



Koulutuksesta käytäntöön – “Haasteelliset tilanteet vanhus- työssä” -koulutus osallistuneiden kokemana

Elmo Hiltunen & Toni Siniranta

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Koulutuksesta käytäntöön – “Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus osallistuneiden kokemana

Hiltunen Elmo & Siniranta Toni
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu, 2019

Hiltunen Elmo & Siniranta Toni

Koulutuksesta käytäntöön – ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus osallistuneiden kokemana

Vuosi 2019

Sivumäärä 52

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Suomen mapa® keskukselle tietoa siitä, millaisena sen järjestämä ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus on koettu koulutuksen jälkeen, verrattuna koulutuksen päättymisen yhteydessä osallistuneilta kerättyihin vastauksiin. Kyseinen koulutus on Suomen mapa® keskuksen vuodesta 2017 tarjoama koulutus. Sen tarkoituksena on kouluttaa muistisairaiden kanssa työskenteleviä osallistujia ennaltaehkäisemään ja hallitsemaan haasteellisia tilanteita. Kyseessä oli ensimmäinen näin pitkän ajanjakson jälkeen MAPA®-koulutuksen päättymisestä toteutettu tutkimus. Lisäksi tässä opinnäytetyössä kartoitettiin, ovatko koulutukseen osallistuneet soveltaneet koulutuksessa oppimaansa käytännön työssään, sekä millaisena he näkevät koulutuksen sovellettavuuden.

Muistisairaudet aiheuttavat niistä kärsiville monimuotoisia oireita ja vaikeuksia, jotka voivat ilmetä liki kaikilla elämän osa-alueilla. Näitä kuvataan opinnäytetyön teoreettisessa viitekehityksessä niiden hoitotyölle asettamien vaatimusten ja haasteiden sekä muistisairaiden itsensä näkökulmasta. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet heikentävät muistisairaan elämänlaatua entisestään, ja haasteellinen käyttäytyminen voi vaarantaa sekä muistisairaan että muiden turvallisuuden. ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksessa pääpainona on ennaltaehkäistä haasteellisia tilanteita sekä vain viimesijaisesti käyttää fyysisesti rajoittavia menetelmiä. Käytösoireiluun ja haasteelliseen käyttäytymiseen voidaan pyrkiä vaikuttamaan myös monin erilaisin hoitotyön menetelmin.

Tutkimuksen osallistuneet (n=11) olivat erään suomalaisen kaupungin julkisissa terveydenhuollon avopalveluissa työskenteleviä henkilöitä, jotka olivat osallistuneet koulutuksiin loppuvuoden 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena, ja aineisto kerättiin keväällä 2019 avoimen kysymyksen sisältävää strukturoitua internet-kyselylomaketta käyttäen. Aineisto analysoitiin kuvailevalla tilastoanalyysillä ja avoimet vastaukset kuvailtiin kirjallisesti. Tuloksia tarkasteltiin osin rinnakkain toisilta osallistujilta samanlaisen koulutuksen päättymisen yhteydessä kerättyistä tuloksista tehdyn Ylinivan (2018b) tutkimuksen kanssa.

Kokemukset koulutuksesta eivät tämän tutkimuksen tulosten perusteella ole sen suorittamisen ja tutkimuksen toteutumisen välisenä aikana juurikaan muuttuneet, sillä kun tuloksia verrattiin Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksen tuloksiin, ei huomattavia eroja näiden välillä havaittu. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen sisältö on sen suorittaneiden sovellettavissa käytännön työelämässä ja sen suorittamista pidetään työn kannalta hyödyllisenä. Tulevaisuudessa tarvitaan lisätutkimuksia, mikäli ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen yksittäisten osa-alueiden sovellettavuudesta pidetään tarpeellisenä saada yksityiskohtaisempaa ja kattavampaa tietoa.

Asiasanat: dementia, muistisairaus, ikääntyneiden hoitotyö, haasteellinen käyttäytyminen, puuttumismenetelmät

Hiltunen Elmo & Siniranta Toni

From Training to Practice—"Demanding situations in elderly care" -training as experienced by participants

Year 2019 Pages 52

The aim of this thesis was to produce knowledge for the mapa® center of Finland about how "Demanding Situations in Elderly Care" (DSEC) training was experienced by participants after the course, as compared to survey results collected from the participants when the course ended. Since 2017 the mapa® center of Finland has offered DSEC training and the objective of this training is to educate participants who take care of dementia patients to prevent and manage demanding situations. In respect of the time interval length between the end of the MAPA® training and this study, it's the first of its kind ever conducted. In addition, in this study it was also surveyed if the participants have applied knowledge gained from the DSEC training in their practical work and what is their opinion on its applicability.

People suffering from memory disorders often experience diverse symptoms and difficulties, which can present themselves in almost all fields of life. In the theoretical framework of this thesis these are described in the context of demands and challenges they pose to care work, as well as from the viewpoint of the persons' with memory disorder. Behavioral symptoms of memory disorders further reduce a persons' quality of life and challenging behavior could endanger both the person expressing such behavior and others. The main emphasis of the DSEC training is on prevention of demanding situations and using physical restraint techniques only as a last resort. Multiple different methods of care work can also be employed as a way of aiming to have an influence on behavioral symptoms and challenging behavior.

Participants of this study (n=11) were employees working in outpatient services of one Finnish municipality. They had participated in training between the latter part of the year 2017 and the spring of 2018. The study was conducted using a quantitative approach and data was collected in spring 2019 using a structured web-based questionnaire, which also included an open question. The data were analyzed by using descriptive statistical analysis and open answers were described in writing. Examination of the results was performed partly in comparison with ones of a previous study performed by Yliniva (2018b), in which the data was collected by using structured questionnaire (used at the end of that training).

According to the results of this study, the experiences of the training had not changed during the time between training and the conducting of this study. When results were compared with ones from Yliniva (2018b, 193), no notable differences between the two were discovered. Based on the results it can be stated that the content of DSEC training is applicable in practical work by those who have participated in it and it is seen useful from a work perspective. Further studies are needed in the future if more detailed and comprehensive information on applicability of individual parts of the DSEC training is considered necessary to gather.

Keywords: dementia, memory disorder, elderly care, challenging behavior, intervention techniques

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Muistisairauksien asettamat haasteet hoitotyössä.....	7
2.1	Muistisairaiden asiakkaiden erityinen hoidon tarve	9
2.2	Itsemääräämisoikeuden problematiikka muistisairaana hoitotyössä	11
3	Muistisairauksien yhteydessä ilmenevät käytösoireet	12
3.1	Haasteellinen käyttäytyminen ja muu käytösoireilu	12
3.2	Interventio- ja auttamismenetelmät käytösoireisen muistisairaana hoidossa	15
4	Oppiminen ja osaamisen kehittyminen.....	16
5	”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus	19
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset	20
7	Kvantitatiivinen tutkimus	22
7.1	Aineiston keruu.....	24
7.2	Aineiston analysointi.....	25
8	Tulokset	25
8.1	Tulosten vertailu aikaisempiin vastauksiin	26
8.2	Tulokset koulutuksen sovellettavuuden ja työelämän kannalta	31
8.3	Avoimet vastaukset	35
9	Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi	36
10	Pohdinta ja johtopäätökset	38
	Lähteet.....	41
	Kuviot	48
	Taulukot	48
	Liitteet	49

1 Johdanto

Muistisairaudet vaikuttavat laajasti liki kaikilla niitä sairastavan elämän osa-alueilla. Muistisairaahan kyky huolehtia arkisista toiminnoista, kuten hygieniasta, tarpeilla käynnistä tai esimerkiksi säänmukaisesta pukeutumisesta, voivat vaatia eritasoista ohjausta tai avustamista (Mönkäre 2017a, 77-78; Mönkäre & Nukari 2017a, 79-80; Mönkäre & Nukari 2017b, 82-83). Käyttösoireet tuovat oman haasteellisen erityispiirteensä muistisairaiden hoidolle, ja niitä esiintyy likipitään kaikilla muistisairailta jossakin sairauden vaiheessa (Käypä hoito -suositus 2017). Lisäksi muistisairaus voi heikentää kykyä tehdä päätöksiä ja ajatella rationaalisesti, minkä seurauksena muistisairas ei välttämättä kykene itse päättämään hoidostaan (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016). Haasteellinen käyttäytyminen on määritelmällisesti sosiaalisesti hyväksymättömänä pidettävää toimintaa, jossa henkilö saattaa aiheuttaa turvallisuusriskin itselleen tai muille (Emerson 1995, 3). Monisyiset, vaihtelevat ja niin muistisairaahan kuin hänen omaistensa ja häntä hoitavien henkilöiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin vaikuttavat käyttösoireet ovat tyypillisiä muistisairailta havaittavia oireita sairaudenvaiheesta riippumatta (Vataja 2017a, 54-56; Sulkava 2016a, 121-122).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli suorittaa Suomen mapa® keskuksen toimeksiannosta tutkimus, jossa kartoitetaan erään Suomen kaupungin avopalveluissa työskentelevien hoitotyöntekijöiden kokemuksia ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksesta sekä sen sovellettavuudesta käytännön työhön. Kyseisen koulutuksen tarkoituksena on tarjota osallistujille valmiudet toimia tilanteissa, joissa heihin itseensä tai muihin henkilöihin kohdistetaan väkivaltaa tai aggressiivista taikka häiritsevää käytöstä, sekä toimia liennyttävästi ja pyrkiä ennaltaehkäisemään tällaisen käytöksen esiintymistä (CPI 2015, 1; Suomen mapa® keskus 2019b). Samanlaiseen koulutukseen osallistuneiden kokemuksia on tutkinut aikaisemmin Yliniva (2018b, 187-188, 193), jonka toteuttama tutkimus käsitteli koulutusten lopussa annettavia palautteita. Koska tutkittavat ovat osallistuneet edellä mainittuun koulutukseen loppuvuoden 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana, tämä opinnäytetyö mahdollisti käsityksen saamisen siitä, miten koulutus soveltuu osallistuneiden työhön ja missä määrin he ovat mahdollisesti soveltaneet koulutuksessa opittua.

Opinnäytetyölle asetettiin seuraavat tutkimuskysymykset: *”Millaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?”* ja *”Ovatko osallistujat soveltaneet koulutuksessa oppimaansa käytännön työssä, ja mikä on heidän näkemyksensä sen sovellettavuudesta?”* Tutkimus on tärkeä, sillä aikaisemmat MAPA®-koulutuksiin liittyvät kyselyt eivät ole ulottuneet ajallisesti yhtä pitkälle koulutuksesta. Tutkimuksen avulla muodostui tutkimuskysymysten lisäksi käsitys siitä, onko osallistuneiden kokemukset muuttuneet koulutuksen päättymisen ja tämän opinnäytetyön välisenä aikana.

2 Muistisairauksien asettamat haasteet hoitotyössä

Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, joihin kuuluu muistin heikentymisen ohella muidenkin tiedonkäsittelyn osa-alueiden heikentyminen. Muistisairaus voidaan määritellä dementiaksi heikentymisen ollessa niin huomattavaa, että se vaikeuttaa päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Muistisairaudet liittyvät korkeaan ikään – yli puolet (55 %) Suomen muistisairaista ovat yli 80-vuotiaita. Työikäisiä muistisairauksista kärsiviä on arvioitu olevan vain noin 5000. (Viramo & Sulkava 2010, 28.)

Hultqvistin (2013, 7-8) mukaan Liukkosen (1990) tutkimuksessa muistisairaajat koettiin hoitajien näkökulmasta vaikeana potilasryhmänä, joskin myös hellyttävänä. Tämä perustui hoitajien mukaan muun muassa potilailta usein ilmenevään vuorovaikutuskyvyttömyyteen sekä siihen, ettei heillä ole sairaudentuntoa. Ikääntyvien muistisairaiden hoidon katsotaan asettavan useita vaatimuksia hoitohenkilökunnalle. Näitä ovat esimerkiksi muistisairauksiin liittyvä tietämys ja vuorovaikutusosaaminen. Hoitotyöhön liittyvää osaamista tulisi olla monipuolisesti eri aloilta. Pelkän teoreettisen tietämyksen ohella edellytetäänkin hoitotyössä myös kykyä opitun tietoperustan soveltamiseen myös itse hoitotyössä. Jotta ikääntyvien muistisairaiden hoitotyö voisi toimia, vaatii se tuekseen työhyvinvointiin panostavan ja hoitajille arvostusta osoittavan työyhteisön, jossa kehittäminen on tavoiteorientoitunutta ja johdettua. Hoitotyöhön tulee myös olla käytettävissä tarpeeksi resursseja. Hoitotyön laatua tämän ryhmän kohdalla voidaan parantaa ottamalla huomioon heidän hoitoonsa liittyvät erityispiirteet ja kehittämällä hoitohenkilökunnan käyttöön erilaisia malleja, joiden mukaan toimia (Hultqvist 2013, 15).

Etenevistä muistisairauksista yleisin on Alzheimerin tauti, jota sairastaa noin 70 prosenttia muistisairaista. Muita yleisiä muistisairauksia ovat aivoverenkiertosairauteen liittyvä muistisairaus, Parkinsonin taudin muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Käypä hoito -suositus 2017.)

Alzheimerin taudin oireet johtuvat aivojen hermoratojen ja aivosolujen toiminnan heikkene- misestä, minkä myötä muisti ja tiedonkäsittely heikentyvät. Sairaudelle on tyypillistä vaiheittainen ja tasainen eteneminen. Alzheimerin taudin varhaiset oireet, joita ovat oppimisen vaikeudet ja lähimuistin heikkeneminen, johtuvat siitä, että edellä kuvatut aivoissa tapahtuvat muutokset saavat alkunsa ensimmäiseksi aivojen ohimolohkon sisäosissa. Sairaus etenee vähitellen aivokuorelle, mistä seuraa ongelmia muissakin kognitiivisissa toiminnoissa, kuten toiminnan suunnittelemisessa, kielellisessä toiminnassa ja hahmottamisessa. Sairauden edetessä erilaisten käytösoireiden ilmaantumisen riski lisääntyy, ja mahdolliset käytösoireet vaikeutuvat. (Käypä hoito -suositus 2017; Pirttilä & Erkinjuntti 2010a, 122; Juva 2018.)

Toiseksi yleisin muistisairauden aiheuttaja on vaskulaarinen dementia eli verenkiertoperäinen muistisairaus, joka voidaan jakaa pienten ja suurten aivosuonten muistisairauksiin. Aivoverenkiertosairauden aiheuttamaan muistisairauteen liittyy Alzheimerin taudin tavoin tiedonkäsittelyyn ja muistiin liittyviä oireita. Pienten suonten muistisairaudessa muistin oireilu on vähemmän korostunutta; tyypillisiä oireita ovat muun muassa puheen tuottamiseen liittyvät häiriöt, tasapaino-ongelmat ja toispuoleisesti esiintyvät halvausoireet. Sairaus voi myös aiheuttaa hidastumista älyllisissä toiminnoissa ja muutoksia käyttäytymisessä. (Atula 2019a; Pirttilä & Erkinjuntti 2010b, 142.)

Suurten suonten muistisairauden tyypillisiä oireita ovat lievä muistin heikentyminen, toiminnanohjauksen häiriöt, puhumiseen ja puheen ymmärtämiseen sekä kirjoittamiseen ja lukemiseen liittyvät vaikeudet, kömpelyys ja näönvaraisen hahmottamisen vaikeudet. Oireet alkavat usein nopeasti muutaman päivän aikana. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010b, 150.)

Parkinsonin tauti on monioireinen liikehäiriösairaus, johon sairastutaan useimmiten 50–70 ikävuoden välillä, mutta siihen voi sairastua jo 30-40-vuotiaana, varsinkin, jos sairaus on perinnöllinen. Sairauden oireet aiheuttaa aivojen hermosolujen asteittainen tuhoutuminen, josta seuraavat välittäjäaine dopamiinin puute sekä sellaisten hermorojen vaurioituminen, jotka säätelevät kehon tahdonalaisia liikkeitä. Sairauden pääoireita ovat levossa ilmenevä vapina, lihasten jäykistyminen ja liikkeiden hidastuminen. Parkinsonin tautiin liittyvät muistioireet eivät yleensä ole sairauden vallitsevia oireita, vaikka kognitiiviset oireet ovatkin yleisiä. Tyypillisiä kognitiivisia oireita ovat muun muassa muistin heikentyminen, ongelmat toiminnanohjauksessa ja tiedon prosessoinnin hidastuminen. Sairauden alkuvaiheessa voidaan tunnistaa muutoksia sekä työmuistissa että pitkäkestoisessakin muistissa. Oireiden pahentuessa ajan myötä sairauden aiheuttamat muistivaikeudet voivat edetä dementiaksi, jonka on todettu kehittyvän jopa 80 prosentille Parkinsonin tautia sairastavista. Parkinsonin taudin yhteydessä voi myös ilmetä masennusta, jota on lähes puolella tautia sairastavista. (Rinne 2010a, 172-174; Atula 2018.)

Lewyn kappale -taudissa, joka alkaa tavallisimmin 50–80 vuoden iässä hitaasti edeten, aivojen kuorikerroksen alueelle kertyy niin sanottuja Lewyn kappaleita, joiden mukaan sairaus on nimetty. Sairauden kesto vaihtelee kahdesta vuodesta 12 vuoteen ja se johtaa kuolemaan, useimmiten noin 8 vuotta sairastumisen jälkeen. Tyypillisiä oireita ovat Parkinsonin taudin kaltaiset liikkumisvaikeudet, hitaus ja lepopapina. Niin sanotun parkinsonismioireiston lisäksi tyypillisiä oireita ovat kognitiiviset ja psykoottiset oireet, kuten harhaisuus, harhaluulot ja näköharhat, joita pidetään sairauden tyypillisenä piirteenä. Yleisiä kognitiivisia oireita ovat muistin hidas heikentyminen, hahmottamisen häiriöt sekä kielelliset häiriöt. Oireiden pahentuessa ennen kuolemaa sairaus aiheuttaa omatoimisuuden menettämisen. (Rinne 2010b, 159-160; Atula 2019b.)

Otsa-ohimolohkorappeumista puhuttaessa tarkoitetaan muistisairauksiin kuuluvaa oireyhtymää, joka voi johtua monista eri sairauksista. Muista muistisairauksista poiketen sairautta ilmenee usein työikäisillä. Aivojen otsa- ja ohimolohkojen rappeutuminen aiheuttaa sairauden oireet. Otsalohkopainotteisessa rappeumassa merkittävä oire on käytösoireilu, joka voi näkyä esimerkiksi riskialttiina tai sopimattomana, kuten estottomana käytöksenä. Mahdollisia käytösoireita on paljon; otsalohkojen rappeuma voi aiheuttaa väkivaltaista käyttäytymistä ja masentuneisuutta, mutta myös tilanteeseen sopimatonta iloisuutta. Ohimolohkopainotteisessa rappeumassa oireita ovat puheen tuottamisen ja muut kommunikoimiseen liittyvät vaikeudet. Lisäksi siihen voi liittyä ongelmia kasvojen tai esineiden tunnistamisessa. Ohimolohkorappeuman muistivaikeudet ovat useimmiten lieviä tai vaikeasti havaittavia. (Rinne & Remes 2010, 165, 167; Käypä hoito -työryhmä 2016.)

Muistisairaudet ovatkin siis oirekirjoltaan hyvin monimuotoinen sairausryhmä, jossa muistin heikentymisen ja eri asteisten käytösoireiden lisäksi esiintyy myös esimerkiksi havainnoinnin, toiminnanohjauksen, liikkumisen ja kielen vaikeuksia (Käypä hoito -suositus 2017). Kun näitä peilataan siihen, että pyrkimyksenä on hoitotyön toteuttaminen yksilöllisesti ja suunnitelmallisesti sekä toimintakykyllähtöisesti ja potilaan voimavarat tunnistaen, voidaan hyvin ymmärtää muistisairauksien hoitotyölle asettamat haasteet (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2017, 8-9; Hallikainen & Nukari 2017a, 14). Monipuolisen tietotaidon ja osaamisen vaatimukset sekä mahdollisuus toteuttaa hoitotyötä ilman jatkuvaa kiirettä potilaat arvokkaasti kohdaten ovat perusedellytyksiä muistisairaiden hyvälle hoidolle (Hallikainen ym. 2017, 8-9). Ne haastanevat niin työntekijöitä, palveluntarjoajia kuin yhteiskuntaammekin pohtimaan tulevaisuudessa muun muassa koulutusten toteuttamista ja palveluiden resursointia, jotta kyseiset haasteet voidaan selättää.

2.1 Muistisairaiden asiakkaiden erityinen hoidon tarve

Muistisairaudet vaikuttavat laajasti liki kaikilla niitä sairastavan elämän osa-alueilla. Muistisairaan kyky huolehtia arkisista toiminnoista kuten hygieniasta, tarpeilla käynnistä tai esimerkiksi säänmukaisesta pukeutumisesta huolehtiminen voivat vaatia onnistuakseen eritasoista ohjausta tai avustamista (Mönkäre 2017a, 77-78; Mönkäre & Nukari 2017a, 79-80; Mönkäre & Nukari 2017b, 82-83). Myös lääkehoidon toteutuminen oikealla tavalla voi muistisairauden vaiheesta riippuen vaatia erilaisia järjestelyjä, joilla varmistetaan lääkkeiden määräysten mukainen käyttö. Lääkkeet voidaan antaa joko hoitajan tai läheisen toimesta, tai asiakas ottaa ne mahdollisesti itse. Vaikeuksia lääkehoidossa aiheuttavat esimerkiksi nielemisvaikeudet, muistamattomuus käytössä olevista lääkkeistä sekä niiden ottoajoista ja kieltäytyminen lääkkeistä sairaudentunnottomuuden tai lääkkeiden indikaatioiden unohtumisen vuoksi. (Hallikainen & Nukari 2017b, 136-140.)

Muistisairaahan hoidossa on syytä huomioida myös ympäristö ja siinä olevat tekijät, jotka vaikuttavat muistisairaahan elämään ja sen laatuun sekä vaikuttavat myös esimerkiksi käytösoireiden ilmenemiseen ja vaelteluun. Koti, joka nähdään muistisairaahan ensisijaisena asumismuotona, voi olla muistisairaalle yhtäältä turvallisuutta tai turvattomuutta luova tekijä. (Nukari 2017, 88-89.) Järjestämällä asuinympäristö esteettömäksi voidaan myös yhdessä lihahuolosta huolehtimisen ja lääkitykseen liittyvän kaatumisriskin arvioinnin ohella vähentää vaaraa muistisairaahan kaatumisesta. Näin voidaan myös ylläpitää potilaan liikuntakykyä ja uskallusta liikkumiseen sekä ehkäistä pelokkuudesta johtuvaa passivoitumista ja avustamisen lisääntynyttä tarvetta. (Nukari 2017a, 88; Eloniemi-Sulkava, Juva & Mäkelä 2015.) Samojen periaatteiden voidaan katsoa koskevan myös kodinulkopuolisessa laitoshoidossa tapahtuvaa asumista. Muistisairaahan ympäristön tulee tuntua kodikkaalta, mahdollistaa oma tila ja yksityisyys sekä olla esteetön. Siihen voi kuulua muistisairaalle tärkeitä symboleja, kuten esimerkiksi taidetta, valokuvia tai näköyhteys ikkunan kautta luontoon. (Nukari 2017b, 92-94.)

Suomessa muistisairaista noin puolet asuu arvioiden mukaan kotona, jolloin muistisairas tarvitsee muiden ihmisten apua selvitäkseen. Toisaalta yli puolet kotona asuvista muistisairaista on yksinasuvia. Muistisairaudet ovat suurin tarpeen ympärivuorokautiselle pitkäaikaishoidolle aiheuttava sairausryhmä. Muistisairaudet ovatkin sairausryhmä, joka aiheuttaa ikääntyneillä eniten tarvetta sosiaali- ja terveyspalveluille. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 219; Sulkava 2016.) Palvelut tulisi järjestää muistisairaalle yksilöllisesti niin, että ne tukevat selviytymistä ja mahdollistavat palvelujen järjestymisen saumattomasti samalla, kun sairaus etenee. Jos hoitopaikkoja ei ole saatavilla riittävästi, saattaa muistisairas päästä kotoaan ympärivuorokautiseen hoitoympäristöön vasta kotitilanteen kärjistyttyä. (Hallikainen ym. 2014, 200.) Palveluita, erilaisia tukimuotoja sekä ohjausta muistisairaahan kuntoutumisen tueksi ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ohjaa vähintään kerran vuodessa päivittyvä kuntoutumissuunnitelma, joka ohjaa hoidon järjestämisen ohella myös sen arviointia. (Hallikainen & Nukari 2017a, 14; Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2017, 8.) Ennen ympärivuorokautista hoitoa muistisairas voi hyötyä intervalli- eli jaksoittaishoidosta, joka tarkoittaa säännöllistä kodin ulkopuolella hoitopaikassa tapahtuvaa hoitoa. Intervallijaksot toteutuvat yksilöllisesti säännöllisin väliajoin, ja niiden aikana voidaan esimerkiksi arvioida muistisairaahan ajankohtaista terveydentilaa ja kuntoutustarvetta, sekä tarvittaessa päivittää potilaan käyttämä lääkitys. (Nukari & Mönkäre 2017, 171.)

Muistisairauden myötä hyvän ravitsemuksen merkitys korostuu, sillä muistisairauteen liittyy usein tahatonta painonlaskua. Muistisairaus voi myös lisätä ravinnon tarvetta. Ravitsemuksen toteutumiseksi haasteita asettavat myös muutokset kylläisyyden ja nälän tunnistamisessa, jotka vaikuttavat joko lisäävästi tai vähentävästi ruokahaluun. Lisäksi mahdolliset aistimuutokset vaikuttavat siihen, millaisena muistisairas kokee tarjotun ruoan. Syömishalukkuutta voidaan pyrkiä lisäämään esimerkiksi vahvistamalla ruoan makua ja tuoksua vastauksena heikentyneelle haju- ja makuaistille. Oleellista muistisairaahan potilaan hoidossa on myös jo aikaisemmin mainittu liikunnan lisääminen, sillä se lisää aivoverenkiertoa, parantaa hermosolujen

välillä olevia yhteyksiä ja kehittää lihastasapainoa, mikä on yhteydessä kaatumisen pelkoon ja sen myötä passivoitumiseen. Liikunta voi lisäksi ehkäistä muistisairauden aiheuttamaa ahdistusta ja masennusta. Muistisairaahan toimintakykyä voidaan myös tukea muun muassa hoitamalla muita pitkäaikaissairauksia, lääkitsemällä ja lisäämällä aktiivisuutta sekä tarjoamalla psyykkistä tukea ja virikkeitä esimerkiksi tarjoamalla palveluita, kuten ruoka- tai siivouspalveluita. (Kelo ym. 2015, 218-219; Suominen & Mönkäre 2017, 116; Mönkäre & Suominen 2017, 117-118.) Oman haasteellisen erityispiirteensä muistisairaiden hoidolle tuovat käytösoireet, joita esiintyy likipitään kaikilla muistisairailta (90 %) jossakin sairauden vaiheessa (Käypä hoito -suositus 2017). Hoidon toteutumisessa tämä voi näkyä esimerkiksi aggressiivisena käyttäytymisenä, ja käytösoireiden taustalla voi olla muun muassa potilaan kokemus pakottamisesta, kiire, turhautuminen tai tämän kokema kipu (Käypä hoito -suositus 2017; Mönkäre 2017b, 49-50).

Edellä kuvatut muistisairaiden erityisen hoidon tarpeet antavat kuvan siitä, kuinka monella tapaa muistisairaudet voivat manifestoitua hoitotyön arjessa ja kuinka monella eri osa-alueella hoidon ja ohjauksen tarve voivat ilmetä. Pelkästään muistisairauteen ja sen hoitamiseen keskittymisen sijasta on tärkeää muistaa myös muistisairaahan mahdollisten muiden sairauksien hyvä hoito, sillä potilaan toimintakykyyn ja arkeen niillä voi olla jopa muistisairautta suurempi negatiivinen vaikutus. Kuten edellisessä kappaleessa todettiin, voi esimerkiksi hoitamaton kipu ilmetä käytösoireina. (Vataja 2017a, 55.)

2.2 Itsemääräämisoikeuden problematiikka muistisairaahan hoitotyössä

Muistisairaus voi heikentää kykyä tehdä päätöksiä ja ajatella rationaalisesti, minkä seurauksena muistisairas potilas ei välttämättä kykene itse päättämään hoidostaan. Tällöin tärkeiden hoitopäätösten suorittamiseen vaaditaan joko potilaan laillisen edustajan, lähiomaisen tai muun läheisen suostumus, tarkoituksena selvittää, millaista hoitoa potilas itse haluaisi. Mikäli selvitystä ei saada, tulee potilasta hoitaa hänen oman etunsa mukaisesti. (Mäki-Petäjä-Leinonen 2016; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 6.) Jos muistisairas on sairautta edeltävästi ilmaissut tahtonsa, tulee hänen terveenä ilmaistua tahtoaan kunnioittaa myös muistisairausdiagnoosin jälkeen (Nikumaa 2017, 190).

Koska muistisairaus etenee usein asteittain, myös oikeudellinen toimintakyky heikkenee asteittain. Oikeudellisella toimintakyvyllä tarkoitetaan kykyä tehdä omiin omaisuus-, talous- ja henkilökohtaisiin, kuten hoidollisiin, asioihin liittyviä päätöksiä. Muihin kuin oikeudellisiin asioihin liittyvä päättämisen kyky voi säilyä pitkään siitä hetkestä, kun muistisairas menettää oikeudellisen toimintakykynsä. (Nikumaa 2017, 190-191.)

Muistisairaahan hoitotyössä potilasta voidaan joutua fyysisesti rajoittamaan estämällä itsenäistä liikkumista erilaisin menetelmin, kuten nostamalla sängyssä olevat laidat ylös tai sitomalla is-

tuva potilas vyöllä tuoliin. Liikkumista voidaan rajoittaa myös epäsuorasti esimerkiksi ottamalla potilaalta liikkumisen mahdollistavat apuvälineet tai poistamalla potilashuoneesta soittokeho, jolloin potilaalla ei ole mahdollisuutta pyytää apua liikkeelle pääsemiseksi. Potilasta hoitava lääkäri antaa luvan potilaan fyysiselle rajoittamiselle apuvälinein. Päätöksen saatua potilasta hoitavien ammattihenkilöiden tulee arvioida fyysisen rajoitusmenetelmän tarvetta aina, kun menetelmä on käytössä. (Hultqvist 2013, 8-9; Valvira 2015.)

3 Muistisairauksien yhteydessä ilmenevät käytösoireet

Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairauden yhteydessä ilmeneviä muutoksia käyttäytymisessä sekä haitallista psyykkistä oireilua, esimerkiksi ahdistuneisuutta. Muistisairaista 90 prosentilla esiintyy sairauden aikana käytösoireita, jotka saattavat heikentää elämänlaatua ja lisätä tarvetta palveluille. Käytösoireet aiheuttavatkin muistisairauksien oireista eniten tarvetta pitkäaikaiselle hoidolle. Käytösoire voi olla ensimmäinen oire, joka muistisairauden myötä ilmenee. Käytösoireita, joista käytetään englannin kielessä termiä BPSD (Behavioral and psychological symptoms in dementia), esiintyy jokaisessa etenevässä muistisairaudessa. Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttaa muistisairaahan persoonallisuus, muut terveyteen liittyvät tekijät, käytettävät lääkkeet, suhteet omaisiin ja hoitajiin, fyysinen ympäristö, jossa hoito tapahtuu sekä muistisairauteen liittyvät neurobiologiset eli keskushermostolliset tekijät. Tavallisimpia muistisairauksiin liittyviä käytösoireita ovat apatia, masennus, levottomuus, ahdistuneisuus, erilaiset psykoottiset oireet, persoonallisuuden muutokset, uni-valvetrytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt. (Käypä hoito -suositus 2017; Vataja 2010, 91-95.)

3.1 Haasteellinen käyttäytyminen ja muu käytösoireilu

Haasteellisella käyttäytymisellä tarkoitetaan sosiaalisesti hyväksymättömänä pidettävää toimintaa, jossa henkilö saattaa aiheuttaa turvallisuusriskin itselleen tai muille. Se tarkoittaa myös käyttäytymistä, joka rajoittaa yhteisön tavanomaista toimintaa. (Emerson 1995, 3.) The Royal College of Psychiatrists (2007, 14) määrittelee haasteellisen käyttäytymisen samankaltaisesti käyttäytymiseksi, joka voimakkuudeltaan, esiintymistiheydeltään tai kestoltaan vaarantaa henkilön tai muiden elämänlaadun, fyysisen turvallisuuden taikka molemmat sekä jotta todennäköisesti rajoittaviin, negatiivisiin seurauksiin tai pois rajaamiseen.

Haasteellinen käyttäytyminen on henkilön ja hänen ympäristönsä sosiaalisen vuorovaikutuksen tulos. Onko käyttäytyminen määritelty haastavaksi tietyssä asiayhteydessä, riippuu erilaisista tekijöistä: sosiaalisista säännöistä, jotka muodostavat soveliaan käyttäytymisen; henkilön kyvystä antaa vakuuttava merkitys käyttäytymiselleen; muiden osallisten käsityksistä älyllisistä vammoista ja henkilön haastavan käyttäytymisen syistä sekä ympäristön kyvystä tulla toimeen kaikesta sosiaalisesta häiriöstä, jota henkilön käyttäytyminen aiheuttaa. (The Royal College of Psychiatrists 2007, 9; Emerson & Einfeld 2011, 7.)

Todennäköisimmin haasteellista käyttäytymistä kohdataan ympäristöissä, jotka ovat huonosti järjesteltyjä eivätkä vastaa riittävän hyvin henkilön tarpeita (The Royal College of Psychiatrists 2007, 10). Käyttöoireilun todennäköisyyttä lisäävät esimerkiksi muistisairaana kokemus turvattomuudesta itselleen oudossa ympäristössä, ympäristön hektisyys sekä liiallinen virikkeellisyys. Käyttöoireita voi aiheuttaa myös se, ettei muistisairas pysty välttämättä vaikeuksista ilmaisemaan itseään ja erilaisia tarpeitaan tai tunteitaan, kuten nälkää tai kipuja. Myös kokemukset siitä, ettei muistisairasta ymmärretä tai arvosteta voivat laukaista käyttöoireilun. (Sulkava 2016a, 122.) Haasteellinen käyttäytyminen sisältää aggressiivisen, tuhoisan, häiritsevän, itsetuhoisen ja seksuaalisesti haitallisen käyttäytymisen. Haasteellinen käytös voi käytännössä tarkoittaa esimerkiksi fyysistä väkivaltaa, esineiden rikkomista, toistavaa huutamista tai seksuaalista ahdistelua. (The Royal College of Psychiatrists 2015, 21.) Käyttöoireisiin luetaan myös muun muassa vaeltelu sekä levottomuus, joista erityisesti jälkimmäisen on mainittu voivan esiintyä voimakkuudeltaan vuorokaudenaikaan liittyvänä siten, että sitä ilmenee usein illan koittaessa. (Sulkava 2016a, 121-122.)

Haasteellista käyttäytymistä selittävät ympäristöllisten tekijöiden lisäksi myös psykososiaaliset ja biologiset syyt. Biologisiin syihin lukeutuvat monet haasteelliselle käyttäytymiselle altistavat tekijät, kuten erinäiset terveysongelmat. Psykososiaalisesta näkökulmasta haasteellisella käyttäytymisellä henkilö voi pyrkiä hallitsemaan elämäänsä, esimerkiksi saamalla hoitohenkilökunnan huomion. Haasteellisella käyttäytymisellä henkilö voi myös yrittää vaikuttaa hoitohenkilökunnan toimintaan. (The Royal College of Psychiatrists 2015, 24-29.) Käyttöoireiluun voivat olla syynä esimerkiksi muistisairaana käyttämä lääkitys ja myös tähän oireiluun käytettävä lääkitys, muistisairaana muut somaattiset sairaudet ja esimerkiksi liian vähäinen nesteytys. (Sulkava 2016a, 122; Vataja 2017a, 54-56; Vataja 2017b, 56-57.)

Apatia on käyttöoire, jossa tunne-elämä latistuu ja motivaatio sekä mielenkiinto menetetään. Se voi näkyä esimerkiksi passiivisuutena, välinpitämättömyytenä ja aloittekyvyttömyytenä. Apatia voi pahimmillaan aiheuttaa niin sanotun akineettisen mutismin, joka tarkoittaa spontaanin puheen ja liikkumisen loppumista. (Vataja 2010, 93.)

Masennus voi näkyä muistisairaassa esimerkiksi laihtumisena, surullisena tai ahdistuneena ilmeenä, ärtyneisyytenä ja mielenkiinnon vähenemisenä suhteessa ympäristöön. Monesti oireet pahenevat aamulla. Masennus liittyy usein muistisairauteen; esimerkiksi Alzheimerin tautia sairastavista jopa puolet kärsivät vakavasta masennuksesta. Masennus voi olla riskitekijä demensian kehittymiselle, ja se voi myös olla muistisairauden ensimmäinen oire. (Vataja 2010, 92.)

Levottomuus eli agitaatio on epätarkoituksenmukaista käyttäytymistä, joka voi näyttäytyä aggressiivisuutena tai motorisena levottomuutena. Levottomuus voi myös aiheuttaa äänen käyt-

tämiseen liittyvää käyttäytymistä, kuten huutamista tai kiroilua. Levottomuus voi muistisairaahan kohdalla johtua esimerkiksi negatiivisista tuntemuksista, kuten kivusta tai surusta. Huutamisen ja kiroilun lisäksi levottomuus voi ilmetä muun muassa vaelteluna, karkailuna, lyömisinä, potkimisena ja tavaroiden rikkomisena. Levottomuudesta voi myös seurata katastrofireaktio, joka useimmiten on itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus. Reaktio syntyy tilanteissa, jossa muistisairas kokee ympäristöstä tulevan ärsyksen vieraaksi, turhauttavaksi tai pelottavaksi. (Vataja 2010, 93-94.)

Ahdistuneisuusoireiden riski nelinkertaistuu muistisairauden myötä. Yleisimmin potilaat kokevat yleistynyttä ahdistuneisuutta, joka ei ole tilannesidonnaista. Tyypillisiä ahdistuneisuuden oireita ovat levottomuus, huolestuneisuus, jännittyneisyys ja kireys, joita muistisairas kokee tilanteissa, joissa hän joutuu odottamaan. Ahdistuneisuus voi myös aiheuttaa paniikkikohtauksen eli lyhyen, äärimmäisen ahdistuksen kaltaisen tilan. Paniikkikohtauksessa oireita voivat paniikin tunteen lisäksi olla hikoileminen, hengityksen pinnallisuus ja tihtyminen, sykkeen nousu, huimaus, rintakipu, poissaolevuus sekä tunne itsensä hallinnan menettämisestä. (Erkinjuntti ym. 2010, 94; Mielenterveystalo 2019.)

Psykoottisiin oireisiin sisältyy outo käyttäytyminen, aistiharhat ja harhaluulot sekä ajatusten ja puheen hajanaisuus. Muistisairailla tavallisimpia psykoosioireita ovat näkemisen ja kuulemisen harhat sekä harhaluulot. Psykoottista oireilua esiintyy keskivaikeassa ja vaikeassa dementiassa. Riskiä näkö- ja kuuloharjojen ilmaantumiselle lisää heikkonäköisyys tai -kuuloisuus. Muistisairailla harhaluulot ovat yleisimmin ajatuksia, jotka liittyvät varastamiseen tai puolison uskottomuuteen. Jotta voidaan puhua psykoottisista harhaluuloista, vaaditaan muistisairauden aiheuttamien tiedollisten häiriöiden lisäksi harhaluuloinen ajatuksenmuodostus. Psykoosioireet esiintyvät muistisairaalla usein jaksoittain. (Suvisaari & Lönnqvist 2017; Vataja 2010, 94.)

Kun muistisairaus etenee, voi muistisairaahan persoonallisuus muuttua: jotkut persoonallisuuden piirteet voivat korostua, mutta myös uusia piirteitä saattaa ilmaantua. Esimerkiksi potilaan yhteistyöhalukkuus voi persoonallisuuden muutoksen myötä vähentyä. Joihinkin muistisairauksiin liittyvien aivojen eri rakenteiden vaurioitumisesta saattaa seurata oman toiminnan arvostelukyvyyn heikkenemistä, joka voi näkyä outona käyttäytymisenä, kuten estottomuutena tai epäsiisteytenä. (Vataja 2010, 94-95.)

Uni-valverytmin häiriöillä tarkoitetaan muutoksia vuorokausirytmissä, jotka ovat muun muassa Alzheimerin taudissa yleisiä. Yleensä häiriöt ilmenevät ahdistuneisuuden, masennuksen tai levottomuuden yhteydessä. Muistisairailla tyypillisin uni-valverytmin muutos on sängyssä viety kokonaisuuden lisääntyminen, joka selittyy päiväsaikana tapahtuvalla nukkumisella. Yön

suhteellinen määrä jää kuitenkin pienemmäksi, ja unen laatu heikkenee. Pelokkuutta ja seka-
vuutta sisältävät yölliset heräämiset ovat muistisairaahan uni-valverytmin häiriössä yleisiä. (Va-
taja 2010, 95.)

Muistisairauteen voi liittyä seksuaalisia käytösoireita, kuten sukupuolisen mielenkiinnon häviä-
minen tai poikkeavan korostunut seksuaalisuus, joka saattaa näkyä muistisairaahan käyttäytymi-
sessä esimerkiksi häiritsevänä kosketteluna tai seksuaalisina ehdotteluina. Kyseinen käyttäyty-
minen voi kohdistua muistisairaahan omaisiin, hoitajiin tai vieraisiin ihmisiin. Seksuaalisella käy-
tösoireella tarkoitetaan yleensä käyttäytymistä, joka häiritsee ympäristöä. Seksuaaliset
käytösoireet eivät yleensä ole hallitsevia oireita, ja ne esiintyvät useimmiten jaksoittain ly-
hytaikaisesti. Seksuaalisuuteen liittyvät käytösoireet ovat jokseenkin yleisiä – niitä esiintyy
5–20 prosentilla muistisairaista. (Vataja 2010, 95; Eloniemi-Sulkava, Sillanpää-Nisula & Sul-
kava 2010, 576-578.)

Delirium eli sekavuustila on vaikeasti tunnistettavissa oleva äkillinen ja nopeasti alkava, päi-
vän mittaan oireiltaan vaihteleva oireyhtymä, jolle on useita mahdollisia laukaisevia tekijöitä
(Kivelä ym. 2007, 103; Laurila 2017, 914; Hallikainen & Nukari 2017c, 34). Deliriumin voivat
laukaista muun muassa rytmihäiriöt ja infektiot, kuten keuhkokuume tai virtsatietulehdukset.
Eri elinten, esimerkiksi sydämen tai munuaisten vajaatoiminta sekä erilaiset häiriöt elimistön
toiminnassa, kuten nestetasapainossa ja elektrolyyttien määrässä tai happo-emästatapainossa
voivat yhtä lailla olla deliriumin laukaisevia tekijöitä. Myös rajoittaminen esimerkiksi leposi-
tein, ympäristön outous ja isot muutokset elämässä voivat laukaista sekavuuden muistisai-
raalla potilaalla. Muistisairaahan deliriumin tunnistaminen helpottuu, jos potilasta hoitava hen-
kilö tuntee hänet jo ajalta ennen deliriumin ilmentymistä. (Laurila 2017, 914-915; Hallikainen
& Nukari 2017c, 34.)

3.2 Interventio- ja auttamismenetelmät käytösoireisen muistisairaahan hoidossa

Monisyiset, vaihtelevat ja niin muistisairaahan kuin hänen omaistensa ja häntä hoitavien henki-
löiden elämänlaatuun ja hyvinvointiin vaikuttavat käytösoireet ovat tyypillisiä muistisairaille
havaittavia oireita sairauden vaiheesta riippumatta (Vataja 2017a, 54-56; Sulkava 2016a, 121-
122). Käytösoireet ja muut psykologiset oireet, kuten esimerkiksi ahdistuneisuus, estottomuus
ja aggressiivisuus vaikeuttavat usein muistisairaahan kotona pärjäämistä laitoshoidon sijaan ja
aiheuttavat vaikeuksia tämän hoidolle, kuormittaen erityisesti omaishoitajia (Vataja 2019, 10;
Kales, Gitlin & Lyketsos 2014; Sulkava 2016a, 121). Aggressiivinen käytös ei suinkaan kosketa
ainoastaan muistisairaita ja heitä hoitavia, vaan hoitohenkilökunta työskentelee väkivallan
uhan ja aggressiivisen käytöksen alla likimain kaikilla terveydenhuollon erikoisaloilla. Hoito-
työssä työntekijän riski kohdata väkivallan uhkaa yksin työskennellessä on tunnistettu lisään-
tyneeksi. Erityisesti tämä koskettaa kotihoitoa, jossa yksin työskentely on tavallista. Viimei-
simmän, vuodelta 2015 peräisin olevan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilaston mukaan

säännöllisen kotihoidon asiakkaista oli muistisairaita 20,5 %. (Tölli, Partanen, Kontio & Häggman-Laitila 2017, 2; Työsuojeluhallinto 2017; Fagerström & Leino 2014, 6, 8; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Käyttösoireisen muistisairaahan aggressiivista käytöstä ei tässä opinnäytetyössä käsitellä määritelmällisesti väkivaltana, sillä ollakseen sellaiseksi luokiteltavissa, edellytettäisiin siltä tahallisuutta (WHO 2019; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2002, 5). Kuten esimerkiksi Wharton & Ford (2014) ovat todenneet, ei konsensusta muistisairaahan aggressiivista käytöstä kuvavasta termistä ole. He ovat tunnistanee erilaisia käsityksiä, joita vallitsee yleisesti ymmärretyn väkivallan määritelmän ja muistisairaiden aggressiivisen käytöksen välillä. Muistisairaiden kohdalla edellä kuvattua käytöstä onkin vaikeaa pitää väkivaltana siksi, että kyseessä on enemmänkin hätääntyminen tai epäsoviva reagoititapa ärsykkeeseen, taikka vaikeudet itsensä ilmaisemisessa tai tarpeidensa tunnistamisessa (Wharton & Ford 2014, Mönkäre 2017c, 58-59). Väkivaltaa tarkoittavaa *Violence*-termiä käytetään yleisesti ainakin englanninkielisissä julkaisuissa, kuten edellä mainitussa Whartonin & Fordin (2014) artikkelissa sekä Ciprianin, Lucettin, Dantin, Carlesin & Nutin (2016) tutkimuksessa, joka löytyy Google-hakukonetta käytettäessä hakusanalla ”defining dementia violence”.

Interventiomenetelmien tavoitteena on tarjota hoitohenkilökunnalle keinoja hallita tilanteita, joissa he kohtaavat haasteellista käyttäytymistä. Menetelmien sisällä, esimerkiksi MAPA®-koulutusohjelmassa, pyritään tilanteissa valitsemaan menetelmät siten, että pääpaino on ennaltaehkäisyssä. Rajoittavat menetelmät ovat viimesijaisia keinoja, joihin turvautumista pyritään välttämään. (CPI 2015, 1.) Rajoittavien toimenpiteiden harkintaan perustuva käyttö ja niiden viimesijaisuus muihin ei-rajoittaviin menetelmiin nähden on nostettu esille muun muassa Yhdistyneessä kuningaskunnassa. 2010-luvun alussa Yhdistyneen kuningaskunnan terveydenhuollossa havahduttiin siihen, että rajoittavia toimenpiteitä oli käytetty liian kevein perustein, rangaistuksena, nöyryytyksenä sekä tarkoituksena tuottaa toimenpiteiden kohteille kipua (Department of Health 2014, 5). Tölli ym. (2017, 12) ovat todenneet fyysisiin rajoittaviin interventioihin saattavan liittyä riski sille, että ne voivat vaarantaa rajoituksen kohteena olevan turvallisuuden. Kotimaisessa lainsäädännössä puitteet interventiomenetelmien käyttämisellä tulevat Potilaslain (1992/785) 3 §:stä, joka takaa oikeuden ihmisarvoa ja yksityisyyttä kunnioittavaan sekä laadultaan hyvään terveyden- ja sairaudenhoitoon.

4 Oppiminen ja osaamisen kehittyminen

Rauste-Von Wrightin, Von Wrightin ja Soinin (2003, 50) mukaan oppimista pidetään prosessina, jossa yksilö kerää ja tulkitsee uutta tietoa sekä rakentaa kuvaa sosiaalisesta ja fyysisestä maailmasta ja itsestään osana sitä. Oppiminen on käsitteenä laaja, eikä sitä voi selittää yksiselitteisesti, mutta useimmiten oppiminen ymmärretään tietojen ja taitojen lisääntymisenä sekä kehittymisenä (Holopainen 2007, 2). Oppimista tapahtuu yksilön koko elinkaaren aikana.

Tavoitteellisen oppimisen edellytyksenä on, että yksilö kykenee säätämään sisäistä toimintaansa tavoitteelliseksi sekä keräämään tietoa sisäisistä prosesseistaan. (Sajaniemi & Krause 2012, 8; Jurkkala 2010, 21-22.)

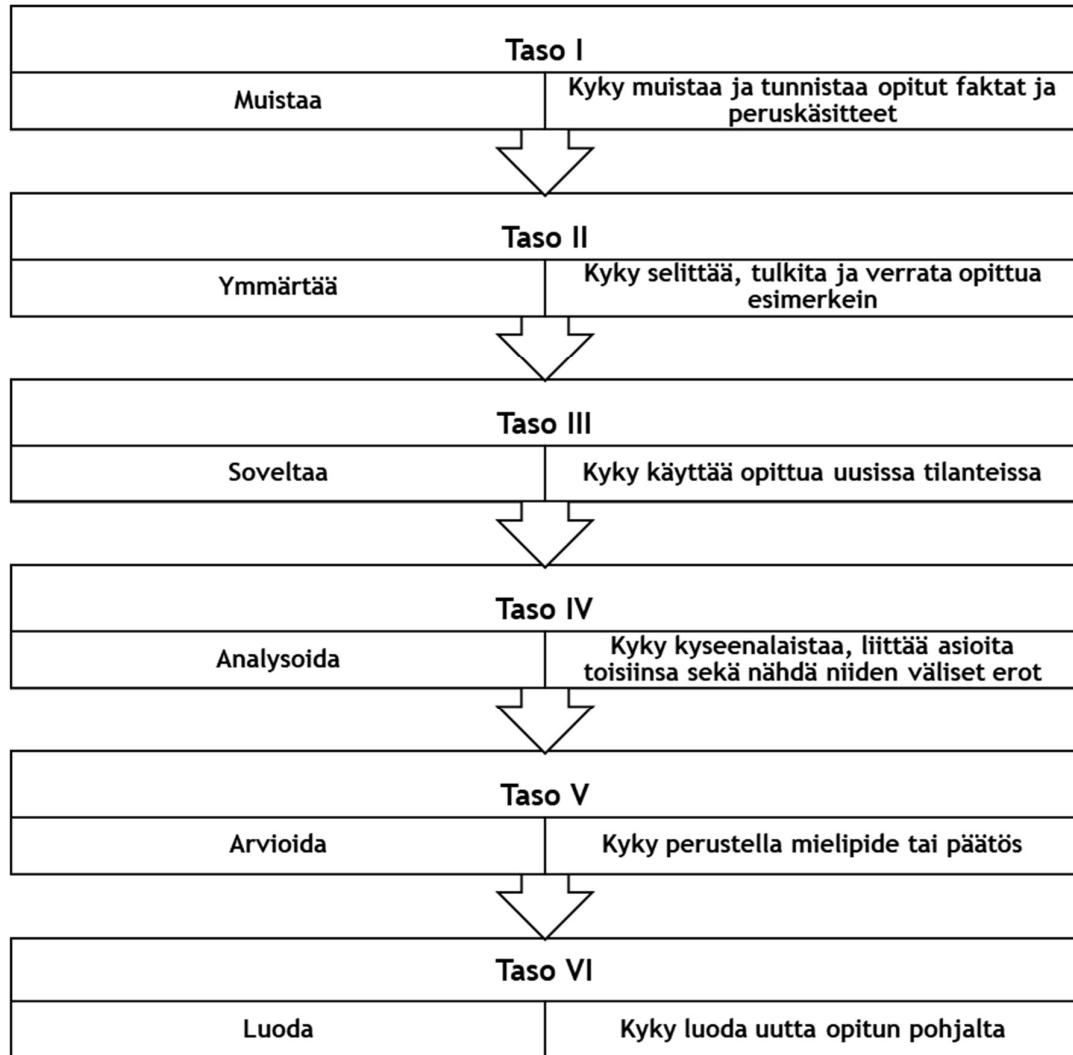
Oppimista voidaan tarkastella erilaisten oppimiskäsitysten näkökulmasta, jotka eroavat toisistaan esimerkiksi siinä, nähdäänkö oppimisen tapahtuvan passiivisena tiedon vastaanottamisena, hyödynnetäänkö opetuksessa opiskelijan aiempaa osaamista sekä siinä, että nähdäänkö motivaation oppimiseen perustuvan sisäiseen vai ulkoiseen motivaatioon tai kumpaankin näistä (University of Berkeley 2019; Itä-Suomen Yliopisto 2019). Eräitä oppimiskäsityksiä ovat muun muassa kognitiivinen, behavioristinen sekä humanistinen oppimiskäsitys (Karjalainen 2006, 5-11). Edellä mainituista kognitiiviseen oppimiskäsitykseen perustuu muun muassa tähän opinnäytetyöhön liittyvä MAPA®-koulutus, kuten Yliniva (2018b, 191) on CPI:n julkaisemaan Lerner workbookiin (2016) liittyen todennut.

Kyseisen oppimiskäsityksen mukaan opetuksen päämääränä on saada opiskelijassa aikaan sisäisesti tapahtuvaa oppimista tehokkaalla tiedonkäsittelyllä sekä tiedon uudelleen järjestelmisellä. Vastaanotettua tietoa käsitellään mielen sisäisten järjestäytyneiden mallien eli skeemojen avulla, jotka ovat joko rakentuneet aikaisemman tiedon ja kokemuksen pohjalle, tai ne muodostetaan uutena. Skeemat ovat kokonaisuuksia, joiden avulla käsitämme, tulkitsemme ja arvioimme tiettyjä aihepiirejä, käsitteitä tai tapahtumia. (Aliakbari, Parvin, Heidari & Haghani 2015, 6; Jordan, Carlile & Stack 2008, 36, 42-44; Tampereen yliopisto 2019; Pankin 2013, 1, 3-4.) Kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaan oppija nähdään aktiivisena ja itseohjautuvana toimijana, joka rakentaa tietämystään käsitellen ja tulkiten tietoa (Haapsalo & Erämies 2019; Jordan ym. 2008, 51). Opettajan tehtävänä on luoda oppimiseen aktivoiva ja kannustava ympäristö, jossa kokonaisuudet ohjaavat oppimisen päämääriä. Yksipuolisen tiedon välittämisen ja vastaanottamisen sijaan opettaja ohjaa sekä tukee opiskelijan sisäistä oppimisen prosessia. (Aliakbari ym. 2015; Jordan ym. 2008, 48, 51; Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2019.) MAPA®-koulutuksessa kognitiivinen oppimiskäsitys näkyy muun muassa siten, että opiskelijoiden aktiivista osallistumista pyritään ylläpitämään kaikissa koulutuksen vaiheissa. Oppimisprosessia sekä opitun tiedon käsittelyä ja sisäistämistä tuetaan muun muassa erilaisten opetustilanteiden, kuten harjoitusten ja teoriaopetuksen rytmittelyllä siten, että harjoitus voidaan esimerkiksi tehdä ennen aiheen teoriasisällön läpikäymistä. Näin uusi teoriatieto ja harjoitusten peilaaminen sitä vasten sekä harjoituksista yhdessä keskusteleminen auttavat opiskelijaa sisäistämään oppimaansa, kun hän voi luoda uuden tai uudelleen järjestellä olemassa olevan skeeman, eli mallin. (Yliniva 2019b; Jyväskylän ammattikorkeakoulu 2019; Jordan ym. 2008, 43-44.)

Osaamisen kehittymistä ja opetukselle asetettuja tavoitteita voidaan tarkastella Bloomin taksonomian avulla (kuvio 1), jossa osaamisen taso on jaettu kuuteen pienemmästä luvusta suurempaan etenevään eri tasoon. Mitä korkeammalla tasolla arvioitavan osaamisen katsotaan

olevan, sitä enemmän se edellyttää taidon omaavalta tiedonkäsittelyä ja opiskelua. Jotta opittuja tietoja ja taitoja on mahdollista hyödyntää uusissa tilanteissa, tulee osaamisen tason niiden kohdalla olla vähintään tasolla 3 (Armstrong 2019; Adams 2015). Tässä opinnäytetyössä Bloomin taksonomia on valikoitunut käytettäväksi osaamisen kehittymisen kuvaamiseksi, sillä se on selkeydeltään ja käytettävyydeltään sopiva havainnollistamaan sen tason, jonka oletetaan tutkimuksen kohteena olevan koulutuksen suorittaneiden henkilöiden saavuttaneen. Jotta henkilö kykenisi itse arvioimaan, kuinka hän osaa hyödyntää oppimaansa käytännössä, tulisi hänen pyrkiä havainnoimaan omaa toimintaansa suorituksen aikana, ja jälkepäin peilata mielikuvaa suoriutumisestaan tavoitteisiin. Itsearvioinnin luotettavuuteen saattaa kuitenkin vaikuttaa heikentävästi itse suorituksen muistia kuormittava vaikutus, joka saattaa vaikeuttaa sen mieleen palauttamista jälkepäin. Arvioinnin tarkkuuden on todettu taasen olevan parempaa, jos henkilöllä on aiheesta jo aikaisempaa tietoa. (Kostons, van Gog & Paas 2012.)

”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksessa osallistuja osoittaa koulutuksen päätteeksi osaamisensa suorittamalla kirjallisen lopputestin, jossa osallistujalta kysytään muun muassa omaan toimintaan, fyysisiin interventioihin sekä kriisitilanteisiin liittyviä kysymyksiä (CPI 2015, 67-68). Koulutuksen aikana kouluttaja suorittaa arviointia jatkuvasti, esimerkiksi seuraamalla aktiivisesti osallistujien toimintaa ja pyytämällä osallistujia esittämään kaksipäiväisen koulutuksen ensimmäisenä päivänä oppimiaan taitoja koulutuksen toisena päivänä, mikä mahdollistaa osallistujien osaamisen arvioinnin. Koulutuksen päätteeksi ja hyväksytyin lopputestin suoritettuaan osallistuja saa henkilökohtaisen todistuksen suorittamastaan koulutuksesta. (Yliniva 2019b; CPI 2015, 67.)



Kuvio 1: Bloomin taksonomia (mukaillen Armstrong 2019)

5 ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus

Haasteelliset tilanteet vanhustyössä -koulutus perustuu Crisis Prevention Instituten (jäljempänä CPI) kehittämään Dementia Capable Care -koulutukseen (jäljempänä DCC) (Yliniva 2018a; CPI 2018a; Suomen mapa® keskus 2019a). Haasteelliset tilanteet vanhustyössä -koulutuksen pohjalla on DCC -koulutuksen lisäksi myös MAPA® Perusteet -koulutus, joista yhdessä on muodostettu koulutuksen suomenkielinen sovellus (Yliniva 2018b, 188, 190-191). MAPA tulee sanoista *Management of Actual or Potential Aggression*, mikä on suomennettu haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisyksi ja hallinnaksi (Suomen mapa® keskus 2019a). MAPA® Perusteet -koulutuksen tarkoituksena on tarjota koulutukseen osallistujille valmiudet toimia

tilanteissa, joissa heihin itseensä tai muihin henkilöihin kohdistetaan väkivaltaa tai aggressiivista taikka häiritsevää käytöstä, sekä toimia liennyttävästi ja pyrkiä ennaltaehkäisemään tällaisen käytöksen esiintymistä. (CPI 2015, 1; Suomen mapa® keskus 2019b.). DCC-koulutus taa- sen on suunnattu dementoivista muistisairauksista kärsivien potilaiden hoitotyötä toteutta- ville. Heidän tarpeisiinsa vastaamaan onkin sisällytetty DCC-koulutuksesta Haasteelliset tilan- teet vanhustyössä -koulutukseen muun muassa yksilökeskeinen työote dementoituneen hoito- työssä sekä useita ryhmätehtäviä (Yliniva 2018b, 190-192; Suomen mapa® keskus 2019a.). Kaikissa CPI:n hallinnoimissa MAPA®-koulutuksissa toimintaa ohjaavat arvot ovat ”Care, Wel- fare, Safety and SecuritySM” jotka on suomennettu *Huolenpidoksi, hyvinvoinniksi, suojaa- miseksi ja turvallisuudeksi* (CPI 2018b; CPI 2015, 2). Näitä koulutusta ohjaavia arvoja tarkas- tellaan Haasteelliset tilanteet vanhustyössä -koulutuksessa toimintakykylähtöisestä näkökul- masta, tarkoituksena tukea potilaiden positiivista käyttäytymistä vahvistamalla heidän jäljellä olevaa toimintakykyään (Yliniva 2018b, 190-191; Suomen mapa® keskus 2017).

Positiivisen käyttäytymisen tukeminen eli PBS (Positive Behaviour Support) on hoidettavan henkilön elämänlaadun parantamiseen tähtäävä menetelmäkokonaisuus. Sen perustana on kunnioittava ja henkilökeskeinen yhteistyösuhde, jossa hoidettavat henkilöt nähdään yksilöinä omine kykyineen, tarpeineen, vahvuuksineen ja toiveineen. (CPI 2015, 47; Department of Health 2014, 20; Suomen mapa® keskus 2017.) PBS:ssa pyritään haasteellisen käyttäytymisen vähentämiseen neljään tukivaiheeseen jaetuilla interventioilla. Niillä pyritään sekä ennalta- ehkäisemään haasteellista käyttäytymistä, että reagoimaan siihen niin, että kriisiytyneessä tilanteessa toimitaan turvallisesti ja vähiten rajoittavia keinoja käyttäen. Rajoittavien keino- jen tulee myös aina olla viimesijaisia. (CPI 2015, 47-28; Department of Health 2014, 20-21.)

Haasteelliset tilanteet vanhustyössä -koulutuksessa on kiinnitetty erityistä huomiota ikäänty- neiden hoidettavien turvallisuuteen fyysisten interventioiden osalta, minkä vuoksi siihen ei ole sisällytetty MAPA® Perusteet -koulutukseen sisältyviä korkean riskin otteita. MAPA® Pe- rusteet -koulutuksen ja ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen toteutuksessa on arvioitu ja huomioitu otteiden riskit niin, etteivät ne aiheuta vaaraa rajoituksen kohteille. (Yliniva 2018b, 190-191; Yliniva 2019a.) Tämän voidaan katsoa olevan perusteltu valinta, sillä esimerkiksi ikääntyneiden kohdalla luiden heikentynyt lujuus sekä sitä myötä kohonnut alttius murtumille yhdessä lisääntyneen kaatumisalttiuden kanssa (Tilvis 2016a, 302; Tilvis 2016b, 334) voidaan nähdä riskejä lisäävinä tekijöinä.

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää erään suomalaisen kaupungin vanhusten avo- palveluissa työskentelevien osallistuneiden kokemuksia ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksesta ja sen sovellettavuudesta käytännön työhön. Vastaavan kaltaiseen kotimaiseen ryhmään kohdistunut tutkimus osallistuneiden kokemuksista kyseisestä koulutuksesta on tehty

myös aiemmin Ylinivan (2018b, 187-199) toimesta, mutta tuolloin aineisto on pohjautunut koulutusten loppupalautteeseen. Opinnäytetyön yhteys edellä mainittuun tutkimukseen oli selviö, sillä tutkimus täydensi aikaisemmassa tutkimuksessa saatua tietoa antamalla loppupalautteiden lisäksi kuvan siitä, kuinka osallistuneet ovat kokeneet koulutuksen soveltuneen heidän työhönsä ja missä määrin he mahdollisesti ovat soveltaneet saamiaan oppeja koulutuksen jälkeen.

Aikaisemmat MAPA®-koulutuksen käyneille tehdyt kyselyt eivät ole ajallisesti ulottuneet näin pitkälle koulutuksesta, joten tällä tutkimuksella saatiin ensimmäistä kertaa muodostettua käsitys siitä, ovatko osallistuneiden kokemukset mahdollisesti muuttuneet koulutuksen päättymisen ja tämän tutkimuksen välisenä aikana. Tämä tutkimuskysymys on mielenkiintoinen erityisesti siksi, että MAPA®-koulutusten päätteeksi tehdyt kyselyt ovat ajoittuneet tehtäviksi viimeisen koulutuspäivän päätteeksi. Jo alusta alkaen heräsikin kysymys, voisivatko kyselyyn vastaavat mahdollisesti suhtautua kyselyyn vähemmän keskittyneesti, tietäen koulutuksen sen jälkeen päättyvän. Myös kysymys siitä, kuinka koulutusta on käytännön työssä mahdollisesti sovellettu, antoi tarkemman kuvan siitä, kuinka koulutuksen lopussa annetut näkemykset omasta koulutusohjelman myötä saavutetusta osaamisesta eroavat tässä myöhemmin tehdyssä kyselyssä, kun opittua on jo mahdollisesti päästy käytännössä soveltamaan.

Kyseessä on koulutuksen järjestäjän näkökulmasta tärkeä tutkimus, sillä kyseinen koulutusmalli on varsin uusi, ja sitä on toteutettu Suomessa vasta vuoden 2017 syksystä lähtien. Tutkimuksen osallistujille järjestetyt koulutukset toteutettiin kuudessa ryhmässä loppuvuoden 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana. Opinnäytetyö antaa koulutuksen järjestäjälle tietoa siitä, millaisena Dementia Capable Care -koulutuksen suomenkielinen sovellus ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutus koetaan nyt verrattuna koulutuksen päätteeksi annettuun palautteeseen. Opinnäytetyön tavoitteena oli tukea ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen kehittämistä ja koulutuksen laadun arvioimista. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa tutkimusnäyttöä koulutuksen hyödyllisyyden arvioimiseksi ja muodostaa käsitys siitä, kuinka koulutuksen suorittaneet ovat kokeneet sen soveltuneen käytännön työhönsä. Se tarjosi myös mahdollisuuden vertailuun vastaavalle otokselle tehdyn Ylinivan (2018b 192-193) tutkimuksen kanssa.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?
2. Ovatko osallistujat soveltaneet koulutuksessa oppimaansa käytännön työssä, ja mikä on heidän näkemyksensä sen sovellettavuudesta?

7 Kvantitatiivinen tutkimus

Tässä opinnäytetyössä käytettiin päätutkimusmenetelmänä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä mitataan mitattavien ominaisuuksien välisiä eroja ja suhteita. Mitattavalla ominaisuudella tässä yhteydessä tarkoitetaan esimerkiksi henkilöä koskevaa asiaa, toimintaa tai ominaisuutta. (Vilka 2007, 13, 26.)

Kvantitatiivisessa tutkimusmenetelmässä käsitellään tutkimuksessa tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia numeroiden avulla. Tutkimukseen liittyvä tieto kerätään numeerisesti, ja mahdollinen laadullinen tutkimustieto muutetaan numeerisesti mitattavaan muotoon. Tutkimuksen numerotieto tulkitaan, minkä jälkeen se selitetään sanallisesti. (Vilka 2007, 14.)

Tutkimus toteutettiin käyttämällä kyselylomaketta tutkimusaineiston keräämiseen. Kyselyssä kysyttiin kaikilta siihen osallistuvilta täysin samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kyselylomaketta voidaan käyttää tutkittaessa henkilön ominaisuuksia, käyttäytymistä, mielipiteitä ja asenteita. (Vilka 2007, 17, 28.) Kyselyä voidaan myös käyttää tutkittavien henkilöiden tietojen, arvojen ja mielipiteiden tutkimisessa (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 192).

Vilkan (2007, 78) mukaan laadukkaan ja luotettavan kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimmät vaiheet ovat kyselylomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja lomakkeen testaaminen. Tässä opinnäytetyössä tutkimusta varten laadittu kysely testattiin ennen kuin se lähetettiin sähköpostitse tutkimukseen osallistuville henkilöille heidän esimiehensä kautta. Testauksen tarkoituksena oli muun muassa arvioida mittarin toimivuutta suhteessa tutkimuskysymyksiin, vastausohjeiden selkeyttä ja kysymysten täsmällisyyttä sekä kykyä mitata asiaa, jota oltiin mittaamassa. (Vilka 2007, 78.) Testaus suoritettiin valikoidulle noin neljän hengen ryhmälle, joka antoi kyselylomakkeesta suullisen palautteen tutkimuksen suorittajille. Palautteen perusteella tehtyjen muutosten jälkeen lomake testattiin vielä uudelleen alkuperäisellä testiryhmällä.

Tämän opinnäytetyön kvantitatiiviseen tutkimukseen liittyvässä kyselylomakkeessa käytettiin mittarina Likertin järjestysasteikkoa sekä lisäksi yhtä avointa kysymystä, johon kyselyyn osallistuva pystyi vastaamaan vapaasti. Näin pyrittiin Vilkan (2007, 68) mukaan saamaan tutkittavilta myös spontaaneja mielipiteitä. Tämän nähtiin mahdollistavan sellaisten asioiden esiin saamisen vastauksissa, joita rajatut kysymykset eivät välttämättä toisi tietoon. Likertin järjestysasteikko on käytössä varsinkin kyselyissä, joissa kysymykset ovat esitetty mielipiteen muodossa. Asteikossa käytetään janaa, jonka keskimmäisestä arvosta katsottuna vastakkaiset suunnat edustavat ääripäitä siinä, kuinka samaa tai eri mieltä vastaaja on esitetystä kysymyksestä. (Vilka 2007, 46; Hirsjärvi ym. 2007, 195.)

Käytetty kyselylomake (liite I) sisältää yhteensä 10 väittämää, joista väittämät 2–6 on mukailtu MAPA® Osallistujan työkirjaan (CPI 2015, 67) sisältyvästä, koulutuksen päätteeksi täytettävästä itsearviointi- ja loppupalautelomakkeesta jäljempänä olevan esimerkin mukaisesti (kuvio 2). Vastaaminen kyseisiin väittämiin toteutettiin esikuvansa mukaisesti 5-portaisella Likertin asteikolla. Väittämät on mukailtu tutkimuslomakkeelle muuttamalla kysymysten asetelua siten, että aikaisemmin kysytyt uskon omasta osaamisesta perustuvat väittämät on muutettu aikamuodoltaan presensistä imperfektiin, selventämällä joitakin sanamuotoja (*esimerkiksi non-verbaaliset tekniikat muotoon sanattomat keinot*) ja muuntamalla kysymyksiä koskemaan muistisairaita asiakkaita. Näillä väittämillä haettiin tutkittavilta vastausta siihen, että vastaavatko aikaisempaan vastaavaan koulutukseen osallistuneiden loppupalautteissa annetut ja tässä tutkimuksessa saadut vastaukset toisiaan, eli onko koulutuksen päätteessä koettu usko omiin kykyihin toimia opitulla tavalla toteutunut tutkittavien kokemusten mukaan myös käytännössä. Väittämien tarkoituksena olikin saada vastaus tutkimuskysymyksen ”*Milaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?*”

Alkuperäinen väittämä (CPI 2015, 67)	Mukailtu väittämä (liite I)
<p><i>Tämän koulutusohjelman suoritettuani uskon osaavani:</i></p> <p><i>Luoda hoidollisen yhteyden aggressiiviseen henkilöön kriisitilanteen jälkeen</i></p>	<p><i>Olen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen</i></p>

Kuvio 2: Esimerkki koulutuksen päätteeksi käytettyjen väittämien mukauttamisesta

Väittämä 1 on kyselylomakkeen ainoa väittämä, jossa ei kysyty tutkittavien suorittamasta ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksesta, vaan mahdollisista aikaisemmista MAPA®-koulutuksista, joihin tutkittavat ovat saattaneet osallistua. Väittämä on esitetty vain kahden mahdollisen ja toisensa kumoavan vastausmahdollisuuden vuoksi dikotomisena monivalintakysymyksenä, jossa tutkittava ilmoittaa, onko hän vai eikö ole osallistunut MAPA®-koulutuksiin ennen ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutusta (Heikkilä 2014, 49). Sen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, onko tuloksiin mahdollisesti vaikuttamassa myös muita MAPA®-koulutuksia.

Väittämällä 7–10 haettiin vastausta toiseen tutkimuskysymyksistä: ”*Ovatko osallistujat soveltaneet koulutuksessa oppimaansa käytännön työssä, ja mikä on heidän näkemyksensä sen sovellettavuudesta?*” Niillä oli tarkoituksena saada selville tutkittavien mielipiteitä siitä, onko

suoritettu koulutus tehnyt haasteellisten tilanteiden lähestymisen helpommaksi, ovatko tutkittavat kyenneet soveltamaan koulutuksessa oppimiaan tietoja ja taitoja sekä sitä, että koe-taanko suoritettu koulutus työn kannalta hyödylliseksi ja suositeltavaksi kollegoille.

Lisäksi kyselylomake sisälsi yhden avoimen kysymyksen, johon tutkittava pystyi vastaamaan vapaasti ja kertomaan mieleensä nousseista ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutukseen liittyvistä asioista. Tässä opinnäytetyössä olisi käytetty teorialähtöistä sisällönanalyysia kyseisellä kysymyksellä saatujen vastausten analysointiin, jos sillä olisi saatu laadullisen tarkastelun mahdollistava riittävä aineisto. Teorialähtöisellä eli deduktiivisella sisällönanalyysilla tarkoitetaan, että aineiston analysointi tapahtuu nimensä mukaisesti teorialähtöisesti, eli se ohjautuu aiemmasta jo laaditusta teoriasta tai valmiista mallista käsin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 110).

7.1 Aineiston keruu

Tutkimuksen otoksena olivat muutamaa henkilöä lukuun ottamatta kaikki erään suomalaisen kaupungin julkisissa avopalveluissa työskentelevät henkilöt, otokseen kuuluneiden lukumäärän oltua siten yhteensä 81. Otoksen henkilöt olivat osallistuneet ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksiin loppuvuoden 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana.

Perusjoukolla tarkoitetaan ryhmää, josta tutkimuksessa tehdään havaintoja. Se koostuu havaintoyksiköistä, joista tehdyillä päätelmillä pyritään saamaan vastauksia tutkimuskysymykseen. (Vilka 2007, 51; Tilastokeskus 2019; KvantiMOTV 2003.) Tutkimus toteutettiin kokonais-tutkimuksena, eli tutkimus kohdistui kaikkiin 81 henkilöön, jotka olivat osallistuneet edellä mainittuihin koulutuksiin. Kokonaistutkimusta voidaan perustella perusjoukon koolla, sillä otoksen tulisi sisältää vähintään 50 tilastoyksikköä. Näin ollen otoskoko oli yli 50 % perusjoukon havaintoyksiköiden määrästä, mikä puolsi kokonaistutkimusta otannan sijaan. (Heikkilä 2014, 42; Vilka 2007, 52.) Kokonaistutkimus nähtiin välttämättömäksi myös tutkimuskysymyksen ”*Millaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?*” vuoksi, jotta otoskoko olisi ollut mahdollisimman lähellä vertailuna käytettävää vastaavaa koulutusta. Vertailun kohteena olevassa, tätä opinnäytetyötä edeltäneessä Ylinivan (2018b, 188) tutkimuksessa oli analysoitu loppupalautteet kaikilta 76 koulutukseen osallistuneilta henkilöiltä, jotka olivat vastanneet koulutusten päättyessä toteutettuihin loppukyselyihin.

Kyselylomakkeen lähettämisen yhteydessä tutkimusjoukolle lähetettiin myös saatekirje (liite 2), joka sisälsi tietoa tutkimuksesta. Saatekirjeen perusteella vastaaja sai tietoonsa, mihin hänen mahdollisesti antamia tietoja aiottiin käyttää. Vastaaja pystyi myös päättämään saatekirjeestä saadun informaation perusteella osallistumisestaan tutkimukseen. (Vilka 2007, 81, 88.) Kyselylomakkeen internetosoite ja saatekirje toimitettiin tutkittaville heidän työnantajansa kautta sähköpostitse.

7.2 Aineiston analysointi

Saatu tutkimusaineisto analysoitiin suljettujen väittämien osalta kuvailevalla tilastoanalyysillä IBM® SPSS®-ohjelmistoa hyödyntäen, ja se esitettiin jakaumineen yksittäin taulukkomuodossa sekä tulkittiin ja selitettiin lisäksi sanallisesti. Kuvaileva tilastoanalyysi on määritelmällisesti saadun tutkimusaineiston ominaisuuksien eli muuttujien arvojen esittämistä tiivistetyssä muodossa ja perusjoukkoon yleistämättä (Jarman 2013, 168; Vilka 2007, 174). Väittämien 2–6 tulokset ja niistä saadut keskiarvot esitettiin 1. tutkimuskysymyksen, ”*Millaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?*” tarkastelun vuoksi rinnakkain vertailun kohteena olevien Ylinivan (2018b, 193) tutkimustulosten kanssa.

Koska kyselyn avoimeen kysymykseen saatiin vain muutama vastaus (3 kappaletta), tehtiin niistä sisällönanalyysin sijaan yksinkertainen kirjallinen kuvaus. Sisällönanalyysi olisi menetelmänä ollut vastausten määrään ja laatuun nähden epätarkoituksenmukainen, mutta vastausten määrä puolsi kuitenkin niiden esittelemistä osana tuloksia.

8 Tulokset

Tutkimuksessa saatu aineisto käytiin läpi IBM® SPSS® Statistics 23 -ohjelmalla. Kyselytutkimukseen osallistui yhteensä 11 vastaajaa 81:stä, eli otoskooksi muodostui 13,6 %, kadon ollessa 86,4 %. Kyselylomake oli avoinna 22.4.2019 – 13.5.2019 välisen ajan, ja internet-linkki siihen toimitettiin suunnitelman mukaisesti koulutuksen osallistuneille heidän esimiehensä toimesta. Vastanneista vain yksi oli osallistunut MAPA®-koulutuksiin ennen ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen suorittamista. Näin ollen aiemmillä MAPA®-koulutuksilla ei voida nähdä olevan vaikutusta tällä tutkimuksella saatuihin tuloksiin.

Vertailtaessa tuloksia Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa saatuihin tuloksiin, on muistettava vastaustilanteiden erilaisuus. Vastajat tässä tutkimuksessa olivat suorittaneet ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen loppuvuoden 2017 ja kevään 2018 välisenä aikana, mikä tarkoittaa heillä olleen mahdollisuus hyödyntää koulutuksessa oppimiaan tietoja ja taitoja sekä arvioida koulutuksen soveltuvuutta heidän työhönsä noin 1-1,5 vuoden ajan ennen tutkimukseen osallistumista. Vertailun kohteena olevan Ylinivan (2018b, 188) tutkimuksen aineisto taas on kerätty samalla lailla toteutettuun koulutukseen osallistuneilta vastaajilta heti kyseisen koulutuksen päättymisen yhteydessä. Näin ollen todellisissa työelämän tilanteissa hyödynnetyn tiedon ja koetellun osaamisen sijaan Ylinivan tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan pitää siihen vastanneiden näkemyksinä heidän oletetuista valmiuksistaan soveltaa oppimaansa työssään koulutuksen jälkeen. Tämä tutkimus pyrkiikin tutkimuskysymyksiensä kautta tuottamaan tietoa juuri siitä, millaisena koulutukseen osallistujat näkevät koulutuksen nyt verrat-

tuna koulutuksen päättyessä annettuihin vastauksiin ja siihen, ovatko he soveltaneet oppimaansa käytännön työssä, ja jos ovat, niin mikä on heidän mielipiteensä sen sovellettavuudesta.

8.1 Tulosten vertailu aikaisempiin vastauksiin

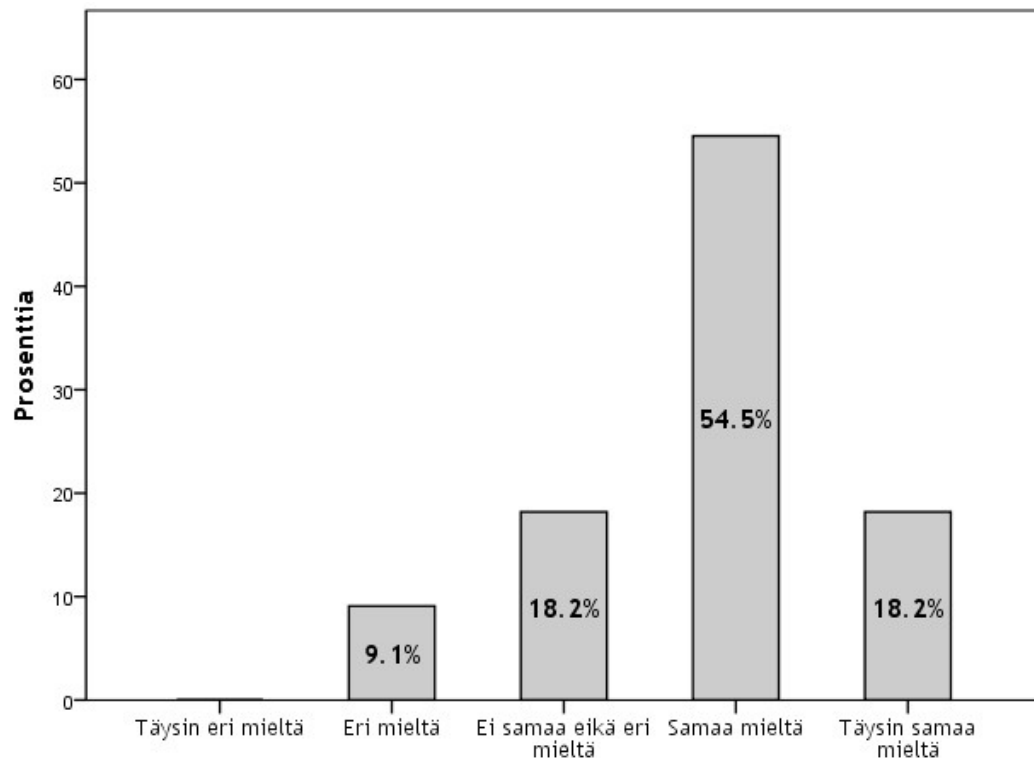
Tulosten keskiarvot kyselylomakkeen väittämistä 2–6 on esitetty alla (Taulukko 1) rinnakkain Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa saatuja tulosten kanssa.

Kyselylomakkeen väittämät 2–6 tässä tutkimuksessa	Vastausten keskiarvo (n=11)	Vertailtavat väittämät Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa	Vastausten keskiarvo (n=76)
2) Olen työssäni pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin	3,8	Osaan käyttää non-verbaalisia tekniikoita riskikäyttäytymisen välttämiseen	4,2
3) Olen pystynyt liennyttämään ongelmatilanteita sanallisesti	3,9	Osaan käyttää verbaalisia liennyttämisstrategioita, kuten esim. rajojen asettamista	4,2
4) Olen koulutuksen jälkeen toteuttanut fyysisiä interventioita MAPA®-periaatteiden mukaisesti	3,9	Osaan hyödyntää fyysisiä interventioita koskevia MAPA®-periaatteita, jotta kriisitilanteessa osallisina olevat välttyvät loukkaantumiselta	4,0
5) Olen käyttänyt fyysisen intervention tekniikoita vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille	3,5	Osaan käyttää turvallisia fyysisiä interventiomenetelmiä viimeisenä vaihtoehtona tilanteissa, joissa henkilö on vaaraksi itselleen tai muille	4,0
6) Olen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen	3,8	Osaan luoda hoidollisen yhteyden aggressiiviseen henkilöön kriisitilanteen jälkeen	4,0

Taulukko 1: Kyselylomakkeen ja Ylinivan tutkimuksen vastaukset keskiarvoineen

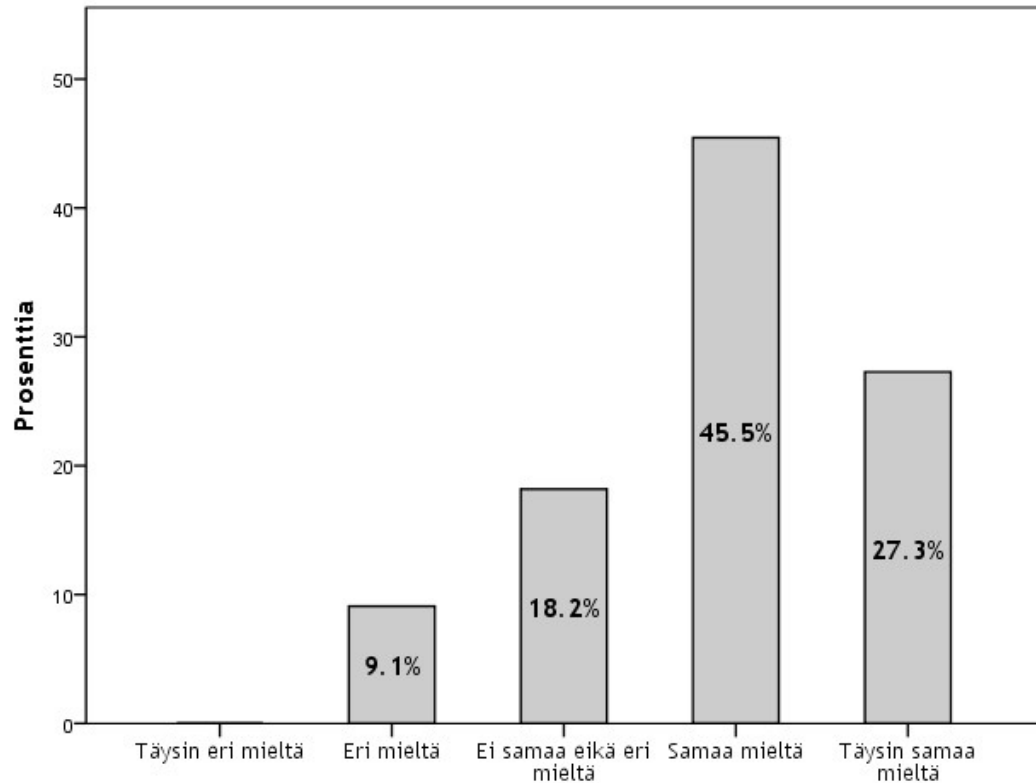
Tuloksista tarkasteltaessa voidaan havaita, että fyysisten interventioiden toteuttamista MAPA®-periaatteita hyödyntäen koskeva väittämä 4 oli vastausten keskiarvoltaan lähimpänä Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa alkuperäisestä väittämästä saatua. Eli tähän väittämään liittyvä koulutuksen päättyessä koettu osaaminen, joka Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa sai keskiarvon 4,0 eli ”samaa mieltä”, näyttää pysyneen lähes samalla tasolla myös koulutuksen jälkeen.

Suurin eroavaisuus tuloksissa näiden tutkimusten välillä havaittiin väittämän 5 kohdalla, joka käsitteli fyysisten interventioiden tekniikoiden käyttämisestä vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille. Lähes yhtä suuri eroavaisuus havaittiin myös väittämän 2 tulosten keskiarvossa, joka käsitteli sitä, onko vastaaja työssään pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin.



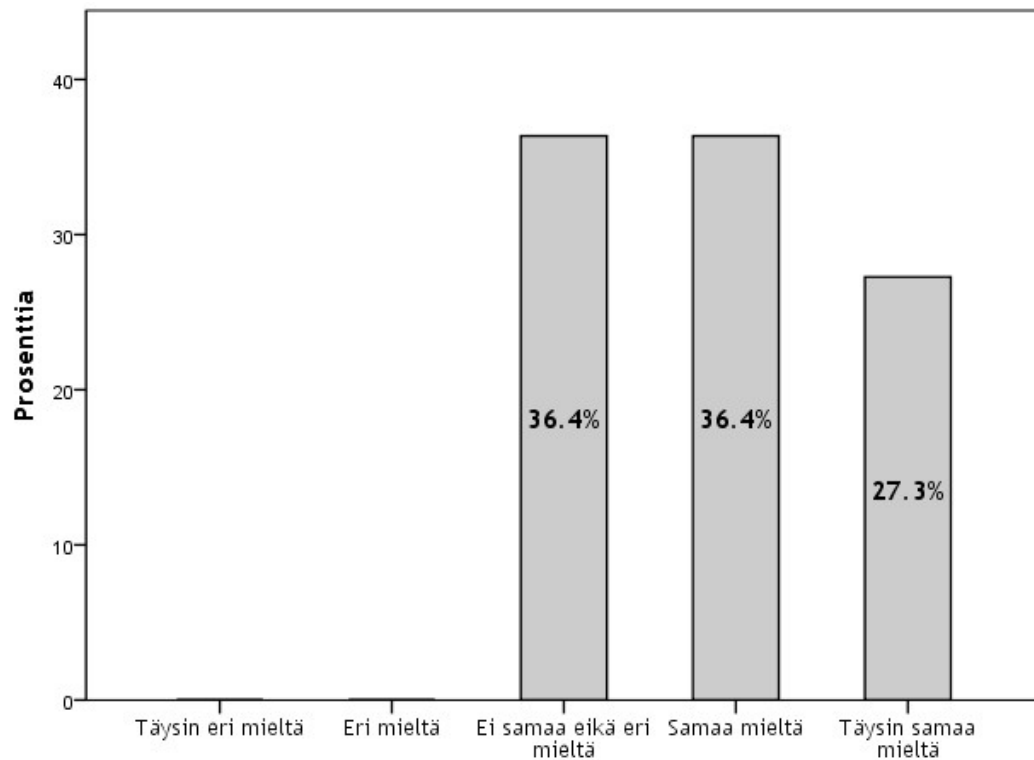
Kuvio 3: Väittämä 2. Olen työssäni pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin

Kuviosta 3 voidaan havaita, että 72,7 % vastanneista oli joko samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä, jonka mukaan vastaaja on työssään pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin. Vastauksen keskiarvoksi saatiin tässä tutkimuksessa 3,8. Vertailun kohteena olevan Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa käytetyn väittämän vastausten keskiarvo oli 4,2. Vastausten perusteella suurin osa MAPA® -koulutukseen osallistuneista on kyennyt sanattomin keinoin välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä. Kuitenkaan 18,2 % tähän tutkimukseen vastanneista ei kokenut olevansa samaa eikä eri mieltä.



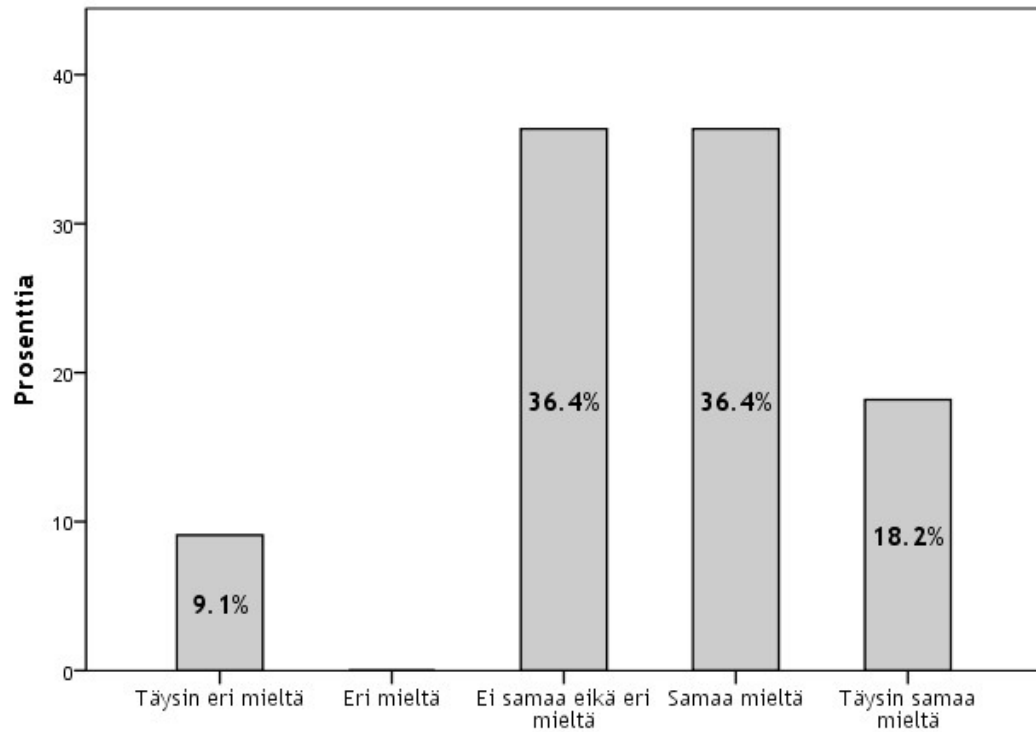
Kuvio 4: Väittämä 3. Olen pystynyt liennyttämään ongelmatilanteita sanallisesti

Väittämästä, jonka mukaan vastaaja on pystynyt liennyttämään ongelmatilanteita sanallisesti, olivat joko samaa tai täysin samaa mieltä yhteensä 72,8 % vastanneista. Samaa mieltä tästä väittämästä oli 45,5 % ja täysin samaa mieltä 27,3 % vastaajista. Vastausten keskiarvoksi saatiin tässä tutkimuksessa 3,9, vertailtavan väittämän (Yliniva 2018b, 193) tulosten keskiarvon ollessa 4,2. Kantaa ottamattomien eli vastausvaihtoehdon 3 valinneiden ja eri mieltä olevien osuudet vastauksissa vastasivat väittämän 2 tuloksia, ollen 18,2 %. Eri mieltä kyvystä ongelmatilanteiden sanalliseen liennyttämiseen vastaajista oli 9,1 %. Täysin eri mieltä ei väittämästä 3 ollut yksikään vastanneista.



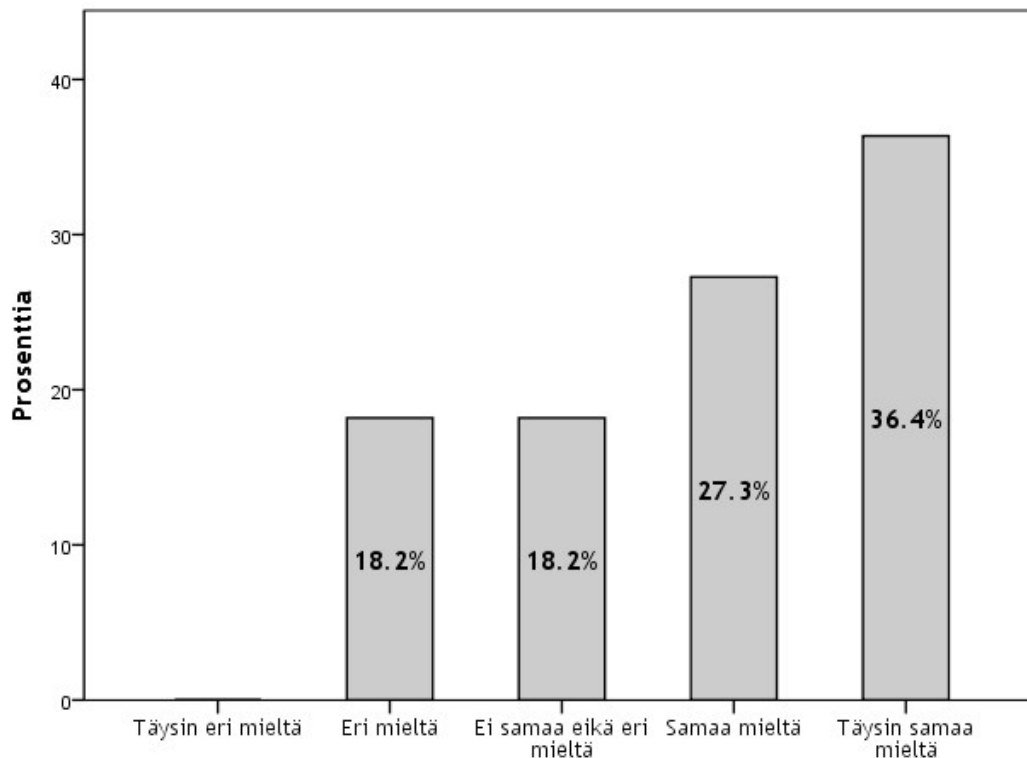
Kuvio 5: Väittämä 4. Olen koulutuksen jälkeen toteuttanut fyysisiä interventioita MAPA® periaatteiden mukaisesti

Väittämän 4 vastauksista (Kuvio 5) havaittiin, että yksikään vastanneista ei ollut eri tai täysin eri mieltä siitä, ovatko he koulutuksen jälkeen toteuttaneet fyysisiä interventioita MAPA® periaatteiden mukaisesti. Kantaa ottamattomia oli vastaajista 36,4 %. Samaa ja täysin samaa mieltä väittämästä 4 olevia oli 63,7 % vastaajista, samaa mieltä olevien osuuden ollessa 36,4 %, eli sen osuus vastauksista oli 9,1 prosenttiyksikköä täysin samaa mieltä olleiden osuutta suurempi.



Kuvio 6: Väittämä 5. Olen käyttänyt fyysisen intervention tekniikoita vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille

Väittämä 5 käsitteli sitä, ovatko vastaajat käyttäneet fyysisen intervention tekniikoita vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille. Kantaa ottamattomien osuus tämän väittämän vastauksista oli 36,4 %, ja täysin eri mieltä oli 9,1 % vastaajista. Samaa ja täysin samaa mieltä kyseisestä väittämästä oli yhteensä 54,6 %, joista samaa mieltä olevien osuus oli 18,2 prosenttiyksikköä suurempi kuin täysin samaa mieltä olevien osuus, joka oli 18,2 % vastauksista.



Kuvio 7: Väittämä 6. Olen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen

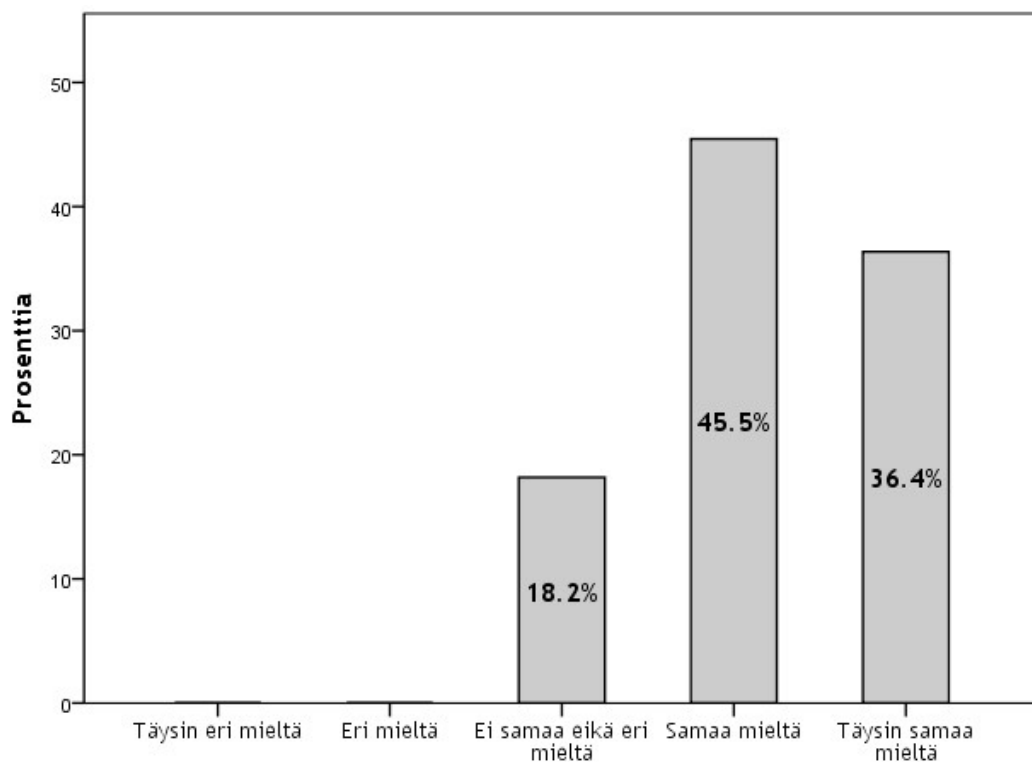
Väittämästä 6, eli siitä, onko vastaaja kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen (Kuvio 7) oli samaa tai täysin samaa mieltä 63,7 % vastaajista. Täysin samaa mieltä tästä väittämästä oli 36,4 % ja samaa mieltä 27,3 % vastaajista. Eri mieltä sekä ei samaa eikä eri mieltä olevien osuudet vastauksista olivat tämän väittämän kohdalla yhtä suuret, eli niiden molempien osuudet olivat 18,2 %.

8.2 Tulokset koulutuksen sovellettavuuden ja työelämän kannalta

Poiketen väittämistä 2–6, jotka mukailtiin MAPA® Osallistujan työkirjasta (CPI 2015, 67) kapaleessa 7 kuvatulla tavalla, laadittiin väittämät 7–10 juuri tätä tutkimusta varten. Näin ollen niillä ei ole yhteyttä aikaisempaan Ylinivan (2018b, 193) tutkimukseen, vaan niiden tarkoituksena oli tuottaa toisen tutkimuskysymyksen kannalta tärkeää tietoa siitä, mikä on tutkimukseen vastanneiden näkemys ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen sovellettavuudesta heidän käytännön työhönsä. Väittämien 7–10 vastauksista saatujen tulosten keskiarvot ovat esitetty alla (taulukko 2).

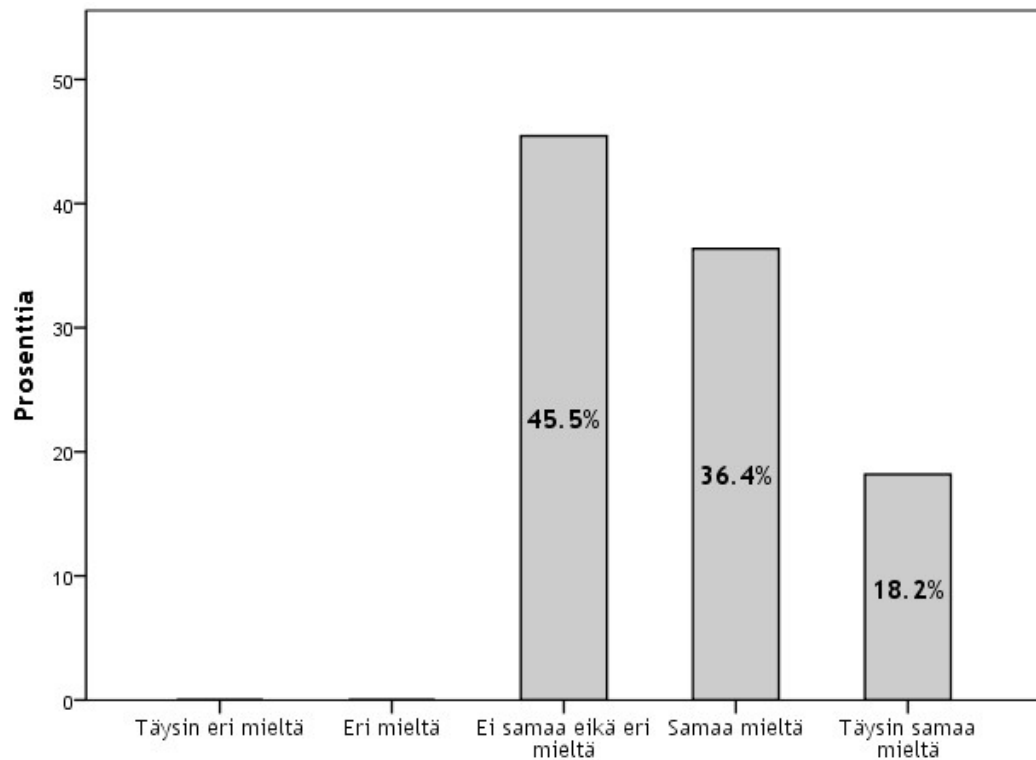
Kyselylomakkeen väittämät 7–10	Vastausten keskiarvo (n=11)
7) Olen pystynyt työssäni soveltamaan MAPA®-koulutuksessa oppimiani taitoja ja tietoja	4,2
8) MAPA®-koulutuksen jälkeen olen kokenut haastavat tilanteet aikaisempaa helpommiksi lähestyä	3,7
9) MAPA®-koulutuksen suorittaminen on ollut hyödyllistä työni kannalta	4,5
10) Suositteaisin MAPA®-koulutusta kollegoilleni	4,5

Taulukko 2: Vastausten keskiarvot väittämistä 7–10



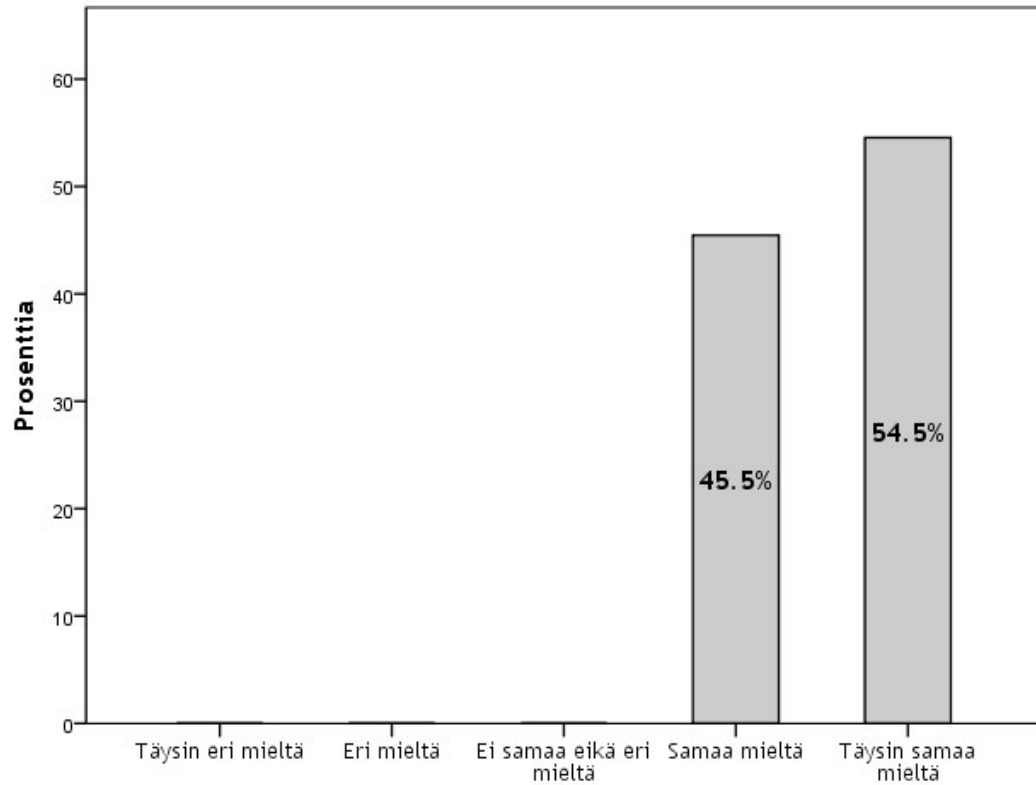
Kuvio 8: Väittämä 7. Olen pystynyt työssäni soveltamaan MAPA®-koulutuksessa oppimiani taitoja ja tietoja

Väittämästä 7, jonka mukaan vastaaja on pystynyt soveltamaan MAPA®-koulutuksessa oppimiaan taitoja ja tietoja oli samaa tai täysin samaa mieltä 81,9 % vastaajista, 18,2 %:n vastatessa olevansa ei samaa eikä eri mieltä.



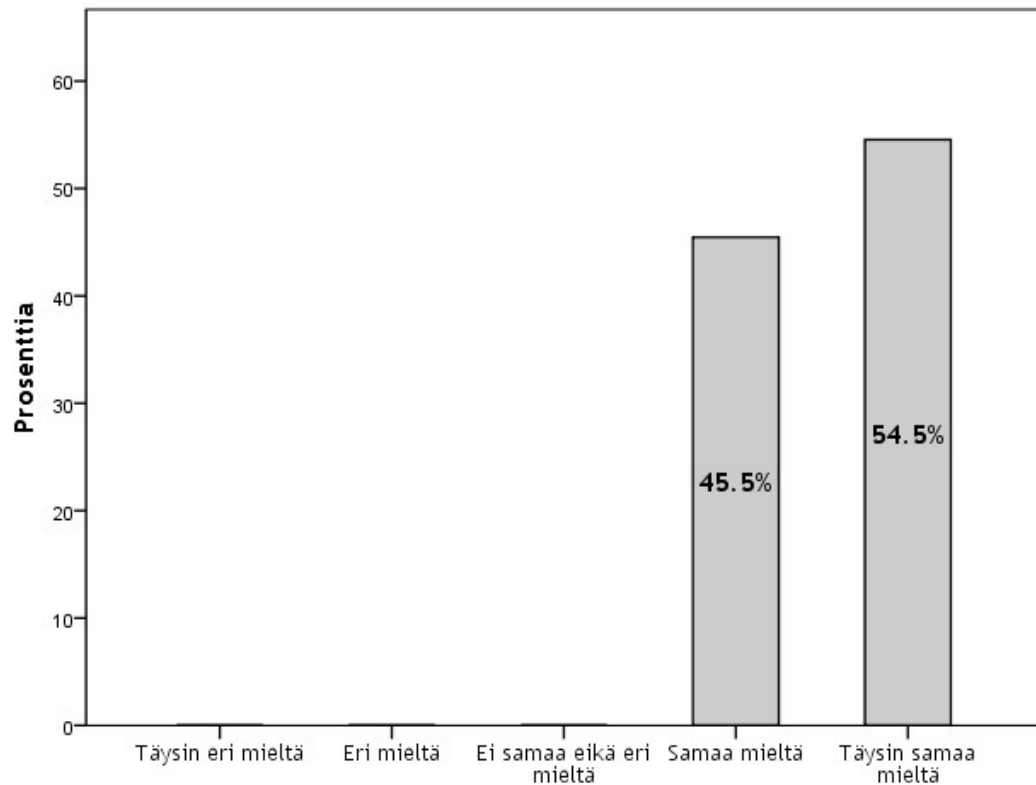
Kuvio 9: Väittämä 8. MAPA®-koulutuksen jälkeen olen kokenut haastavat tilanteet aikaisempaa helpommiksi lähestyä

Väittämään 8 (Kuvio 9), jonka mukaan vastaaja on kokenut haastavat tilanteet aikaisempaa helpommiksi lähestyä MAPA®-koulutuksen jälkeen, oli eniten vastattu vaihtoehto ”ei samaa eikä eri mieltä”, jonka prosenttiosuus vastauksista oli 45,5 %. Samaa tai täysin samaa mieltä väittämästä 8 oli yhteensä 54,6 % vastaajista. Samaa mieltä tästä väittämästä oli 36,4 % ja täysin samaa mieltä 18,2 % vastaajista. Yksikään vastaaja ei ollut eri tai täysin eri mieltä kyseisestä väittämästä.



Kuvio 10: Väittämä 9. MAPA®-koulutuksen suorittaminen on ollut hyödyllistä työni kannalta

Työnsä kannalta hyödyllisenä MAPA®-koulutuksen suorittamista piti jokainen kyselyyn vastanneista, sillä tätä koskevasta väittämästä 9 (Kuvio 10) oli samaa tai täysin samaa mieltä yhteensä 100 % vastaajista, vastausten prosentuaalisen osuuden jakautuessa näiden vaihtoehtojen välillä melko tasan. Enemmistö vastaajista, eli 54,5 %, oli kuitenkin vastannut olevansa täysin samaa mieltä esitetystä väittämästä vaihtoehdon ”samaa mieltä” sijaan. Samaa mieltä tästä väittämästä oli 45,5 % vastaajista.



Kuvio 11: Väittämä 10. Suositteaisin MAPA®-koulutusta kollegoilleni

Väittämän 10 (Kuvio 11) vastausten prosentuaaliset osuudet olivat täysin identtiset väittämän 9 kanssa, samaa mieltä olevien vastausten osuuden ollessa 45,5 % ja täysin samaa mieltä olevien 54,5 %. Yksikään vastaajista ei ollut 10. väittämästä eri mieltä tai valinnut vastausvaihtoehtoa 3, eli ilmaissut olevansa ”ei samaa eikä eri mieltä” kyseisestä väittämästä.

8.3 Avoimet vastaukset

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake tarjosi vastaajille avoimen kysymyksen muodossa mahdollisuuden kertoa vapaasti jostakin mielessään olevasta ”Haasteelliset tilanteet vanhuksityössä” -koulutukseen liittyvästä asiasta, mikäli he näin halusivat. Vastauksia tähän avoimeen kysymykseen tuli kolme kappaletta, ja vastausprosentiksi avoimen kysymyksen kohdalla muodostui siten 27,3 % (n=11).

Vastaukset sisälsivät muun muassa kiitoksia ja terveisten toivotuksia koulutuksen vetäjille. Lisäksi eräs vastaaja tiedusteli muun muassa mahdollisista tulevista koulutuksista. Myös koulutuksen sovellettavuus käytännön työhön sai kiitosta.

”Koulutuksessa tuli opittua hyviä käytännön keinoja ja vinkkejä aggressiivisen asiakkaan kohtaamisessa, joita oli helppo soveltaa arjessa. Suosittelen!” (Tutkimukseen osallistuneen vastaus)

Myös koulutuksen yhteydessä vetäjän toimesta annetut käytännön esimerkit nousivat positiivisesti esille eräässä vastauksessa. Tämä vastaus koski Awanic Oy:n kehittämää HaiPro-työkalua, jota käytetään turvallisuutta vaarantavien tapahtumien raportointiin (Awanic 2019).

9 Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta tulee aina tarkastella hyvään tieteelliseen käytäntöön peilaten, sillä vain sen periaatteiden ja lainsäädännön mukaisesti toteutetun tutkimuksen voidaan katsoa kestävästi eettisen tarkastelun, ja sitä voidaan pitää luotettavana sekä siinä esiteltyjä tuloksia uskottavina. Lainsäädännöstä nousevia tutkimuksen kannalta huomioitavia seikkoja ovat tutkimuksen suorittaminen siten, että siinä toimitaan immateriaalioikeuksia ja yksityisyyttä kunnioittaen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6; Vilkkä 2007, 89-91.) Tässä opinnäytetyössä vastaajien anonymiteetista huolehdittiin toteuttamalla kysely siten, että tutkimuksen toteuttajat eivät saaneet missään tutkimuksen vaiheessa tietoonsa vastaajien henkilöllisyyttä tai muita tietoja, joista vastaajat olisi mahdollista tunnistaa. Tutkimuksessa ei myöskään mainittu kaupunkia, jonka palveluksessa vastaajat työskentelevät, eikä ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen toteutuspaikkoja tai -aikoja.

Hyvään tieteellisen käytäntöön kuuluvia tutkimukselta edellytetyistä periaatteista ovat muun muassa tutkimustyön toteuttaminen ja sillä saatujen tulosten käsittely, esittäminen ja arviointi rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Tutkimusta toteutettaessa on huomioitava myös sen vaikutukset tutkimuksen kohteisiin. Vilkkä (2007, 90-91) on todennut hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti toteutetun tutkimuksen olevan siten toteutettu, ettei se loukkaa tutkimuksen kohteita, josta hän mainitsee esimerkeinä muun muassa mitätöiviä tai tyypitteleviä ilmaisuja käyttäen toteutetun raportoinnin.

Tutkimusta toteutettaessa on pyrittävä välttämään siitä aiheutuvia vahinkoja ja haittoja. Tutkimuseettinen neuvottelukunta eli TENK on eettisestä ennakoarvioinnista ihmistieteissä koskeissa ohjeissaan (2019, 7) maininnut yhdeksi näitä tutkimusaloja koskeviksi eettiseksi osaluueksi vahingoittamisen välttämisen. Vilkkä (2007, 90) on (Walliman 2005, 363) ja (Creswell 2003, 64-65) viitaten todennut kvantitatiivisesta tutkimuksesta seuranneen tutkimuksen kohteena oleville muun muassa mittauksiin kuluneesta ajasta sekä aineiston keräämishetkellä seuranneesta kivusta aiheutunutta vahinkoa. TENK (2019) nostaa ohjeissaan esille tutkittaville mahdollisesti aiheutuvat taloudelliset ja sosiaaliset haitat. Tässä opinnäytetyössä tutkimukseen osallistuville ja heidän työnantajanaan toimivalle kunnalle tutkimukseen osallistumisesta mahdollisesti aiheutuvat haitat pyrittiin minimoimaan mahdollistamalla kyselyyn vastaaminen

vuorokaudenajasta ja paikasta riippumatta toteuttamalla kysely sähköisesti. Näin voitiin varmistaa vastaajien työtehtävien häiriötön jatkuminen, verrattuna esimerkiksi tiettyyn ajankohtaan sijoittuvaan vastaustilanteeseen, joka olisi pakottanut tutkimukseen osallistuvat keskeyttämään muut tehtävänsä vastaamisen ajaksi.

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla eli tutkimuksen toistettavuudella sekä validiteetilla eli sillä, kuinka hyvin tutkimus kykeni mittaamaan sitä, mitä aiottiin mitata. Reliabiliteetissa tutkitaan tutkimuksen mittaukseen liittyviä seikkoja ja tarkkuutta tutkimuksen toteuttamisessa. Reliabiliteettiin vaikuttaa muun muassa vastausprosentti, mittausvirheet sekä otoskoko ja sen laatu. (Vilka 2007, 149-150.) Validiteettia arvioidaan tutkimalla käytetyn asteikon toimivuutta, mittarin epätarkkuuksia, mittarin kysymysten ja vastausvaihtoehtojen sisältöjä sekä muotoiluja ja arvioimalla, miten tutkimuksessa on onnistuttu muuttamaan teoreettiset käsitteet ymmärrettäviksi ja yleiskielisiksi, Vilkan (2007, 150) sanoin arkikieliseksi. Mittarin tulisi perustua tutkimuksen taustalla olevaan teoriaan ja mitata haluttua asiaa. Jotta mittari olisi kykenevä antamaan vastauksia halutusta mittauskohteesta, tulee sen olla samalla ymmärrettävissä samoin, oli lukijana sitten tutkija tai kyselyyn vastaava henkilö. (Vilka 2007, 149-150.) Mittarin ymmärrettävyydestä pyrittiin varmistumaan testaamalla käytettävän lomakkeen testiryhmällä ennen sen saattamista tutkittavien vastattavaksi.

Tämän tutkimuksen reliabiliteettia heikensivät alhaiseksi jäänyt vastausprosentti sekä validiteettia mahdollisesti myös tutkimuslomakkeen kysymyksenasettelu, jonka vuoksi tulosten tulkinta joidenkin väittämien osalta tarjosi useita mahdollisia vaihtoehtoisia selityksiä sille, kuinka vastaaja on valitsemaansa vaihtoehtoon päätenyt. Vaikka kato olikin tässä tutkimuksessa 86,4 %, vastausprosentin jäädessä 13,6 %:iin, tunnistettiin siinä kuitenkin myös tulosten luotettavuutta vahvistavia tekijöitä, kuten otoksen edustavuus (Heikkilä 2014, 178). Kaikkia tutkimuksen perusjoukkoon kuuluneita yhdistivät samat muuttujat, kuten työnantajana toimiva kunta, työskentely kyseisen mainitun kunnan julkisissa avopalveluissa sekä osallistuminen ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksiin. Näin ollen vastaajista muodostunut otosta voitiin suuresta kadosta huolimatta pitää edustavana, sillä vastanneet ja tutkimukseen osallistuneet olivat edellä mainittujen ominaisuuksien suhteen homogeenisiä (KvantiMOTV 2003).

Tulosten luotettavuutta voidaan pitää vahvana 2. tutkimuskysymyksen osalta, jolla pyrittiin mittaamaan sitä, ”*Ovatko osallistujat soveltaneet koulutuksessa oppimaansa käytännön työssä, ja mikä on heidän näkemyksensä sen sovellettavuudesta?*”. Tätä voidaan perustella väittämistä 7, 9 ja 10 saaduilla tuloksilla. Samaa tai täysin samaa mieltä olevien vastausten osuudet jakautuivat näiden väittämien kohdalla yhteensä siten, että 87,9 % vastaajista on pystynyt soveltamaan koulutuksessa oppimiaan taitoja ja tietoja käytännön työssään ja 100 % on kokenut koulutuksen suorittamisen työnsä kannalta hyödylliseksi sekä suosittelisi sitä myös

kollegoilleen. On yleisen elämäkokemuksen perusteella selvää, ettei kukaan suosittelisi kollegoilleen työhön liittyvää koulutusta, jos pitäisi sitä hyödyttömänä. Samoin on pääteltävissä, että mikäli yksilö kokee määrätyn koulutuksen työnsä kannalta hyödylliseksi, on hän selvästi oppinut sellaisia uusia tietoja, taitoja tai molempia, jotka hän näkee työhönsä soveltuviksi. Näin ollen voidaan todeta tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen väittämien olleen selvästi 2. tutkimuskysymyksen osalta valideja sekä myös reliaabeleja, sillä edellä mainitun perusteella voidaan väittää 10 pitää väittämän 9 kontrollikysymyksenä. Siten voidaan päätellä, että näiden väittämien tulokset eivät perustu sattumaan. (Heikkilä 2004, 177-178.)

Jälkeenpäin tarkasteltuna validiteettiin saattoivat koko tutkimuksen osalta vaikuttaa heikentävästi sängen lyhyeksi jäänyt vastausaika sekä vain kertaalleen tarjottu mahdollisuus vastaamiseen. Ei siis voida sulkea pois sitä mahdollisuutta, että osa vastaamatta jättäneistä olisi pidemmän vastausajan puitteissa tai muistutusviestinnän motivoimana saattanut osallistua tutkimukseen. Käytetty mittari valikoitui MAPA® Osallistujan työkirjaan (CPI 2015, 67) sisältyvästä kyselylomakkeesta Ylinivan (2018b, 193) tutkimuksessa saatujen tulosten vertailun mahdollistamiseksi. Tässä tutkimuksessa väittämät mukailtiin tähän tutkimukseen sanamuodoltaan ajallisesti sopiviksi. Näiden lisäksi osa tässä tutkimuksessa käytetyistä väittämistä oli laadittu nimenomaisesti tätä tutkimusta varten.

Vaikka mittarin ymmärrettävyydestä pyrittiinkin edellisessä kappaleessa mainitun mukaisesti varmistumaan ennen sen saattamista tutkittaville, ei jo aiemmin mainittuja kysymyksenasettelun mahdollisia ongelmia tuolloin havaittu. Ensimmäinen tutkimuskysymys, *”Millaisena osallistujat näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen verrattuna aikaisemmista loppupalautteista saatuihin tuloksiin?”* kuitenkin nimenomaisesti puolsi tämän MAPA® Osallistujan työkirjasta (CPI 2015, 67) mukailun strukturoidun mittarin käyttöä. Siten esimerkiksi ajatus haastattelumenetelmän käyttämisestä torjuttiin jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Näin säilytettiin tutkimuksen tarkoituksen ja sille asetetun ensimmäisen tutkimuskysymyksen kannalta tärkeä mahdollisuus verrata nyt saatuja tuloksia Ylinivan (2018b, 193) aikaisemmin saamiin tuloksiin.

10 Pohdinta ja johtopäätökset

Tuloksista voitiin havaita, että vastaajat ovat kokeneet ongelmatilanteiden sanalliseen liennyttämiseen liittyvän osaamisensa hieman vahvemmaksi kuin muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymisen sanattomin keinoin tapahtuvaan välttämiseen. Vastaajat olivat prosentuaalisesti eniten eri mieltä kykeneväisyydestä hoidollisen yhteyden luomisesta aggressiiviseen asiakkaaseen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen. On tietysti myös mahdollista, että vastaajat eivät ole kohdanneet edellä mainitun kaltaisia tilanteita, mikä voisi myös selittää kantaa ottamattomien osuutta tätä käsittelevän väittämän tuloksissa.

Tuloksista tehtiin mielenkiintoinen havainto koskien vastausvaihtoehdon 3 (ei samaa eikä eri mieltä) esiintyvyydestä lähes kaikkien väittämien yhteydessä. Poikkeuksen tästä tekivät väittämät 9 ja 10, jotka käsittelivät MAPA®-koulutuksen hyödyllisyyttä työn kannalta sekä vastaajien halukkuutta suositella MAPA®-koulutusta kollegoilleen. Kyseinen vastausvaihtoehdo oli myös joidenkin väittämien kohdalla johtopäätösten tekemisen kannalta mielenkiintoinen, joskin se myös pakotti pohtimaan kysymyksenasettelun mahdollista ongelmallisuutta. Tämä näyttäytyi erityisesti fyysisiä interventioita koskevissa väittämässä, ja jälkepäin tarkasteltuna voitiinkin havaita, että muodostui käytännössä mahdottomaksi varmuudella saada tietoa siitä, ovatko kaikki vastaajat tällaisia interventiotekniikoita ylipäätään käyttäneet. Kysymyksenasettelun mahdollinen ongelmallisuus näyttäytyi erityisesti analysoitaessa väittämän 5 tuloksia, joka käsitteli fyysisten interventioiden tekniikoiden käyttämistä vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet, ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille. Tämän väittämän yhteydessä havaittiin suurin eroavaisuus vastausten keskiarvossa Ylinivan (2018b, 193) tutkimukseen verrattaessa. Neljäs väittäjä oli toinen fyysisiä interventioita käsittelevistä väittämistä, ja se käsitteli fyysisten interventioiden toteuttamista MAPA®-periaatteiden mukaisesti. Nämä olivat yhdessä ongelmatilanteiden sanallista liennyttämistä käsittelevän kolmannen väittämän kanssa tuloksiltaan tämän tutkimuksen suurimmat.

Tätä ja Ylinivan (2018b, 193) tutkimusta tarkasteltaessa havaittiin, että vastausten keskiarvot eivät huomattavasti poikenneet toisistaan, eikä yksikään tähän tutkimukseen vastanneista ollut eri mieltä siitä, ovatko he pystyneet soveltamaan koulutuksessa oppimia tietoja ja taitoja käytännön työssään. Sen, että yksikään vastanneista ei ollut eri tai täysin eri mieltä koulutuksessa opittujen tietojen ja taitojen soveltamiseen pystymistä käsittelevästä väittämästä, voidaan ajatella vahvistavan oletusta ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen sovellettavuudesta käytännön työhön. Toisaalta väittämän tuloksissa havaittu ei samaa eikä eri mieltä olevien 18,2 %:n osuus antaisi ymmärtää, että koulutuksen sisältöä ei välttämättä ole kaikissa työtehtävissä tai -olosuhteissa pystytty soveltamaan, tai sitä ei ole vaihtoehtoisesti osattu erottaa arkisesta käytännön hoitotyöstä. Tämä selittäisi mahdollisesti myös sen, miksi yhteensä 100 % vastaajista oli samaa tai täysin samaa mieltä niin koulutuksen suorittamisen hyödyllisyydestä työnsä kannalta, kuin myös suosittelisi sitä kollegoilleen.

Tämän tutkimuksen toteuttamista edeltävästi oletettiin, että ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutukseen osallistuneet ovat saavuttaneet Bloomin taksoniassa (kuvio 1) tason 3, eli kyvyn soveltaa opittuja tietoja ja taitoja uusissa tilanteissa. Armstrongin (2019) mukaan tähän kolmanteen tasoon sisältyy muun muassa kyky käyttää, toteuttaa, ratkaista, havainnollistaa ja tulkita. Tässä opinnäytetyössä toteutetun kyselyn vastausten perusteella voidaan todeta, että valtaosa tutkimukseen osallistuneista on mielestään toteuttanut oppimaansa esimerkiksi toteuttamalla fyysisten interventioiden menetelmiä MAPA®-periaatteiden mukaisesti ja vasta silloin, kun muut menetelmät ovat olleen tilanteeseen nähden riittämättömiä. Tutkittavien saman mielisyyden koulutuksen hyödyllisyyteen liittyvästä väittämästä vahvistaneen

edelleen oletusta siitä, että opittua on käytännössä kyetty soveltamaan. Näin ollen lähtöoletuksen koulutuksen myötä saavutetusta tasosta 3 voidaan arvioida tulleen vahvistetuksi, sillä osallistuneet ovat kyenneet soveltamaan oppimaansa uusissa tilanteissa (Adams 2015).

Kahdessa edellisessä kappaleessa ja 9. luvussa aikaisemmin esitetyn pohdinnan perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että tähän tutkimukseen osallistuneet näkevät ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutuksen soveltuvan käytännön työhönsä ja selvä enemmistö osallistuneista on myös kyennyt soveltamaan koulutuksessa oppimaansa käytännössä. Koulutuksen päättymisen ja tämän tutkimuksen välisen 1-1,5 vuoden pituisen ajanjakson voidaan ajatella tukevan tätä johtopäätöstä. Osallistuneilla on nimittäin vasta sen päättymisen jälkeen ollut mahdollisuus tarkastella esimerkiksi vanhustyössä kohtaamiaan haasteellisia tilanteita koulutuksessa opitun uuden tiedon ja käytännön tilanteista saadun kokemuksen myötä uudelleenjärjestyneen skeeman kautta. Skeemat ovat MAPA®-koulutuksessa perustana olevan kognitiivisen oppimiskäsityksen mukaisia tiedonjärjestelyn malleja, joiden kautta erilaiset ilmiöt, tilanteet tai henkilöt hahmotetaan. Koska skeemat muodostuvat ja myös kehittyvät toistuvista kokemuksista, voidaan tämän tutkimuksen ja koulutuksen välillä kuluneen ajan ajatella vaikuttaneen vastauksiin siten, että koulutuksen yhteydessä omista kyvyistä muodostuneen käsityksen sijaan ne edustavat valmiuksia ja kykyä opittujen tietojen ja taitojen soveltamiseen käytännön työssä. (Jordan ym. 2008, 42-44; Karjalainen 2006, 10-11; Yliniva 2018b, 191.)

Tämä opinnäytetyö tuotti tutkimustietoa, joka antaa tukea MAPA®-koulutusten kehittämistyölle tulevaisuudessa, sekä antoi käsityksen siitä, millaisena eräs MAPA®-koulutuksista, ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä”, on koulutuksen päättymisen jälkeen koettu ja kuinka koulutukseen osallistuneet ovat kokeneet sen soveltuneen heidän käytännön työhönsä. Opinnäytetyöllä oli kiinteä yhteys aikaisempaan samalla lailla toteutettuun koulutukseen ja siitä Ylinivan (2018b, 187-199) tekemään tutkimukseen. Tämä yhteys mahdollisti nyt kerättyjen tulosten hyödyntämisen siten, että molemmissa tutkimuksissa saatujen tulosten esittämisellä yhdessä voitiin muodostaa käsitys siitä, millaisena ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä” -koulutukseen osallistuneiden tietojen ja taitojen kehittyminen ja niiden soveltaminen on rakentunut koulutuksesta tähän tutkimukseen asti.

Tämä opinnäytetyö vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin. On kuitenkin huomioitava, että tällä tutkimuksella saatuja tuloksia ei kuitenkaan sen luotettavuuteen heikentävästi vaikuttavan pienen otoskoon sekä alhaiseksi jääneen vastausprosentin vuoksi voida laajemmin yleistää koskemaan ”Haasteelliset tilanteet vanhustyössä”- tai muita MAPA®-koulutuksia. Tällä tutkimuksella saatuja tuloksia ei tule siltikään nähdä merkityksettöminä, sillä alhaisesta vastausprosentista huolimatta ne tarjoavat tietoja tämän tutkimuksen tilaajana toimivalle Suomen mapa® keskukselle koulutuksen suunnittelua ja jatkokehittämistä varten.

Lähteet

Painetut

Crisis Prevention Institute (CPI). 2015. Osallistujan työkirja - Mapa® haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta.

Eloniemi-Sulkava, U., Sillanpää-Nisula, H. & Sulkava, R. 2010. Muistisairaahan seksuaalisuus. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Emerson, E. & Einfeld, S. L. 2011. Challenging Behaviour. Kolmas painos. Cambridge: Cambridge University Press.

Emerson, E. 1995. Challenging behaviour: analysis and intervention with people with learning difficulties. Cambridge: Cambridge University Press.

Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). 2010. Muistisairaudet: 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, M, Nukari, T. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan hyvän hoidon lähtökohdat. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017a. Kuntoutumissuunnitelma muistisairaahan hoidon kokonaisarvioinnin ja toteutuksen perustana. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017b. Muistisairaahan lääkkeiden ottamisen varmistaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Hallikainen, M. & Nukari, T. 2017c. Muistisairaahan äkillisen sekavuuden tunnistaminen ja hoito. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito: 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita Publishing: Helsinki. 9. painos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Tammi: Helsinki. 13. osin uudistettu painos.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö: 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Kivelä, T., Haarala, R., Jansson, M., Kontula, K., Maamies, S., Saano, V., Sariola, H. & Lyly, T. 2007. Lääketieteen termit. 5. uudistettu painos. Porvoo: Duodecim.

Laurila, J. 2017. Äkillinen sekavuustila (delirium). Teoksessa Jousimaa, J., Alenius H., Atula, S., Berghem, N., Kattainen, A., Kunnamo, I., Pelttari, H. & Teikari, M. (toim.) Lääkärin käsikirja. 12. uudistettu painos. Riika: Duodecim.

Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017a. Muistisairaahan peseytyminen, hygienian hoitaminen ja pesutilojen turvallisuus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017b. Muistisairaahan vessakäyntien onnistuminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Mönkäre, R. & Suominen, M. 2017. Muistisairaahan ruuan koostumus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Mönkäre, R. 2017a. Muistisairaahan vaatetus, pukeutuminen ja riisuutuminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Mönkäre, R. 2017b. Vuorovaikutus aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kanssa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Mönkäre, R. 2017c. Käyttäytymisen muutoksiin suhtautuminen ja sen vaikutus muutosten ilmenemiseen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Nikumaa, H. 2017. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Nukari, T. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan jaksoittaishoito. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Nukari, T. 2017a. Muistisairaahan hyvä asuinympäristö ja asumismuoto. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Nukari, T. 2017b. Hoitopaikan ympäristön merkitys muistisairaahan kuntoutumisessa. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010a. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2010b. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Rauste-Von Wright, M., Von Wright, J. & Soini, T. 2003. Oppiminen ja koulutus. 9. painos. Helsinki: WSOY.

Rinne, J. & Remes, A. 2010. Otsa-ohimolohkorappeumat. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J. 2010a. Parkinsonin tauti ja muut ekstrapyramidaalisairaudet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Rinne, J. 2010b. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Sulkava, R. 2016a. Muistisairauksiin liittyvät käytösoireet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Suominen, M. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaahan ruokailun käytännön toteutus. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Tilvis, R. 2016a. Haurastuvat luut ja luuston sairaudet. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tilvis, R. 2016b. Kaatuilun yleisyys ja merkitys. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 3. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Vataja, R. 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Vataja, R. 2017a. Käyttäytymisen muutosten ja taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Vataja, R. 2017b. Käyttäytymisen muutosten hoitoperiaatteet. Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.) Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt: 1. painos. Tallinna: Duodecim.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö: 1. painos. Porvoo: WSOY.

Sähköiset

Adams, E. 2015. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. Journal of the Medical Library Association 3/2015, 152-153. Viitattu 28.2.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511057/>

Aliakbari, F., Parvin, N., Heidari, M. & Haghani, F. 2015. Learning theories application in nursing education. Viitattu 16.3.2019. Saatavilla osoitteessa:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25767813>

Armstrong, P. 2019. Bloom's Taxonomy. Vanderbilt University. Viitattu 20.2.2019.
<https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>

Atula, S. 2018. Parkinsonin tauti. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 13.4.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055

Atula, S. 2019a. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 12.4.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Atula, S. 2019b. Lewyn kappale -tauti. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 13.4.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Awanic Oy. 2019. HaiPro. Viitattu 21.10.2019.
<https://awanic.com/tuotteet-ja-palvelut/#haipro>

Cipriani, G., Lucetti, C., Danti, S., Carlesi, C. & Nuti, A. Violent and criminal manifestations in dementia patients. *Geriatrics & Gerontology International* 5/2016, 541-549. Viitattu 19.3.2019.
https://www.researchgate.net/publication/282844619_Violent_and_criminal_manifestations_in_dementia_patients

CPI Crisis Prevention Institute. 2018a. Dementia Capable Care: Behaviours. Viitattu 26.11.2018.
<https://www.crisisprevention.com/en-GB/What-We-Do/Dementia-Capable-Care-Behaviours>

CPI Crisis Prevention Institute. 2018b. CPI's History. Viitattu 11.12.2018.
<https://www.crisisprevention.com/en-GB/About-Us/CPI-s-History>

Department of Health. 2014. Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions. Viitattu 17.9.2018.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/300293/JRA_DoH_Guidance_on_RP_web_accessible.pdf

Eloniemi-Sulkava, U., Juva, K. & Mäkelä, M. 2015. Ongelmatilanteita muistisairaana hoidossa kotona. Teoksessa Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. Viitattu 31.3.2019. Vaatii luku-oikeuden.
<https://www.oppiportti.fi/op/msa00355/do>

Fagerström, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Hankeraportti. Viitattu 17.9.2018.
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/132318/V%C3%A4kivalta%20ja%20sen%20uhka%20kotihoitoty%C3%B6ss%C3%A4.pdf>

Haapsalo, M. & Erämies, S. 2019. Erilaiset oppimiskäsitykset. Jyväskylän yliopisto. Opettajan-koulutuslaitos. Viitattu 16.3.2019.
<https://peda.net/jyu/okl/ko/ktkp010-biologia/eo>

Holopainen, M. 2007. Aikuinen oppijana - aikuisoppijan erityispiirteiden huomioiminen aikuis-opetuksessa. Viitattu 17.2.2019.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/20042/jamk_1192700219_8.pdf?sequence=1

Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaana henkilön hoitotyössä. Viitattu 15.12.2018.
<http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>

Itä-Suomen yliopisto. 2019. Oppimisteoriat ja -näkökulmat. Viitattu 28.2.2019.
<https://www.uef.fi/fi/web/aducate/oppimisteoriat-ja-nakokulmat>

Jarman, K. 2013. *The Art of Data Analysis: How to Answer Almost Any Question Using Basic Statistics*. Hoboken: John Wiley & Sons. Viitattu 24.3.2019.
<https://libguides.laurea.fi>, Ebook Central.

Jordan, A, Carlile, O, & Stack, A. 2008. *Approaches to Learning: A Guide for Teachers*. Berkshire: McGraw-Hill Education. Viitattu 23.3.2019.
<https://libguides.laurea.fi>, Ebook Central.

Jurkkala, E. M. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittyminen perioperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 21.2.2019.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81978/gradu04600.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 12.4.2019.
https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 2019. Oppimiskäsitykset. Viitattu 16.3.2019.
<https://oppimateriaalit.jamk.fi/oppimiskäsitykset/oppimiskäsityksista-oppimisen-ohjaamiseen/kognitiivinen-oppimiskäsitys-ja-oppimisen-ohjaaminen/>

Kales, H., Gitlin, L. & Lyketsos, C. 2014. Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. Journal of the American Geriatrics Society 4/2014, 762-769. Viitattu 21.3.2019.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146407/>

Karjalainen, H. 2006. Oppimiskäsityksistä opettamiseen: fenomenografinen tutkimus ammatillisten aikuisopettajien oppimis- ja opettamiskäsityksistä. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 28.2.2019.
<http://tampub.uta.fi/handle/10024/93460>

Käypä hoito -suositus. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 21.9.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#K1>

Käypä hoito -työryhmä. 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). Viitattu 13.3.2019.
<https://www.kaypahoito.fi/nix01594>

Kostons, D., van Gog, T. & Paas, F. 2012. Training self-assessment and task-selection skills: A cognitive approach to improving self-regulated learning. Learning and Instruction 2/2012, 121-132. Viitattu 28.2.2019.
<https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2011.08.004>

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (toim.) 2002. World report on violence and health. World Health Organization. Viitattu 19.3.2019.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

KvantiMOTV. 2003. Otos ja otantamenetelmät. Viitattu 9.1.2019.
<https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/otos/otantamenetelmat.html>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785 § 6. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 17.9.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2016. Oikeudellisen toimintakyvyn määritelmä. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Viitattu 27.12.2018. Vaatii lukuoikeuden.
<http://www.oppiportti.fi/op/ger00809/do>

Mielenterveystalo. 2019. Ahdistuneisuus. Viitattu 13.10.2018.
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/mielenterveys_puheeksi/Pages/ahdistuneisuus.aspx

Pankin, J. 2013. Schema Theory. Viitattu 23.3.2019.
http://web.mit.edu/pankin/www/Schema_Theory_and_Concept_Formation.pdf

Sajaniemi, K. & Krause, C. M. 2012. Oppimisen palapeli. Aivot, oppimisen valmiudet ja koulunkäynti. Opetushallitus. Viitattu 20.2.2019.

https://www.oph.fi/download/138958_Aivot_oppimisen_valmiudet_ja_koulunkaynti.PDF

Sulkava, R. 2016. Muistioireinen ihminen ja kotona asuminen. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. Viitattu 27.12.2018. Viitattu 27.12.2018. Vaatii lukuoikeuden.

<http://www.oppiportti.fi/op/ger00809/do>

Suomen mapa® keskus. 2019a. MAPA® Haastavat tilanteet vanhuspalveluissa. Viitattu 26.11.2018.

<http://suomenmapakeskus.fi/koulutus/haastavat-tilanteet-vanhuspalveluissa/>

Suomen mapa® keskus. 2019b. MAPA® Perusteet. Viitattu 4.12.2018.

<http://suomenmapakeskus.fi/koulutus/perusteet/>

Suvisaari, J & Lönnqvist, J. 2017. Muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Marttunen, M., Henriksson, M. & Partonen, T. (toim.) 2017. Psykiatria. Helsinki: Duodecim. Viitattu 13.10.2018. Vaatii lukuoikeuden.

<http://www.oppiportti.fi/op/pkr00512/do>

Tampereen yliopisto. 2019. Kognitiivista sosiaalipsykologiaa. Avoin yliopisto. Sosiaalipsykologian peruskurssi. Viitattu 23.3.2019.

<https://www.uta.fi/avoinyliopisto/arkisto/sosiaalipsykologia/kognitiivisuus.html>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Muistisairaat asiakkaat säännöllisessä kotihoidossa 30.11., % asiakkaista. Sotkanet. Viitattu 21.3.2019.

https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_b1BwA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rsjbV0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Muistisairaudet. Viitattu 11.10.2018.

<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

The Royal College of Psychiatrists. 2007. Challenging behaviour: a unified approach. London: Royal College of Psychiatrists, British Psychological Society and Royal College of Speech and Language Therapists. Viitattu 15.9.2018.

<https://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr144.pdf>

The Royal College of Psychiatrists. 2015. Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. Viitattu 15.9.2018.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305019/pdf/Bookshelf_NBK305019.pdf

Tilastokeskus. 2019. Perusjoukko. Viitattu 9.1.2019.

<https://www.stat.fi/meta/kas/perusjoukko.html>

Tölli, S., Partanen, P., Kontio, R. & Häggman-Laitila, A. 2017. A quantitative systematic review of the effects of training interventions on enhancing the competence of nursing staff in managing challenging patient behaviour. Journal of Advanced Nursing 00/2017, 1-15. Viitattu 17.9.2018.

<https://doi.org/10.1111/jan.13351>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 14.1.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 10.11.2019.

https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2019.pdf

Työsuojeluhallinto. 2017. Yksintyöskentely. Viitattu 17.9.2018.

<https://www.tyosuojelu.fi/tyoolot/psykososiaalinen-kuormitus/yksintyoskentely>

University of Berkeley. 2019. Teaching Guide for GSIs. Overview of Learning theories. Viitattu 28.2.2019.

<https://gsi.berkeley.edu/gsi-guide-contents/learning-theory-research/learning-overview/>

Valvira. 2015. Liikkumista rajoittavien turvavälineiden käyttö. Viitattu 21.12.2018.

https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/liikkumista_rajoittavien_turvavälineiden_kaytto

Vataja, R. 2019. Tavallisimmat käytösoireet muistisairailta. Viitattu 21.3.2019.

https://www.helsinki.fi/sites/default/files/atoms/files/tavallisimmat_kaytosoireet_muistisairailta_risto_vataja_1852017.pdf

Wharton, T. & Ford, B. 2014. What is Known About Dementia Care Recipient Violence & Aggression Against Caregivers? Journal of Gerontological Social Work 5/2014, 460-477. Viitattu 19.3.2019.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4077946/>

WHO. 2019. Violence Prevention Alliance. Definition and typology of violence. Viitattu 19.3.2019.

<https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>

Yliniva, A. 2018b. Experiences Gained from Trainings on 'Demanding Situations in Elderly Care'. Teoksessa Hagino, H., Niiniö, H. & Putkonen, P. (toim.) New ways of promoting mental well-being and cognitive functions. Laurea Julkaisut 105. Laurea-ammattikorkeakoulu, 187-199. Viitattu 1.9.2019.

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160862/Laurea%20Julkaisut%20105.pdf>

Julkaisemattomat

Suomen mapa® keskus. 2017. Haasteellisen käyttäytymisen ennaltaehkäisy ja hallinta vanhusten kanssa työskennellessä -koulutusmateriaali.

Yliniva, A. 2018a. Suomen mapa® keskuksen maavastaava. Henkilökohtainen tiedonanto 31.1.2018. Laurea-ammattikorkeakoulu. Hyvinkää.

Yliniva, A. 2019a. Suomen mapa® keskuksen maavastaava. Interventioiden riskit. Sähköpostiviesti 4.3.2019. Vastaanottaja Toni Siniranta.

Yliniva, A. 2019b. Suomen mapa® keskuksen maavastaava. Oppiminen ja osaamisen arviointi. Sähköpostiviesti 21.3.2019. Vastaanottaja Toni Siniranta.

Kuviot

Kuvio 1: Bloomin taksonomia (mukailleen Armstrong 2019)	19
Kuvio 2: Esimerkki koulutuksen päätteeksi käytettyjen väittämien mukauttamisesta	23
Kuvio 3: Väittämä 2. Olen työssäni pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin	27
Kuvio 4: Väittämä 3. Olen pystynyt liennyttämään ongelmatilanteita sanallisesti.....	28
Kuvio 5: Väittämä 4. Olen koulutuksen jälkeen toteuttanut fyysisiä interventioita MAPA® periaatteiden mukaisesti	29
Kuvio 6: Väittämä 5. Olen käyttänyt fyysisen intervention tekniikoita vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille	30
Kuvio 7: Väittämä 6. Olen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen.....	31
Kuvio 8: Väittämä 7. Olen pystynyt työssäni soveltamaan MAPA®-koulutuksessa oppimiani taitoja ja tietoja.....	32
Kuvio 9: Väittämä 8. MAPA®-koulutuksen jälkeen olen kokenut haastavat tilanteet aikaisempaa helpommiksi lähestyä	33
Kuvio 10: Väittämä 9. MAPA®-koulutuksen suorittaminen on ollut hyödyllistä työni kannalta	34
Kuvio 11: Väittämä 10. Suosittelisin MAPA®-koulutusta kollegoilleni.....	35
Taulukot	
Taulukko 1: Kyselylomakkeen ja Ylinivan tutkimuksen vastaukset keskiarvoineen	26
Taulukko 2: Vastausten keskiarvot väittämistä 7-10	32

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake	50
Liite 2: Saatekirje	52

Liite 1: Kyselylomake

Kysely "Haasteelliset tilanteet vanhustyössä" -koulutuksesta

Esitiedot

Olen osallistunut MAPA[®]-koulutuksiin aiemmin ennen tätä koulutusta?

- Kyllä
 En

Vastausohjeita

Seuraavassa kappaleessa on suorittamaanne koulutusta koskevia väittämiä.

Vastatkaa valitsemalla asteikolta 1-5 se numero, joka edustaa parhaiten mielipidettänne (kts. alla)

- 1 = Täysin eri mieltä
 2 = Eri mieltä
 3 = Ei samaa eikä eri mieltä
 4 = Samaa mieltä
 5 = Täysin samaa mieltä

Kysymykset

	1	2	3	4	5
* Olen työssäni pystynyt välttämään muistisairaana asiakkaan riskikäyttäytymistä sanattomin keinoin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Olen pystynyt liennyttämään ongelmatilanteita sanallisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Olen koulutuksen jälkeen toteuttanut fyysisiä interventioita MAPA [®] periaatteiden mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Olen käyttänyt fyysisen intervention tekniikoita vasta, kun muut vaihtoehdot eivät ole toimineet ja asiakas on aiheuttanut vaaraa itselleen tai muille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Olen kriisitilanteen laukeamisen jälkeen kyennyt luomaan hoidollisen yhteyden aggressiiviseen asiakkaaseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Olen pystynyt työssäni soveltamaan MAPA [®] -koulutuksessa oppimiani taitoja ja tietoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* MAPA [®] -koulutuksen jälkeen olen kokenut haastavat tilanteet aikaisempaa helpommiksi lähestyä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* MAPA [®] -koulutuksen suorittaminen on ollut hyödyllistä työni kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
* Suositteaisin MAPA [®] -koulutusta kollegoilleni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Onko mielessäsi jotain koulutukseen
liittyvää, josta haluaisit vielä kertoa?

Tietojen lähetys

Tallenna

Esitäyttö URL

Kiitos osallistumisesta! Vastauksenne auttavat MAPA-koulutuksen kehittämisessä.

Liite 2: Saatekirje



SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme Laurea-ammattikorkeakoulussa hoitotyön koulutusohjelmassa ja olemme tekemässä opinnäytetyöhömmä liittyen tutkimusta Suomen mapa@ keskuksen toimeksiannosta. Olette saaneet tämän kirjeen, koska olette osallistuneet loppuvuoden 2017 - kevään 2018 välisenä aikana "Haasteelliset tilanteet vanhustyössä" -koulutukseen (ns. VanhusMAPA).

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Teidän kokemuksianne "Haasteelliset tilanteet vanhustyössä"-koulutuksesta ja sen sovellettavuudesta käytännön työhönne. Saatuja tuloksia tullaan vertaamaan samanlaisen koulutuksen loppukyselyihin, jolloin voidaan muodostaa käsitys siitä, millaisena koulutus ja sen sovellettavuus nyt koetaan verrattuna koulutuksen päättymishetkeen.

Tutkimus tulee palvelemaan Suomen mapa@ keskusta koulutuksen kehittämisessä ja sen laadun arvioinnissa ja jokainen vastaus on meille tärkeä. Vastaaminen tutkimukseen tapahtuu vastaanottamassanne sähköpostiviestissä olevan linkin kautta ja se tapahtuu täysin anonyymisti. Kun tulokset tullaan tutkimuksen valmistuttua esittämään, ei niistä voida tunnistaa Teitä tai muita yksittäisiä vastaajia eikä myöskään työnantajananne toimivaa kuntaa. Saadut vastaukset tullaan hävittämään opinnäytetyön julkaisun jälkeen ja valmis opinnäytetyö tulee julkisesti saataville internettiin loppuvuoden 2019 aikana, mistä tullaan välittämään Teille tieto esimiehenne kautta.

Vastaaminen tutkimuskysymyksiin kestää n. 10 minuuttia. Vastausohjeet löydätte vastauslomakkeen yläreunasta. Voitte keskeyttää vastaamisen missä tahansa vaiheessa ja vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Jo lähetettyä vastausta ei kuitenkaan voida enää peruuttaa, sillä vastaajia ei voida missään tutkimuksen vaiheessa tunnistaa ja yhdistää vastauksiin.

Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä Toni Sinirantaan tai Elmo Hiltuseen, sekä tarpeen mukaan myös ohjaavaan opettajaan tai toimeksiantajan edustajaan.

Kiitos osallistumisestanne tutkimukseen ja tuestanne mapa@ koulutusten kehittämisessä,

Toni Siniranta
Sairaanhoidajaopiskelija
toni.siniranta@student.laurea.fi

Minna Pulli
Ohjaava opettaja
minna.pulli@laurea.fi

Elmo Hiltunen
Sairaanhoidajaopiskelija
elmo.hiltunen@student.laurea.fi

Aulikki Yliniva
Suomen mapa@ keskuksen maavastaava
aulikki.yliniva@laurea.fi