluu auttaminen, tukeminen, tarkkaileminen, ohjaaminen ja eri tavoin kykeneväksi tekeminen. (Janhonen & Pyykkö 1996, 22.)

Kotihoidon tavoitteena on iäkkään asiakkaan toimintakyvyn ja terveyden edistäminen, iäkkäiden toimintakyvyn ja palveluntarpeen arviointi sekä tapaturmien ehkäisy. Tavoitteena on myös iäkkäiden tukeminen selviytymään kotona niin kauan kuin mahdollista sekä tietojen välittäminen esimerkiksi järjestöjen toiminnasta. (Voutilainen ym. 2002, 98.)

Kotihoidossa hoitajan työssä korostuu kuntouttava työote, näin hoitaja huomio yksilöllisesti iäkkäiden asiakkaiden voimavarat. Hoitajan on tärkeä tukea vain niissä päivittäisissä toiminnoissa, joissa asiakas tarvitsee apua. Toiminnoissa, joissa asiakas ei tarvitse apua, toimii hoitaja henkisenä tukijana sekä kannustajana. Kotihoidon työntekijä voi olla joissain tapauksissa ainoa henkilö, joka asiakkaan luona käy. Tällöin hoitaja havaitsee usein ensimmäisenä iäkkään asiakkaan kunnon heikentymisen. Hoitajan tiedottaminen havainnoistaan eteenpäin on tärkeää. (Voutilainen ym. 2002, 102–103.)

9 OPINNÄYTETYÖN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

9.1 Opinnäytetyön analyysi

Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla oli mahdollista saada laajempaa sekä tarkempaa tietoa haastateltavilta. Kvalitatiivinen tutkimustapa on hyvä valinta, jos halutaan jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen saada uusi näkökulma. Ihmisten, kokemusten, motivaation tai tulkintojen tutkiminen sekä ihmisten näkemysten kuvaus korostuu kvalitatiivisessa tutkimuksessa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 49.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valittiin harkinnanvaraisesti eli tarkoituksenmukaisesti. Tällä tarkoitetaan sitä, että tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteet on valikoitu meidän tutkijoiden mielenkiinnon perusteella. Tutkimuksessa haluttiin haastatella tutkimukselle keskeisiä henkilöitä. (Metsämuuronen 2003, 61.)

Sisällönanalyysillä tarkoitetaan tutkimusaineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla sekä lyhyesti, että yleistävästi. Sisällönanalyysin avulla voidaan havainnoida sekä analysoida systemaattisesti aineistoa. Olennaista sisällönanalyysissä on, että tutkimusaineistosta erotetaan samankaltaisuudet sekä eroavaisuudet. Samaa asiaa merkitsevät sanat luokitellaan samaan luokkaan. Käsitteiden samankaltaisuus on sidoksissa tutkimuksen tarkoituksen kanssa. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

Haastattelun tyypiksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelulla tarkoitetaan haastattelua, jossa ennalta on sovittu haastattelun keskeisimmät asiat. Teemahaastattelussa kysymysten muotoiluun voi tulla täsmennyksiä sekä kysymysten esittämisjärjestys voi vaihtua. Ihmisten asioille antamat tulkinat sekä merkitykset korostuvat teemahaastattelussa. Tässä haastattelutyypissä pyritään etsimään vastauksia tutkimustehtävän mukaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 96-97.)

Opinnäytetyöhön laadullinen tutkimus sopi hyvin, koska haluttiin terveydenhoitajien ajatuksia ja kokemuksia tutkimuskysymyksiin. Haastattelu

toteutettiin teemahaastatteluna, koska kysymykset olivat suunniteltu ennakkoon. Näihin kysymyksiin haettiin vastauksia, mutta kysymyksillä oli mahdollisuus tarkentua haastattelun edetessä. Tutkimustulokset analysoitiin sisällönanalyysillä, koska sen avulla oli mahdollisuus erottaa samankaltaisuudet ja eroavaisuudet ja siten saada kuvailevaa tietoa aineistosta. (Janhonen & Nikkonen 2001, 23.)

9.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyötä aloitettiin työstämään keväällä 2013. Aiheen valinta muodostui melko helpoksi, mutta otsikko on muuttunut työn aikana muutaman kerran. Aiheesta olisi saanut todella laajan, joten aihetta jouduttiin rajaamaan. Tiedonkeruu alkoi melkein heti, kun työn sisältö oli hahmoteltu. Tiedonhaussa käytettiin pääasiassa 2000-luvun kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Haastattelusta saaman aineiston perusteella päätettiin lisätä työn sisältöön vielä yksi käsite, koska tämä tuli jokaisen terveydenhoitajan vastauksissa esille.

Työssä käytettiin laadullista eli kvalitatiivista tutkimustapaa, jossa haastateltiin terveydenhoitajia. Tähän päädyttiin sen vuoksi, koska haluttiin kuvailevaa tietoa ja terveydenhoitajien omakohtaisia kokemuksia ja ajatuksia.

Haastattelut toteutettiin ottamalla aluksi yhteyttä keskikokoisen kaupungin sosiaali- ja terveysalan vanhustyön päällikköön, jolta haettiin tutkimuslupaa. Tutkimusluvan saatua otettiin yhteyttä kotihoitoihin soittamalla ja kertomalla heille työstä; sen tarkoituksen, minkälaisesta haastattelusta on kyse, mihin saatuja tuloksia käytetään, luottamuksellisuudesta sekä vapaaehtoisuudesta. Haastattelu toteutettiin haastatteleamalla kolmea terveydenhoitajaa, jotka työskentelevät keskikokoisen kaupungin kotihoidoissa. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin kolme kysymystä, joihin he saivat vastata omin sanoin ja omien kokemuksiansa perusteella. Kaikki haastattelut nauhoitettiin.

Haastattelun purku aloitettiin litteroimalla eli kirjoittamalla haastattelut tekstimuotoon. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Siinä kuvattiin tutkittu aineisto tiivistetyssä muodossa.

Litteroinnin jälkeen kirjoitetut tekstit luettiin muutamaan kertaan läpi. Tämän jälkeen aineistosta etsittiin ja alleviivattiin ne asiat, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Asia tuotiin esiin niin kuin hoitajat olivat alkuperäisesti ne ilmaisseet.

Tämän jälkeen saadut tiedot ryhmiteltiin omiin kategorioihinsa niin, että samankaltaiset aineistot ovat samassa laatikossa. Vastauksien luokittelun jälkeen alkuperäiset ilmaukset pelkistettiin mahdollisimman yhdenmukaisilla käsitteillä kuin alkuperäisessä aineistossa. Seuraavaksi tarkasteltiin pelkistettyjä ilmaisuja ja etsittiin niistä samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia. Kaikki samankaltaiset ilmaisut yhdistettiin alakategorioiksi. Tärkeää oli, että alakategoriat kuvaavat asian sisältöä mahdollisimman tarkasti. Seuraavaksi aloitettiin yhdistelemään alakategorioita toisiinsa yhdenmukaisen sisällön avulla, muodostaen yläkategoriat. Lopuksi yläkategoriat liitettiin niitä kaikkia kuvaaviin pääluokkiin, tätä kutsutaan abstrahoinniksi. (LIITE 1.) Haastavaa oli kategorioiden yhdisteleminen sekä niiden nimeäminen niin, että ne kuvaavat mahdollisimman hyvin alkuperäistä ilmaisua. Useamman kerran jouduttiin ottaa sisällönanalyysi tarkasteluun, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin.

Haastattelusta nousi esiin iäkkäiden asiakkaiden alkoholinkäyttö uutena asiana työn kannalta, jota ei alun perin ajateltu sisällyttää työhön. Tämän perusteella tietoa haettiin ikäihmisten alkoholinkäytöstä ja liitettiin se työhön. Muilta osin teoria saatiin kerättyä suurimmalta osin jo ennen sisällönanalyysin purkamista. Työn edetessä tarkentavaa tietoa on lisätty niin teoriaan kuin otsikoihinkin.

10 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyöllä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin: Millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajan kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on, millaiset kodin olosuhteet vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin sekä miten terveydenhoitaja kohtaa käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan kotihoidossa. Opinnäytetyön tuloksista selvisi, että terveydenhoitajien kokemukset käytöshäiriöistä olivat erilaisia. Jokaisella haastateltavalla terveydenhoitajalla oli kuitenkin ajatuksia siitä, miten omalla käyttäytymisellä voi vaikuttaa iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajien kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa. Tarkoituksena on myös kuvata millaiset tekijät vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin. Tavoitteena on saatujen tulosten perusteella tuottaa tietoa millaisia keinoja terveydenhoitajat käyttävät kohdatessaan käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan.

10.1 Terveydenhoitajien kohtaamien iäkkäiden asiakkaiden käytöshäiriöt kotihoidossa

Haastattelusta nousi esiin, että terveydenhoitajat olivat kokeneet työssään enemmän henkistä häirintää kuin fyysistä voimankäyttöä. Yksi haastateltavista oli kokenut kerran työnsä aikana fyysistä voimankäyttöä. Terveydenhoitaja kertoi haastattelussa, että mentäessä normaalisti kotikäynnille, soitti hän asiakkaan ovikelloa ja odotti, että asiakas tulee avaamaan oven. Asiakas ei tullut kuitenkaan avaamaan ovea odotteluista huolimatta, joten terveydenhoitaja meni omilla avaimilla sisään. Saavuttuaan asiakkaan kotiin kotikäynnille huomasi terveydenhoitaja välittömästi, että asiakas oli hieman rauhaton sekä hermostunut. Terveydenhoitaja yritti saada selville asiakkaan hermostuneisuuden syyt kysymällä. Asiakas ei kuitenkaan kuunnellut terveydenhoitajaa, vaan kiroili sekä käyttäytyi uhkaavasti.

”Soitin mielestäni ovikelloa ja tämän jälkeen menin avaimella sisään, jälkikäteen asiakas sanoi, että en ollut soittanut ovikelloa ja oli tästä

hermostunut. Asiakas kiroili ja käskei ottamaan äkkiä nyt ne verikokeet, samalla tarrasi minua käteen kiinni ja meinasi lyödä suoraan turpaan.”

Terveystenhoitaja poistui välittömästi asiakkaan kotoa ja palasi takaisin toimistolle. Myöhemmin asiakkaan luokse mentiin toisen terveystenhoitajan kanssa ja asiakas käyttäytyi edelleen hermostuneesti, hän paiskoi kännykkää ja riuhoi paitaansa päältä.

Henkistä häirintää kaikki olivat kokeneet, mutta kaikki eivät ajatelleet sitä suoraansanottuna henkisenä häirintänä. Yksi haastateltavista kertoi menneensä ennalta tuntemattoman asiakkaan luo kotikäynnille. Aluksi kaikki sujui hyvin, kunnes yhtäkkiä asiakas nosti teräaseen ja heilutti sitä.

”Menin viikonloppuna tekemään haavanhoitoa ennalta tuntemattomaan paikkaan. Kaikki meni hyvin, juteltiin kaikenlaista. Puhuttiin asiakkaan ammatista, hän oli ollut teurastaja. Siten yhtäkkiä penkin vierestä hän nostaa leipäveitsen ja heiluttaa sitä huudahdellen: Olen teurastaja.”

Terveystenhoitaja poistui paikalta. Haastattelussa terveystenhoitaja kertoi tilanteen tuntuneen pelottavalta.

10.2 Kodin olosuhteiden vaikutukset iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin

Alkuperäisenä ajatuksena haettiin vastausta kysymykseen: millaiset kodin olosuhteet vaikuttavat asiakkaan käytöshäiriöihin. Tähän kysymykseen terveystenhoitajat eivät kuitenkaan löytäneet vastausta. Heille esitettiin jatkokysymyksiä, joiden avulla yritettiin johdatella aiheeseen. Tästä huolimatta terveystenhoitajat eivät nähneet kodin olosuhteilla olevan vaikutusta asiakkaan käytöshäiriöihin.

”..no se ympäristö, ei siellä nyt niin mitään ole”

Terveydenhoitajat vastasivat, että pikemminkin sairaudet ja ongelmat vaikuttavat asiakkaan käytöshäiriöihin. Terveydenhoitajien vastausten pohjalta haettiin vastausta jatkokysymykseen: millaisia sairauksia tai ongelmia käytöshäiriöisillä asiakkaila on. Terveydenhoitajat näkivät käytöshäiriöiden aiheutuvan lähinnä muistisairauksista sekä alkoholiongelmasta.

”Käytöshäiriöt juontuvat muistisairaudesta tai alkoholiongelmasta”

”Tietysti muistisairaudet vaikuttavat”

10.3 Terveydenhoitajien tavat käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan kohtaamisessa

Haastatteluista nousi esiin monia asioita, miten terveydenhoitaja voi kohdata asiakkaan kotihoidossa. Näistä keskeisimmät olivat hoitajan ammatillisuus, vuorovaikutus sekä turvallisuus. Edellä mainitut asiat pitivät sisällään useita eri asioita.

Hoitajan ammatillisuudella nähtiin olevan suuri rooli asiakkaan käyttäytymisen kanssa. Tärkeäksi nousi hoitajan rauhallisuus sekä asiallisuus. Työ kotihoidossa on välillä hyvinkin kiireistä sekä hektistä, mutta asiakkaan kotiin mentäessä kiirettä ei saa asiakkaalle näyttää. Asiakkaan reagoivat pääsääntöisesti myönteisesti hoitajien antaessa heille omaa aikaansa ja pysähtyvät kuuntelemaan. Rauhallinen käytös, empatia sekä hoitajan hyväntuulisuus ovat asioita, joilla hoitajat pystyvät vaikuttamaan asiakkaan käyttäytymiseen. Haastateltavat olivat hyvin tietoisia siitä, että he voivat omalla käytöksellään joko ehkäistä tai laukaista käytöshäiriöitä.

”Tärkeää on olla rauhallinen ja asiallinen. Täytyy hyvin selkeästi kertoa asiat; hitaasti ja kovalla äänellä, toistaminen on myös tärkeää. Pitää huolehtia, että asiakas ymmärtää mitä hänelle kerrotaan.”

Hoitajan ammatillisuuteen haastateltavat liittivät myös asiakkaan tuntemisen, teoreettisen tiedon ja oman persoonan käytön. Se, että hoitaja tuntee asiakkaan ja pystyy hyödyntämään tätä työssään voi ehkäistä tai vähentää asiakkaan käytöshäiriöitä ja johtaa myönteiseen lopputulokseen. Haastateltavat toivat myös

esiin sen, että asiakkaan papereihin on hyvä tutustua ennen kotikäyntiä. Näin voi saada jo jonkinlaisen mielikuvan asiakkaasta, jos hän on hoitajalle vieras. Tässä korostuu myös hoitajan tarkka kirjaus

Haastateltavien mukaan käytöshäiriöiden ehkäisy edellyttää hoitajilta tilanteiden ennakkointia sekä tilannetulkintaa. Huomatessa asiakkaan olevan hermostunut oli terveydenhoitajien mukaan hyvä olla välillä hiljaa ja kuunnella asiakasta. Haastateltavat kertoivat, että asiakkaita tuntui rauhoittavan sekin, että hoitajat kuuntelivat miksi he ovat hermostuneita.

Hoitajan ammatillisuuteen liitettiin vielä hoitajan oma asenne sekä oikeanlainen jämäkkyys. Haastateltavat kertoivat, että sillä on paljon merkitystä kuinka kohtaat asiakkaan.

”Se vaikuttaa kuinka menet itse siihen tilanteeseen, menetkö haastavasti ja sillä asenteella, että itse tiedät ja osaat kaiken”

Oma asenne piti huomioida myös jo siinä, kun menet asiakkaan luokse. Haastateltavien mukaan tuli aina muistaa, että menet toisen ihmisen kotiin ja tietynlainen kunnioitus pitää olla. Vaikka hoitajat kertoivat, että tärkeää työssä on olla muun muassa rauhalinen ja asiallinen, vaaditaan heiltä tilanteen tullen myös jämäkkyyttä. Hoitajat pitivät tärkeänä, että kykenee sanomaan asiallisesti asiakkaalle, jos tämä esimerkiksi haukkuu. Hoitajan tarvitse tuollaista kuunnella, ja jos tilanne ei rauhoitu voi hoitaja lähteä paikalta.

”..hoitajana voin sanoa asiakkaalle, jos hän jatkaa käytöstään niin lähden paikalta pois. Usein tämä jo laukaisee tilanteen, kun asiakas tajuaa, että hoitaja on oikeasti lähdössä ja kuka sitten hänen lääkkeensä jakaa.”

Toinen keskeiseksi nousseista asioista oli vuorovaikutus. Haastateltavat pitivät tärkeänä, että hoitajana osaat kertoa asiat asiakkaalle selkeästi. Puheen selkeys sekä toistaminen olivat tärkeitä asioita erityisesti muistisairaana asiakkaan kanssa keskusteltaessa. Hoitajat kertoivat haastattelussa, että on hyvä muistaa kertoa asiat yksinkertaisesti sekä asiakkaalle ymmärrettävästi. Keskustelun ohessa hoitajan tulee lukea sekä arvioida asiakasta siltä osin, että ymmärtääkö hän asiat,

joista keskusteltiin. Vuorovaikutukseen liittyy myös se, että hoitajat kertovat asiakkaalle eukäteen mitä tekevät eivätkä vain tee. Asioiden kertominen rauhoittaa asiakasta, koska hän tietää mitä seuraavaksi tapahtuu ja on tietoinen hoitajan toimista ja näin ollen mikään ei tule asiakkaalle yllätyksenä. Vuorovaikutukseen hoitajat kertoivat liittyvän myös hoitajan taidon kuunnella sekä tarkkailla asiakasta.

”Pitää ymmärtää välillä olla hiljaa, jolloin asiakas ei suutu lisää jostain hoitajan sanomisista. Välillä vaihtaa puheenaihetta, että tilanne menisi sillä ohi kun saa muuta ajateltavaa.”

Kolmas keskeinen esiin noussut asia oli turvallisuus, johon haastateltavat kertoivat liittyvän ennaltaehkäisyyn, puheenaiheen vaihdon, paikalta poistumisen, kotikäynneille kahdestaan menemisen sekä pakoreitin. Puheenaiheen vaihdolla haastateltavat tarkoittivat sitä, että huomattaessa asiakkaan käytöksen muuttuvan, on hyvä keino johdatella keskustelua toiseen aiheeseen. Puheenaiheen vaihto edellyttää sitä hoitajien mukaan, että he osaavat lukea asiakasta oikein. Lukemalla asiakasta hoitajat voivat ennaltaehkäistä mahdollisia väkivaltilanteita puuttamalla niihin.

”Jos asiakas vaikuttaa väkivaltaiselta on parempi poistua paikalta ja tämä on meillä myös ohjeena kyseisissä tilanteissa. Jatkossa mennään kahdestaan sellaisiin paikkoihin, joissa ollaan epävarmoja asiakkaan käytöksestä.”

Haastattelussa hoitajat painottivat sitä, että kotikäynneillä on tärkeää huolehtia omasta turvallisuudestaan. Yksi keino tähän oli haastateltavien mukaan huolehtiminen pakoreitin mahdollisuudesta, jos asiakas alkaa käyttäytyä uhkaavasti. Nurkissa työskentelyä olisi vältettävä, koska sieltä hoitajien on hankala päästä nopeasti pois, jos tilanne niin vaatii. Hoitajat kertoivat myös, että mahdollisuuksien mukaan olisi vältettävä selän kääntämistä asiakkaalle, koska tällöin menetetään näköyhteys asiakkaaseen eikä voi tietää, jos asiakas meinaa tehdä jotain hoitajalle. Tästä tulisi huolehtia erityisesti niiden asiakkaiden kanssa, joiden tiedetään käyttäytyneen uhkaavasti.

Oman turvallisuutensa vuoksi terveydenhoitajat menevät sellaisille kotikäynneille kahdestaan, joissa asiakas on käyttäytynyt uhkaavasti tai on muuten todella

rauhaton sekä hermostunut. Kaikki haastateltavat kertoivat, että loppujen lopuksi täytyy poistua paikalta, jos tilanne on uhkaava eikä tilannetta ja asiakasta saa rauhoitettua.

11 POHDINTA

11.1 Tulosten pohdinta

Opinnäytetyö antaa terveydenhoitajan ammatin kannalta tärkeää sekä hyvää tietoa käytöshäiriöistä ja käytöshäiriöisen kohtaamisesta. Tutkimuksen tuloksista tulee varmasti olemaan hyötyä tulevaisuudessa työelämässä. Teoriatiedosta löydettiin paljon tietoa käytöshäiriöistä; miten sitä voi ilmetä, mitkä olosuhteet kotona saattavat siihen vaikuttaa sekä terveydenhoitajan käytöksen vaikuttaminen käytöshäiriöihin. Haastattelun tulokset olivat yhteneviä teoria tiedon kanssa. Vaikka haastattelun tuloksista käy ilmi vain muutaman terveydenhoitajan kokemukset ja ajatukset, saadaan tuloksista kuitenkin tärkeää tietoa hoitotyön henkilökunnalle.

Fyysistä voimankäyttöä oli kokenut haastateltavista yksi terveydenhoitaja työnsä aikana. Fyysinen voimankäyttö tuli esiin huitomisena sekä asiakkaan käymisenä hoitotyöntekijään kiinni. Asiakkaan fyysiseen voimankäyttöön voidaan tutkimuksen pohjalta nähdä vaikuttavan rauhattomuus, hermostuneisuus sekä kärsimättömyys. Myös asiakkaaseen perehtymättömyyden sekä sen miten toisen kotiin menee, nähtiin vaikuttavan asiakkaan käyttäytymiseen.

Rauhattomuus, hermostuneisuus sekä kärsimättömyys tulivat esiin, koska asiakas oli odottanut koko yön terveydenhoitajaa tulleeaksi. Haastavia ovat tällaiset tilanteet, joissa muistisairas asiakas on odottanut terveydenhoitajaa pitkään kotikäynnille. Terveydenhoitajan tullessa ajoissa kotikäynnille on asiakas jo valmiiksi hermostunut sekä ahdistunut odottamisen vuoksi. Tällaisissa tilanteissa terveydenhoitajan on hankala saada asiakasta rauhoittumaan sekä kuuntelemaan.

Asiakkaan potilaspapereihin perehtymättömyydellä voidaan nähdä olevan suurta merkitystä asiakkaan käyttäytymiseen. Potilaspapereista voi ilmetä asiakkaan mahdollinen aikaisempi haastava käyttäytyminen. Näin ollen terveydenhoitaja on tietoinen asiasta ja voi varautua siihen. Ennalta tiedettäessä, että asiakas käyttäytyy haastavasti, voidaan kotikäynnille mennä toisen terveydenhoitajan kanssa.

Potilaspapereihin perehtymällä voi selvittää myös asiat, joista asiakkaan kanssa ei kannata keskustella, koska asiakas on aikaisemmin näistä hermostunut.

Asiakkaan luo mentäessä tulee terveydenhoitajan muistaa, että vaikka se on hänen työympäristönsä, on se ennen kaikkea asiakkaan koti. Tämä asia tulee muistaa jo asiakkaan kotiovella. On tärkeä huomioida, että soittaa ovikelloa, vaikka terveydenhoitajalla olisi asiakkaan luo avaimet. Terveydenhoitajan työskennellessä asiakkaan kodissa, tulee hänen kunnioittaa asiakkaan asuinympäristöä.

Henkistä häirintää oli koettu huomattavasti enemmän. Henkinen häirintä tuli esiin haukkumisena, kiroiluna sekä loukkaamisena. Henkisen häirinnän voidaan nähdä johtuvan asiakkaan omasta pahasta olost, joka voi purkautua terveydenhoitajaan kohdistuvana häirintänä.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että terveydenhoitajiin kohdistuvien uhkaavien tilanteiden jälkeen tapaukset jäivät mietityttämään heitä. Tärkeäksi muodostuu uhkaavien tilanteen läpikäynti työyhteisössä. Tuloksista nousi esiin, että yksi haastateltava ei ollut kohdannut lainkaan fyysistä voimankäyttöä tai henkistä häirintää. Terveydenhoitaja ilmaisi kuitenkin, että hän oli kohdannut sanallista häirintää, mutta ei ollut tätä kokenut varsinaisena henkisenä häirintänä.

Toiseen tutkimuskysymykseen haettiin tietoa kodin olosuhteista ja niiden yhteydestä käytöshäiriöihin. Terveydenhoitajat eivät nähneet kodin olosuhteissa olevan tekijöitä, jotka vaikuttaisivat käytöshäiriöihin. Tämän vuoksi esitettiin jatkokysymys. Jatkokysymyksen avulla haettiin vastausta siihen, millaisia sairauksia tai ongelmia käytöshäiriöisillä asiakkailla on.

Teoriatiedosta kävi ilmi erilaisia kodin ympäristössä olevia tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen. (Vrt. s 16) Haluttiin saada tietoa minkälaiset kodin olosuhteet vaikuttavat terveydenhoitajien mielestä kotihoidon asiakkaiden käyttäytymiseen. Uuden jatkokysymyksen myötä terveydenhoitajat vastasivat, että suurimmat potilasryhmät, joiden taholta koettiin sekä fyysisiä, että henkisiä käytöshäiriöitä tai uhkaavaa käyttäytymistä olivat dementoituneet ja alkoholia käyttävät iäkkäät asiakkaat. Vastaukset olivat yhteneväisiä teoriatiedon kanssa. Tutki-

mustuloksista ei käy ilmi, että onko käytöshäiriöillä sekä erilaisilla muistisairauden muodoilla yhteyttä.

Keskeisimmiksi asioiksi miten terveydenhoitaja kohtaa käytöshäiriöisen iäkkään asiakkaan kotihoidossa nousivat ammatillinen käytös, hyvä vuorovaikutussuhde sekä hoitajan omasta turvallisuudesta huolehtiminen. Näillä kaikilla nähtiin olevan yhtä suuri merkitys iäkkään asiakkaan kohtaamisessa.

Ammatilliseen käytökseen nähdään kuuluvan rauhallinen ja asiallinen käytös, asiakkaan kunnioittaminen sekä asiakkaalle kertominen mitä terveydenhoitaja seuraavaksi tekee. Hoitajan ammatillisuudesta kertoo myös se, että hän hallitsee teoreettisen tiedon muistisairauksista sekä alkoholiongelmista. Tämä auttaa terveydenhoitajia ymmärtämään asiakasta ja tämän käyttäytymistä paremmin. Tähän liittyen myös se, että hoitajat hyväksyvät asiakkaan mielialan eivätkä yritä parantaa pahaa oloa, koska iäkkäillä on yhtäläinen oikeus olla välillä hermostunut kuin kaikilla muillakin.

Hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseen liitettiin asioiden kertominen selkeästi, hitaasti sekä asiat toistaen. Terveydenhoitajan on tärkeä huolehtia, että asiakas ymmärtää hänelle kerrotun asian, ettei synny väärinkäsityksiä. Hyvällä asiakkaan ja terveydenhoitajan välisellä vuorovaikutussuhteella on vaikutusta hyvän luottamussuhteen syntymiseen. Hyvää vuorovaikutusta tukee myös sanaton viestintä. Katsekontaktilla, omilla eleillä sekä ilmeillä nähtiin olevan paljon vaikutusta vuorovaikutukseen asiakkaan kanssa ja näillä voi myös tehostaa asian oikein ymmärretyksi tulemistä.

Terveydenhoitajan oman turvallisuuden huolehtiminen nostettiin tärkeäksi asiaksi. Turvallisuudesta huolehtimiseen liitettiin puheenaiheenvaihto tarvittaessa, varovaisuus sanojen kanssa, kotikäyntien teko kahdestaan sekä tarvittaessa tilanteesta poistuminen. Puheenaiheen vaihto sekä varovaisuus sanojensa kanssa vaatii terveydenhoitajalta taitoa lukea asiakasta. Kiinnittämällä asiakkaan huomio johonkin muuhun asiaan nousi myös keinoksi ratkaista tilanne. Käytöshäiriöitä voivat lisätä se, kun kotikäynneille mennään pääsääntöisesti yksin. Paikkoihin, joissa tiedetään asiakkaan käyttäytyneen väkivaltaisesti tai uhkaavasti hoitajat

menevät nykyään kahdestaan, näin pystytään parantamaan hoitajien turvallisuutta. Viimeisimpänä keinona terveydenhoitaja voi poistua paikalta, mikäli asiakas käyttäytyy kiivaasti. Joskus se nähtiin ainoana vaihtoehtona.

11.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Opinnäytetyön aihe selkeytyi melko helposti. Työn edetessä aihe kuitenkin tarkentui ja sitä myös rajattiin, ettei työstä tulisi liian laaja. Aihetta haluttiin selvittää terveydenhoitajien näkökulmasta, kuinka he kokevat käytöshäiriöt työssään kotihoidossa. Kyseisestä aiheesta ei löytynyt aikaisempia tutkimuksia, ainoastaan löytyi tutkimustietoa hoitajien kokemuksista vuodeosastolla tapahtuvasta väkivallasta.

Aiheen valinnan jälkeen mietittiin toteutetaanko opinnäytetyö laadullisena vai määrällisenä tutkimuksena ja mikä olisi analyysimenetelmä. Opinnäytetyö päätettiin toteuttaa laadullisena tutkimuksena, koska aiheesta ei löytynyt aikaisempaa tutkimustietoa. Haluttiin myös terveydenhoitajien omakohtaisia kokemuksia sekä mieltä asiasta eli kuvailevaa tietoa ja näin ollen laadullinen tutkimus sopi aiheeseen paremmin. Analyysimenetelmäksi valittiin sisällönanalyysi.

Opinnäytetyössä käytettiin pääasiassa 2000-luvun kirjallisuutta sekä tutkimuksia. Hyödynnettiin myös internetistä löytyvää materiaalia. Tietoa aiheesta löytyi melko hyvin, mutta aikaisempaa tutkimustietoa aiheesta ei kuitenkaan löytynyt.

Pääsääntöisesti opinnäytetyötä tehtiin kahdestaan, mutta kesällä 2013 jaettiin aihealueita itsenäisesti tehtäväksi. Työtehtäviä pystyttiin jakamaan tasaisesti ja luottamaan siihen, että kumpikin kantaa vastuun omasta tehtävästään. Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan oli helpottavaa, koska pystyttiin miettimään yhdessä opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä sekä ongelmia.

Alusta alkaen oli selvää, että haastateltavat olisivat kotihoidossa työskenteleviä terveydenhoitajia. Haastattelu päätettiin toteuttaa teemahaastatteluna, sillä laadittiin valmiit tutkimuskysymykset, mutta haluttiin mahdollistaa myös kysymysten täsmentyminen haastattelun aikana. Tutkimuskysymykset, joihin haluttiin vastauk-

set, selkiytyivät melko helposti. Olimme kiinnostuneita siitä millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajien kohtaamilla iäkkäillä asiakkailla on, millaiset kodin olosuhteet vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin sekä miten terveydenhoitaja kohtaa käytöshäiriöiset iäkkäät asiakkaat kotihoidossa.

Yhteyttä otettiin keskisuuren kaupungin kotihoidon johtajaan syyskuussa 2013 tutkimusluvan saamiseksi. Häneltä selvisi, että meidän tulee ottaa yhteyttä kaupungin sosiaali- ja terveysalan vanhustyön päällikköön. Otimme häneen yhteyttä ja saimme tutkimusluvan haastattelulle. Tämän jälkeen soitimme kaupungin eri aluiden kotihoitoihin ja tiedustelimme työskenteleekö kyseisissä kotihoidoissa terveydenhoitajia. Puhelimitse sovittiin yhden kotihoidon hoitotyön vastaavan kanssa, että voitaisiin haastatella kyseisen kotihoidon kolmea terveydenhoitajaa. Puhelimesta kerroimme opinnäytetyön ideasta sekä haastattelusta. Julki tuotiin myös haastattelun vapaaehtoisuus.

Syyskuussa 2013 mentiin sovitus haastattelemaan kotihoidon terveydenhoitajia. Ennen haastattelua kerrottiin, että haastattelu nauhoitetaan luotettavuuden vuoksi. Haastattelusta saatiin vastaukset kahteen tutkimuskysymykseen, mutta kysymykseen, jossa haettiin vastausta kodin olosuhteiden ja käytöshäiriöiden väliseen yhteyteen, saatiin erilainen vastaus, jota haettiin. Tästä johtuen esitettiin jatkokysymys: millaisia sairauksia käytöshäiriöisillä iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa.

Haastattelun jälkeen haastattelu analysoitiin sisällönanalyysillä. Aloitettiin kirjoittamalla haastattelu tekstimuotoon. Sisällönanalyysi koettiin haastavaksi ja sitä työstettiin useaan kertaan.

Opinnäytetyöhön liittyvän ajankäytön olemme mielestämme käyttäneet hyvin. Opinnäytetyötä työstettiin tasaisesti melkein vuoden ajan. Näin ollen työn loppuvaiheessa ei ole tullut liian kiire saada työtä valmiiksi. Aivan loppuvaiheessa työhön tuli muutoksia, jotka lisäsivät työmäärää. Muutokset saatiin tehtyä valmiiksi hyvissä ajoin.

Opinnäytetyön prosessin aikana olemme huomanneet kehitystä itsessämme tuottaa tietoa sekä lukea hoitotieteellisiä artikkeleita. Opinnäytetyön edetessä olemme

sisäistäneet hyviä ja erilaisia keinoja kuinka kohdata ja toimia käytöshäiriöisen vanhuksen kanssa.

12 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Laadullisen tutkimuksen eettisyydestä kertoo itsemääräämisoikeus, tutkittavan mahdollisuus esittää kysymyksiä tai keskeyttää tutkimus, oikeudenmukaisuus sekä anonymiteetti. Näiden kaikkien avulla pyritään kunnioittamaan tutkittavia sekä heidän ajatuksiaan. (Kankkunen ym. 2009, 177–179.)

Opinnäytetyössä eettisyys tulee esiin siten, että haastateltavat ovat tietoisia tavoitteista sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastateltavilla on mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta sekä he voivat omalta osaltaan jälkikäteen kieltää aineiston käytön. Ennen haastattelua varmistetaan, että haastateltavat tietävät mistä opinnäytetyössä ja haastattelussa on kyse. Varmistetaan myös se, että tietoja ei käytetä mihinkään muuhun kuin tähän opinnäytetyöhön, eivätkä tiedot päädy ulkopuolisille. Taataan haastateltavien nimettömyys ja tunnistamattomuus.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat uskottavuus sekä siirrettävyys. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tulokset ovat kirjattu selkeästi niin, että siitä käy ilmi miten analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Siirrettävyydellä tarkoitetaan tarkkaa tutkimuskontekstin kuvausta. Kuvauksessa kuvataan osallistujien valinta, taustatietojen selvitys sekä aineistojen keruu. (Kankkunen ym. 2009, 160.)

Opinnäytetyön luotettavuus näkyy siinä, että työtä tehdään yhdessä. Yksin tehdessä voi omaa työtä kohtaan tulla sokeaksi ja tehdä virhepäätelmiä. Luotettavuuden arvioinnin kriteereitä ovat uskottavuus sekä siirrettävyys. Opinnäytetyössä ei käytetä suoria lainauksia. Riittävä ajankäyttö tekee opinnäytetyöstä luotettavamman. Luotettavuutta lisää myös aineistonkeruumenetelmä, koska teemme haastattelun ja se nauhoitetaan. Opinnäytetyön luotettavuutta lisää myös se, että tutkimuksen tulokset kuvattiin selkeästi sekä johdonmukaisesti.

13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset ovat yhteneviä Isolan ym. (2005, 148) tekemän analyysin tuloksen mukaan, jossa kuvataan asiakkaan käyttäytymiseen vaikuttavan persoonan käytön, järkipäätämisen sekä intuitiivisen toiminnan. Työn tuloksista kävi myös ilmi, että huumorin avulla voidaan kohdata käytöshäiriöinen iäkäs asiakas. Yhtenevää tuloksissa oli myös se, että iäkkään asiakkaan ohjaus sekä asioiden perusteleminen asiakkaalle olivat keskeisiä keinoja kohdata iäkäs käytöshäiriöinen asiakas. Kolmas Isolan ym. (2005, 148) analyysistä nousseista asioista oli ennaltaehkäisy, joka ilmeni myös meidän tuloksissa erittäin keskeisenä asiana.

Saarnion ym. (2011, 50–51) kuvaa tutkimuksessaan, miten iäkkään asiakkaan käytöshäiriöt ilmenevät hoitotyössä. Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat olivat kokeneet hoitotyössä vihaisuutta, kielellistä aggressiivisuutta, huutamista sekä fyysistä aggressiivisuutta. Yhtenevää tuloksissa oli se, että terveydenhoitajat olivat kokeneet työssään kotihoidossa myös henkistä häirintää sekä fyysistä voimankäyttöä.

Opinnäytetyön tutkimustulokset antoivat tietoa siitä, millaisia käytöshäiriöitä terveydenhoitajat ovat kohdanneet kotihoidossa, millaiset kodin olosuhteet vaikuttavat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin, millaisia sairauksia käytöshäiriöisillä iäkkäillä asiakkailla on kotihoidossa sekä miten terveydenhoitajat kohtaavat käytöshäiriöiset iäkkäät asiakkaat työssään kotihoidossa.

Tuloksista selvisi, että terveydenhoitajat ovat kokeneet työssään kotihoidossa henkistä häirintää sekä fyysistä voimankäyttöä, mutta henkisen häirinnän kokeminen oli huomattavasti yleisempää. Henkinen häirintä oli tullut esiin asiakkaiden kiroiluna, kiukutteluna, levottomana liikehdintänä sekä hoitajan haukkumisena. Fyysistä voimankäyttöä oli koettu tarttumisena hoitajaan kiinni.

Tuloksista käy ilmi, että terveydenhoitajat eivät nähneet kotihoidon asiakkaiden kotiloissa olevan tekijöitä, jotka vaikuttaisivat iäkkään asiakkaan käytöshäiriöihin.

Tuloksista nousi esiin, että suurimmat potilasryhmät, joiden taholta kohdattiin käytöshäiriöitä, olivat dementoituneet ja alkoholia käyttävät iäkkäät asiakkaat.

Tuloksista selvisi myös, että terveydenhoitajilla oli selkeä näkemys siitä, miten he voivat omalla käyttäytymisellään vaikuttaa käytöshäiriöisen asiakkaan käytökseen. Keskeisimmiksi asioiksi nousivat hoitajan ammatillinen käytös, hyvä vuorovaikutussuhde sekä hoitajan omasta turvallisuudesta huolehtiminen. Hoitajan ammatilliseen käytökseen kuvattiin kuuluvan asiallisuus sekä rauhallisuus. Hyvää vuorovaikutussuhdetta terveydenhoitajat kuvasivat siten, että siihen kuuluu taito puhua selkeästi, hitaasti sekä toistaen asiat. Vuorovaikutuksen luomiseen kuului myös taito kuunnella aidosti asiakasta. Hoitajan oman turvallisuuden huomioimisella tarkoitettiin sitä, että kotikäynneille mennään tarvittaessa kahdestaan sekä tarvittaessa hoitaja poistuu asiakkaan kotoa.

Tutkimustuloksista voidaankin päätellä, että kaikki haastateltavat olivat kohdanneet käytöshäiriöitä. On kuitenkin positiivista, että ainoastaan yhdellä terveydenhoitajalla oli varsinaisia kokemuksia fyysisestä voimankäytöstä. Kuitenkin kaikki olivat omalta osaltaan kokeneet henkistä häirintää ja tähän tulisikin kiinnittää hoitotyössä tarpeeksi huomiota. Hoitajan kohtaamat heihin kohdistuvat käytöshäiriöt tulisi työyksikössä puida läpi, sillä haastatteluista nousi esiin, että haastavat tilanteet jäivät mietityttämään terveydenhoitajia. Asioiden läpi käymisellä on vaikutusta hoitajien omaan terveyteen sekä haluun vaihtaa alaa.

Mielestämme hoitajien kokemat käytöshäiriöt tai uhkaavat tilanteet altistavat työntekijöitä uupumukselle, joka taas voi johtaa ennen pitkää sairauslomiin. Asian ehkäisemiseksi olisikin tärkeää käydä väkivaltaiset sekä uhkaavat tilanteet läpi sekä yrittää löytää keinoja näiden tilanteiden ehkäisemiseksi. Hoitotyössä koetut käytöshäiriöt rasittavat työntekijöitä niin henkisesti kuin fyysisestikin. Nämä voivat aiheuttaa hoitajalle keinottomuutta sekä voimattomuutta. Terveydenhoitajan kokemat henkiset ja fyysiset käytöshäiriöt vaikuttavat työpaikassa viihtymiseen.

Opinnäytetyössä haastateltiin kolmea terveydenhoitajaa. Jatkotutkimuksissa voisi kohdejoukko olla laajempi, jotta tutkimustulokset olisivat yleistettävämpiä. Haastateltavat voisivat työskennellä myös eri alueiden kotihoidoissa, näin saataisiin ai-

heeseen laajempi näkökulma. Aihetta voisi tarkastella myös omaisten näkökulmasta, näin saataisiin tietoa omaisten kokemuksista, ajatuksista sekä heidän tarvitsemastaan tuen tarpeesta. Tätä kautta aiheeseen saataisiin aivan uusi näkökulma.

Tutkimus voitaisiin toteuttaa myös määrällisenä eli kvantitatiivisena. Tämän myötä saataisiin tietää laajemmin kuinka paljon terveydenhoitajat ovat kohdanneet asiakkaan käytöshäiriöitä ja miten ne ovat ilmenneet kotihoidossa. Jatkossa voisi myös painottaa sitä, mitkä eri dementian muodot ovat käytöshäiriöiden taustalla ja voidaanko näillä nähdä olevan yhteyksiä toistensa kanssa.

LÄHTEET

- Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Atula, S. 2012. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). [Verkkosivu]. Helsinki: Duodecim. [Viitattu 16.8.2013]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Helsinki: Duodecim
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2009. Muistatko?: Muisti ja sen sairaudet. Helsinki: Duodecim
- Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. 2. uud. p. Helsinki: Oy Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Heimonen, S. & Huovinen, M. 2006. Hyviä päiviä kotona: Muistisairauset. Helsinki: WSOY
- Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.
- Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Oy Duodecim.
- Fyysinen väkivalta. 2013. [Verkkosivu]. Helsinki: Väestöliitto. [Viitattu 22.9.2013]. Saatavana: http://www.vaestoliitto.fi/parisuhde/tietoa_parisuhteesta/parisuhdevakivalta/fyysinen-vakivalta/
- Heimonen, S & Voutilainen, P. 1997. Dementoitua hoitotyön asiakkaana. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Huovinen, S., Varhila, K., Haatainen, T. & Myllärinen, T. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Huttunen, M. 22.10.2011. Dementia. [Verkkoartikkeli]. Helsinki: Duodecim Oy. [Viitattu 8.2.13]. Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358
- Hägg, T., Rantio, M., Suikku, P., Vuori, A & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

- Ikääntymisen muutokset kehossa, 21.9.2011. [Verkkosivu]. Suomi.fi-toimitus. [Viitattu 29.8.2013]. Saatavana: https://www.suomi.fi/suomifi/suomi/ikaantynville/terveyteni/ikaantymisen_muutokset_kehossa/index.html?print=true&recursive=true
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2005. Hoitotyön edistykselliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede*. 17 (3), 147–150.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Pyykkö, A. 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. Helsinki: WSOY.
- Jankola, K. 1991. Henkinen väkivalta työelämässä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy
- Jauhola, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa. Oulun yliopisto. *Hoitotiede*. Pro gradu-tutkielma. Julkaisematon.
- Juva, K. 2012. Etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. *Memo*.2012:1.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. 1.-2.p. Helsinki: WSOY pro Oy.
- Kivelä, S-L. 2012. Hyviä vuosia: Arvokas ja turvallinen ikääntyminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M. & Vuokila-Oikkonen, P. 2007. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Kurki, L. 2008. Innostava vanhuus. 2. p. Helsinki: Oy FINN LECTURA Ab.
- Lambrechts, G., Kuppens, S. & Maes, B. 2009. Staff variables associated with the challenging behaviour of clients with severe or profound intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 53 (7), 628.
- Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen: taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Martikainen, K. 2009. Lewyn kappale -tauti. [Verkkosivu]. Turku: Suomen Parkinson-liitto ry. [Viitattu 16.8.2013]. Saatavana: <http://www.parkinson.fi/sairausryhm%C3%A4t/lewyn-kappale-tauti>

- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2 uud. p. Helsinki: International Methelp.
- Muistiliitto. "Ei päiväystä". Verisuoniperäinen muistisairaus. [Verkkosivu]. Helsinki: Muistiliitto ry. [Viitattu 16.8.2013]. Saatavana: <http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/verisuoniperainen-muistisairaus/>
- Mäkinen, E., Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1998. Kotihoito. 3.- 4. p. Porvoo: WSOY.
- Noppiari, E. & Koistinen, P. 2005. Laatu vanhustyöhön. Helsinki: Tammi.
- Saarnio, R., Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede*. 23 (1), 52.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2007. Vanhustenhoito. 1.-3. painos. Porvoo; Helsinki: WSOY.
- Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, U. 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Gummerus Kirjapaino Oy.

LIITTEET

LIITE 1 Sisällönanalyysi

Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria	Yläkategoria	Pääluokka
<p>”Minulla on ollut yksi fyysinen väkivaltatilanne oman uran aikana”</p> <p>”Hänellä on muistisairaus ja on muutenkin vähän rauhaton”</p> <p>”Hermostui, kun luuli, etten ollut soittanut ovikelloa”</p> <p>”Asiakas tuli olohuoneesta kuin myrskynmerkki”</p> <p>”Yritin ottaa verikokeita kun asiakas tarrasi minua käteen kiinni ja meinasi lyödä suoraan turpaan”</p> <p>”Asiakas on kiroillut hoitajille ja huitonut kepillä pihalla”</p> <p>”Tyytymätön hoitoon ja sen takia paasaa hoitajille”</p> <p>”Nostaa leipäveitsen ja hei-</p>	<p>Yksi fyysinen väkivaltatilanne</p> <p>Vähän rauhaton</p> <p>Hermostui luulon takia</p> <p>Asiakas liikehti kuin myrskynmerkki</p> <p>Tarrasi minua käteen kiinni</p> <p>Aikoi lyödä suoraa kasvoihin</p> <p>Huitoo kepillä ulkona</p> <p>Puhuu kiivaasti tyytymättömyydestä</p> <p>Kiroillut useasti</p>	<p>Fyysinen väkivalta</p> <p>Hermostunut</p> <p>Erheellinen käsitys</p> <p>Levoton liikkuminen</p> <p>Kävi voimakkaasti kiinni käteen</p> <p>Suora lyönti</p> <p>Huitoo voimakkaasti apuvälineellä</p> <p>Hoitajan haukkuminen</p> <p>Suullinen ilmaisu kiivastaa</p> <p>Voimasanojen</p>	<p>Väkivaltainen käyttäytyminen</p> <p>Mielialamuutokset</p> <p>Voimankäyttö kehoa hyödyntäen</p>	<p>Fyysinen voimankäyttö</p>

<p>luttaa sitä huudahdellen: olen teurastaja”</p> <p>”En ole kokenut sanallisia heittoja henkisenä väkivaltana”</p> <p>”Olen kokenut kiukuttelua ja haukkumista”</p>	<p>Nostaa teräaseen ja heiluttaa sitä huudahdellen</p> <p>Sanallisia kommentteja ei ole kokenut henkisenä väkivaltana</p> <p>Kiukuttelu</p> <p>Haukkuminen</p>	<p>käyttö usein</p> <p>Huitoo voimakkaasti teräaseella</p>	<p>Henkinen häiriökäyttäytyminen</p>	<p>Henkinen häirintä</p>
<p>”Tärkeää on olla rauhallinen ja asiallinen”</p> <p>”Täytyy hyvin selkeästi kertoa asiat; hitaasti ja kovalla äänellä, toistaminen on myös tärkeää”</p> <p>”Pitää huolehtia, että asiakas ymmärtää mitä hänelle kerrotaan”</p> <p>”Jos asiakas vaikuttaa väkivaltaiselta, parempi poistua paikalta”</p> <p>”Mennään kahdestaan sellaisiin paikkoihin, joissa ollaan epävarmoja asiak-</p>	<p>On rauhallinen</p> <p>On asiallinen</p> <p>Selkeästi kertoa asiat</p> <p>Puhua hitaasti</p> <p>Puhua kovalla äänellä</p> <p>Hyvin selkeä asioiden puhuminen sekä toistaminen</p> <p>Huolehtii asiakkaalle asian ymmärtämisen</p> <p>Kahdestaan liikkuminen</p>	<p>Rauhallinen käyttäytyminen</p> <p>Asiallinen käyttäytyminen</p> <p>Asioiden selkeästi kertominen</p> <p>Hitaasti puhuminen</p> <p>Puhuminen tarpeeksi kovalla äänellä sekä toistaen</p> <p>Ennakointi ja tilanteen huomioiminen</p>	<p>Turvallisuus</p>	<p>Turvallisuudesta huolehtiminen</p>

<p>kaan käytöksestä”</p> <p>”Hoitaja voi sanoa, että hänen ei tarvitse tuollaista puhetta kuunnella”</p> <p>”Pitää olla varovainen omien sanojensa kanssa, ettei menemillään lailla ärsyttämään asiakasta”</p> <p>”Pitää ymmärtää välillä olla hiljaa, jolloin asiakas ei suutu lisää jostain hoitajan sanomisista”</p> <p>”Välillä vaihtaa puheenaihetta, että asiakas saa muuta ajateltavaa”</p> <p>”Tärkeintä on puhuminen ja tietysti ennaltaehkäisy”</p> <p>”Varmistan aina, että sellän takana on pakoreitti, enkä päästä asiakasta sellän taakse”</p> <p>”joskus paras</p>	<p>Varovaisuus sanoissansa</p> <p>Ymmärtäen välillä hiljaisuuden tärkeyden</p> <p>Vaihtamalla puheenaihetta</p> <p>Huomioimalla puhumisen tärkeyden</p> <p>Ennaltaehkäisyn huomioimalla</p> <p>Huolehtien pakoreitistä</p>	<p>Hoitajan ammatillinen asenne</p> <p>Asiakkaan mielialan lukeminen ja puheenaiheen vaihto</p>	<p>Vuorovaikutus</p>	<p>Hyvän vuorovaikutussuhteen luominen</p>
---	--	---	----------------------	--

tä” ”Hoitaja lähtee pois, jos tilan- ne ei rauhoitu”				
---	--	--	--	--