

ASUKKAAN KÄYTÖSOIREIDEN ILMENEMINEN HAASTEENA  
VUOROVAIKUTUSTILANTEISSA

Asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden kokemuksia

Katja Myllymäki ja Veera Nieminen

Opinnäytetyö, syksy 2011

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystyöntekijä (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Katja Myllymäki & Veera Nieminen. ”Asukkaan käytösoireiden ilmeneminen haasteena vuorovaikutustilanteissa” – Asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden kokemuksia. Helsinki, syksy 2011, 82 sivua, 5 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsingin toimipaikka, hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kuvata, minkälaisissa arjen hoitotilanteissa ja miten asukkaiden haasteellinen käyttäytyminen ilmeni asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan. Tutkimuksessa pyrittiin selvittämään vaikuttiko vuorovaikutuksen haasteellisuus kokemukseen hoidon toteuttamisesta. Lisäksi tarkoituksena oli saada selville, minkälaisia vuorovaikutustaitoja hoitotyöntekijöiltä edellytetään haasteellisissa tilanteissa asukkaan kanssa sekä minkälaista tukea he kokivat tarvitsevänsä selviytyäkseen hyvin haasteellisista hoitotilanteista asukkaan kanssa.

Tutkimus oli laadullinen. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla seitsemää asumispalveluyksikön hoitotyöntekijää syksyllä 2010. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina ja tutkimusaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä luokittelemalla nousseet teemat. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Helsingin Diakonissalaitoksen yhden asumispalveluyksikön kanssa. Asumispalveluyksikkö on tarkoitettu alle 65-vuotiaille muistisairaille, haasteellisesti käyttäytyville asukkaille. Opinnäytetyössä käsiteltiin haasteellista käyttäytymistä ja sen ilmenemisen syitä ja taustoja, kuten eri muistisairauksia ja päihteiden käytön vaikutusta. Opinnäytetyössä käsiteltiin myös asukkaan ja hoitotyöntekijän välistä vuorovaikutussuhdetta ja hoitotyöntekijöiden selviytymisen tukikeinoja.

Tuloksena oli, että haasteellisen käyttäytymisen ilmeni riippumatta ajasta tai paikasta ja kaikissa hoito- ja vuorovaikutustilanteissa. Tuloksissa yleisimpiä käytösoireita olivat levottomuus, fyysinen aggressiivisuus ja verbaalinen vihamielisyys. Hoitotyöntekijät kokivat haasteellisissa tilanteissa enemmän negatiivisia kuin positiivisia tunteita. Negatiiviset tunteet vaikuttivat ajoittain hoidon toteuttamiseen esimerkiksi hoitotilanteiden keskeytyksenä. Positiivisten tunteiden kokeminen vaikutti olevan yleisempää hoitotyöntekijöillä, joilla oli enemmän kokemusta muistisairaiden asukkaiden hoitotyöstä. Tutkimustulokset osoittivat vuorovaikutuksen osalta, että asukkaan kohtaamisessa haasteellisessa tilanteessa hyödyksi oli rauhallinen ja kunnioittava lähestymistapa. Hyötyä oli myös ennakoivasta työtteestä ja asukkaan itsemääräämisoikeuden huomioimisesta. Tutkimuksen mukaan tärkeimpänä tukena oli hoitotyöntekijöiden kokema kollegiaalinen tuki, kun taas jaksamista työssä heikensivät työn henkinen kuormittavuus ja työnohjauksen puute sekä turvattomuustekijät.

Asiasanat: käyttäytymishäiriöt, kokemukset, vuorovaikutus, sosiaalinen tuki, muistisairaudet, kvalitatiivinen tutkimus, palveluasuminen

## ABSTRACT

Myllymäki, Katja and Nieminen, Veera.

The manifestation of behavioural symptoms as a challenge in interactive situations: experiences of care workers at an assisted living unit.

88 p., 5 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The goal of this thesis was to depict the experiences of care workers in an assisted living unit with the manifestation of behavioural symptoms in residents during care. The study tried to assess feelings awakened in interactive situations and whether they affected the realisation of care. Another goal was to obtain information of which situations and what types of behavioural symptoms the assisted living unit's residents showed according to care workers. The study was conducted in collaboration with an assisted living unit in Helsinki. The unit is intended for people less than 65 years old who suffer from memory disorders. The thesis examined challenging behaviour and the causes and backgrounds of its manifestations, for example the effect of memory disorders and drug abuse. The thesis also addressed interaction between residents and care workers and the types of support given to care workers to help them cope with their duties.

The study was qualitative. Research data were gathered by interviewing seven assisted living care workers in the fall of 2010. The interviews were conducted as theme interviews and the research data were analyzed using content analysis by classifying themes.

The results showed that challenging behaviour was manifested regardless of time or place, and in all care and interactive situations. The findings showed that the most common behavioural symptoms were restlessness, physical aggression and verbal hostility. In challenging situations, care workers experienced more negative than positive feelings. Occasionally, negative feelings affected the realisation of care, e.g. by leading to the discontinuation of a care situation. Positive feelings appeared to be more common among care workers with more experience in providing care to residents with memory disorders. With regard to interaction, the results indicated that a calm and respectful approach was helpful in handling encounters with residents in challenging situations. A pro-active approach and consideration of the resident's autonomy were also helpful. According to the study, support from colleagues was the most important form of support, while the ability to endure work was weakened by emotional overload and lack of occupational guidance as well as factors leading to feelings of insecurity.

Keywords: behavioural symptoms, experiences, interaction, support, memory disorders, assisted living

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN JA MUISTISAIRAUDET .....	8
2.1 Haasteellisen käyttäytymisen määritelmä .....	8
2.2 Haasteellisen käyttäytymisen taustatekijät.....	9
2.3 Dementian määrittely .....	10
2.3.1 Alkoholidementia.....	11
2.3.2 Alzheimerin tauti.....	13
2.3.3 Vaskulaariset dementiat .....	15
2.3.4 Lewyn kappale – tauti .....	15
2.3.5 Otsa-ohimolohkorappeumat.....	16
2.4 Haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja .....	17
2.4.1 Masennus ja apatia.....	17
2.4.2 Levottomuus ja ahdistuneisuus .....	17
2.4.3 Psykoottiset oireet .....	18
2.4.4 Persoonallisuuden muutokset.....	19
2.4.5 Uni-valverytmin häiriöt ja auringonlaskuilmiö.....	19
2.4.6 Seksuaaliset käytösoireet .....	20
3 MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN HAASTEENA .....	22
3.1 Hoitotyöntekijän vuorovaikutusosaamisen merkitys asiakkaan kohtaamisessa .....	22
3.2 Hoitotyöntekijän kokemat tunteet haasteena hoitotyössä .....	25
4 HOITOTYÖNTEKIJÄN TUEN TARVE MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN KOHTAAMISESSA .....	27
4.1 Työyhteisön hyvinvointi ja sen merkitys hoitotyöhön.....	27
4.2 Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä .....	28
4.3 Jälkipuinti osana hoitotyöntekijän tukea.....	29
4.4 Validaatiomenetelmä osana hoitotyöntekijän tukea ja lisäkoulutusta .....	29
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	31
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	32
6.1 Tutkimusympäristön kuvaus .....	32
6.2 Aineiston hankinta .....	33

6.3 Aineiston analysointi.....	35
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	36
7.1 Haasteellisen käyttäytymisen ilmeneminen hoitotyössä.....	36
7.2 Vuorovaikutuksen haasteellisuuden merkitys hoidon toteuttamisessa .....	40
7.3 Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot haasteellisissa tilanteissa.....	47
7.4 Hoitotyöntekijän selviytymistä tukevat tekijät .....	56
8 POHDINTA .....	62
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	62
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	69
8.3 Jatkotutkimusehdotukset.....	71
8.4 Terveystyöntekijän ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja ammatillisen kasvun pohdinta.....	72
LÄHTEET .....	76
LIITE 1; Suostumus tutkimukseen osallistumisesta .....	83
LIITE 2; Saatekirje.....	84
LIITE 3; Teemahaastattelurunko .....	85
LIITE 4; Esimerkki käytösoireiden sisällönanalyysistä.....	87
LIITE 5; Aikataulu.....	88

## 1 JOHDANTO

Kiinnostuksemme perehtyä juuri tähän aiheeseen heräsi asumispalveluyksikköön tehdyn työharjoittelun ja vierailukäyntien myötä. Opiskeluaikanamme olemme törmänneet käytännön työelämässä haasteelliseen käyttäytymiseen, joka alkoi ilmiönä kiinnostaa ja halusimme perehtyä aihepiiriin laajemmin. Saarnion, Mustosen ja Isolan (2011, 47–54) mukaan kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että laitoshoidossa olevilla dementoituvilla yli puolella esiintyy haasteellista käyttäytymistä ja hoitotyöntekijät joutuvat päivittäin käsittelemään haasteellisesta käyttäytymisestä aiheutuvia ongelmia. Haasteellinen käyttäytyminen lisää tapaturmia, aiheuttaa taloudellisia kustannuksia ja hoitotyöntekijöiden uupumista. Tutkimus aiheeseen liittyen on merkittävää, koska tieto vahvistaa eettistä toimintatapaa ja ohjaa hoitotyön käytäntöjä paremmiksi dementoituvan asukkaan hoitotyössä.

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Helsingissä toimivan Diakonissalaitoksen asumispalveluyksikön kanssa. Asumispalveluyksikössä hoidetaan alle 65-vuotiaita muistisairaita asukkaita, joilla usealla on elämänsähistoriansa asunnottomuutta ja päihteiden käyttöä. Ohjelmatyöryhmä Ahkerat (2008, 1–6) on ollut mukana suunnittelemassa pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaa. Tavoitteena on pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä. Työryhmän raportista ilmenee, että erityisen haastavaa asunnottomille päihteidenkäyttäjille on tänä päivänä löytää sopiva asumis-, tai hoitopaikka. Pitkäaikaisasunnottomien asumisen järjestäminen edellyttää entistä kohdennetumpia, yksilökohtaisesti räätälöityjä ratkaisuja, huomattavassa määrin nykyistä intensiivisempää tukea, kuntoutusta ja myös valvontaa. Tavanomaiset asumisratkaisut eivät tämän ryhmän kohdalla toimi eikä yksilöllisiä tarpeita vastaavia ratkaisuja ole riittävästi tarjolla. Näistä syistä asumispalveluyksikön kaltainen hoitoa tarjoava paikka on erityinen.

Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen ja siinä tuodaan esille hoitotyöntekijöiden omia kokemuksia haasteellisiin tilanteisiin liittyen. Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävänä on kuvata asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden kokemuksia asukkaan haasteellisen käyttäytymisen ilmenemisestä hoitotyössä. Tutkimuksessa pyritään selvittämään vuorovaikutustilanteissa heränneitä tunteita ja vaikuttavatko ne hoidon toteuttamiseen. Tavoitteena on

saada tietoa siitä, missä tilanteissa ja minkälaisia käytösoireita ilmenee asumispalveluyksikön asukkailla hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan. Lisäksi tarkoituksena on saada selville, minkälaisia vuorovaikutuskeinoja hoitotyöntekijät käyttävät työssään sekä minkälaista tukea he kokevat tarvitsevänsä selvittääkseen hyvin työtehtävistään.

## 2 HAASTEELLINEN KÄYTTÄYTYMINEN JA MUISTISAIRAUDET

### 2.1 Haasteellisen käyttäytymisen määritelmä

Dementoituva asiakas tulkitsee ympäristöstään ja itsestään tulleita ärsykejä riippuen dementoivasta sairaudesta ja sen vaiheesta. Dementoivaan sairauteen liittyy kognitiivisten kykyjen heikentymistä, kuten tiedon tulkitsemisen vaikeutumista. Tämä aiheuttaa dementoituvassa mm. turvattomuuden tunnetta, jolloin hän saattaa reagoida ärsykeisiin ulkopuolisen näkökulmasta epätarkoituksenmukaisesti. Virhetulkintojen aiheuttamat tunteet johtavat usein käyttäytymiseen, joka voi olla uhka henkilön omalle hyvinvoinnille ja muille ympärillä oleville henkilöille, kuten hoitotyöntekijöille. (Siljamo 2003, 9; Saarnio & Isola 2010, 323.) Hoitotieteessä tämän tyyppisestä käyttäytymisestä on käytetty monia eri käsitteitä kuten häiritsevä käyttäytyminen (Graneheim & Jansson 2006), ongelmallinen käyttäytyminen (Phillips & Diwan 2003), agitaatiokäyttäytyminen (Remington 2002) ja haasteellinen käyttäytyminen (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2005; Saarnio & Isola 2010, 323–324). Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä on käyttänyt käsitettä käytösoire, koska se on vakiintunut suomalaisen lääketieteelliseen terminologiaan ja helpottaa käytösoireiden mieltämistä yhdeksi tärkeäksi osaksi dementiaoireyhtymää (Vataja ym. 2001, 169). Käytösoireilla tarkoitetaan käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita (Cummings ym. 1994). Tässä opinnäytetyössä käytetään käytösoire- ja haasteellinen käyttäytyminen käsitteitä. Haasteellista käyttäytymistä käytetään, koska se auttaa hoitotyöntekijöitä miettimään toimintaansa kohdatessaan muistisairaana asukkaan. Haasteellinen käyttäytyminen käsitteenä ei leimaa muistisairasta asiakasta ongelmalliseksi ja häiritseväksi. (Saarnio, Mustonen & Isola 2011, 47.) Käytösoire-käsitettä käytetään tässä opinnäytetyössä lähinnä määriteltäessä haasteellisen käytöksen eri oireita tarkemmin.

Aikaisemmin haasteellista käyttäytymistä on pidetty ulkopuolisten arvioimana ja määrittämänä outona ja normeista poikkeavana käyttäytymisenä, mutta nykyään haasteellinen käyttäytyminen ymmärretään enemmänkin muistisairaana ihmisen kykyjään vastaavana normaalina reaktiona ja normaalina toimintatapana. Muistisairaana näkeminen ensisijaisesti tuntevana ja kokevana ihmisenä antaa mahdollisuuden ymmärtää, että käytösoireiden ilmenemi-



selle on erilaisia selityksiä. Muistisairas ihminen pyrkii muiden ihmisten tapaan elämään elämää, joka tuntuu omalta. Hän ilmaisee itseään ja toimii olemassa olevien kykyjensä mukaisesti. (Whall & Kolanowski 2004, 106–108.) Haasteellista käyttäytymistä ilmenee kaikissa dementoivissa sairauksissa ja ne ovat yleisiä. Haitallisista käytösoireista kärsii 90 % dementiaa sairastavista potilaista jossakin sairautensa vaiheessa. Yleisimpien käytösoireiden esiintyvyyksien arviot heittelevät eri tutkimuksissa paljonkin. Myös haasteellisen käyttäytymisen määritelmät vaihtelevat tutkimuksissa, minkä vuoksi eri oireiden rajaaminen on toistaiseksi ongelmallista. (Vataja 2010, 91–99.) Asiakasta ymmärtävässä ajattelutavassa haasteellinen käyttäytyminen on ihmisen elämäntilanteen keino, sopeutumisyritelmä tai jokin muu hänen näkökulmastaan mielekäs toimintatapa siinä tilanteessa, missä ihminen on. Haasteellista käyttäytymistä voidaan pitää muistisairaiden ja heidän läheistensä elämäntilanteen heikentävänä tekijänä. Jatkuvasti haastavasti käyttäytyvä asiakas vaikuttaa henkilökunnan työhyvinvointiin. Käytösoireiden kirjo on moninainen ja oireiden selitykset erilaisia. Hoidollisesti on tärkeää tunnistaa, mistä käytösoireeksi kutsutussa ilmiössä on kyse. Monet tekijät vaikuttavat käytösoireen syntyyn, jonka vuoksi käytösoireista kärsivän ihmisen hoito on kokonaisuus. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2009, 232-234.)

## 2.2 Haasteellisen käyttäytymisen taustatekijät

Haasteellista käyttäytymistä ilmenee niin dementoituneilla kuin aivovamman saaneilla asiakkailla. Aivoissa sijaitsevien järjestelmien tuhoutuminen voi johtua päähän kohdistuneesta traumasta tai aivosairaudesta, joka on rappeuttanut aivoja. Aivojen eri osien vauriot aiheuttavat tietyn tyyppisiä käytösoireita ja muistin ongelmia, riippuen millä aivojen alueella vamma tai vaurio on. (Vataja ym. 2001, 169–175.) Asiakkaat, joiden persoonallisuuden hallitsevina piirteinä ovat olleet aggressiiviset tai dominoivat piirteet tai epäluuloisuus, kärsivät muita todennäköisemmin käytösoireista. Laitoshoidossa olevan asiakkaan hoitotyöhön osallistuvien henkilöiden henkisen kuormittuneisuuden ilmeneminen ja levoton hoitoympäristö voivat lisätä haasteellista käyttäytymistä. (Vataja 2010, 96–99.) Tiettyjen välittäjäainejärjestelmien vauriot voivat olla haasteellisen käyttäytymisen takana. Yksi välittäjäainejärjestelmävaurio ei vielä selitä käytösoireiden ilmenemistä, sillä välittäjäainejärjestelmät toi-

mivat laajasti vuorovaikutuksessa keskenään. Jonkin järjestelmän heikentyminen voi aiheuttaa toisen järjestelmän voimistumisen ja näin provosoida käytösoireita. Käytösoireiden hoidossa käytetään usein myös lääkkeitä, jotka vaikuttavat välittäjäainejärjestelmien kautta ja ne voivat jopa estää järjestelmää toimimasta ja siten lisätä käytösoireita. Näiden antikolinergisia vaikutuksia aiheuttavien useiden lääkeaineiden samanaikainen käyttö voi aiheuttaa psykoottista tai levotonta käyttäytymistä. (Vataja ym. 2001, 174–175.) Traumat asiakkaan elämänhistoriassa ja niiden käsittelemättä jääminen saattavat aiheuttaa erilaisia negatiivisia tunteita, joita hän ilmaisee haasteellisella käyttäytymisellä yksilöllisellä tavallaan. Kulttuuristen tekijöiden huomiotta jättäminen hoidossa voivat myös aiheuttaa mielihäiriötä muistisairaalle. (Eloniemi-Sulkava ym. 2009, 232-234.)

Päihteidenkäyttäjien elämänhistoriassa on usein monia tekijöitä, jotka lisäävät käytösoireiden ilmenemistä, kuten traumaattiset kokemukset. Päihteidenkäyttäjillä voi monilla olla traumaattisia kokemuksia taustallaan, joka vaikuttaa käytökseen myöhemmin. ”Trauma on määritelty voimakkaaksi tapahtumaksi ihmisen elämässä, johon yksilö ei pysty vastaamaan tarkoituksenmukaisella tavalla ja jolla on voimakkaat, äkilliset ja pitkään jatkuva vaikutus ihmiseen. Traumalle on ominaista äärimmäisten voimakkaiden ärsykkeiden tulva, joka ylittää yksilön sietokyvyn, kyvyn hallita kiihtymyksen tunnetta ja työstää sitä”. (Saari 2000, 15–16.)

### 2.3 Dementian määrittely

Dementia ei ole erillinen sairaus, kuten Erkinjuntti (2010, 86–90) toteaa. Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriön lisäksi korkeampien aivotoimintojen heikentymistä. Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. Dementiaoireyhtymän voi aiheuttaa monet eri aivomuutokset ja syyt. Diagnosoitaessa dementiaa henkilöltä tulisi löytyä muistihäiriö eli uuden oppimisen vaikeutumista ja vaikeutta palauttaa mieleensä aiemmin jo opittuja asioita. Tämän lisäksi tulisi löytyä vähintään yksi seuraavista neljästä oireesta: afasia, apraksia, agnosia ja toiminnan ohjaus. Afasia on kielellinen häiriö, joka aiheuttaa puheen ymmärtämisen ja tuottamisen vaikeutta. Apraksiassa ilmenee liikesarjojen suorittamisen

vaikeutta, vaikka motoriikka olisikin kunnossa. Agnosiassa näköhavainnon jäsentäminen on normaalia, mutta nähdyn esineen tai asian merkityksen käsittäminen tuottaa ongelmia. Toiminnan ohjauksessa henkilöllä voi olla vaikeuksia kokonaisuuksien jäsentämisessä, järjestelmällisyydessä, abstraktissa ajattelussa ja suunnitelmallisuudessa. Näiden oireiden lisäksi dementiaan liittyy älyllisen toimintakyvyn muutokset, jotka aiheuttavat merkittävän sosiaalisen tai ammatillisen toiminnan rajoittumisen ja merkittävän heikkenemisen aiemmin paremmalta toiminnan tasolta. (Erkinjuntti 2010, 86–90.)

### 2.3.1 Alkoholidementia

Eri päihteet vaikuttavat kognitiivisiin toimintoihin kuten tiedon vastaanottamiseen ja tallentamiseen sekä käsittelyyn ja käyttöön liittyviin prosesseihin eri tavoin. Kognitiivisiin toimintoihin kuuluvat myös havaitseminen, tunnistaminen, erilaiset kielelliset toiminnot, ajattelu, päättely ja ongelmanratkaisu, muistaminen ja oppiminen. Esimerkiksi alkoholin kognitiiviset vaikutukset voivat olla hyvin laaja-alaisia, kielellisiä toimintoja lukuun ottamatta ja johtaa jopa alkoholidementiaan. Yleistynyt sekakäyttö voi myös aiheuttaa laajoja kognition häiriöitä. Käytön loputtua osa häiriöistä korjaantuu, mutta palautuminen on yksilöllistä. Alkoholi on perinteinen laillinen päihde, jota käytetään muita useammin ainoana päihteenä. Suurkuluttajalla on korkea riski saada alkoholista huomattavia terveyshaittoja. Heistä huomattava osa täyttää alkoholin väärinkäytön kriteerit, joita ovat alkoholin käytöstä todettu fyysinen tai psyykinen haitta ja käytön jatkuminen siitä huolimatta viimeisen vuoden aikana. (Rapeli 2010, 314–316.)

Alkoholin suurkulutuksen pitkäaikaisvaikutukset voidaan jakaa kolmeen ilmiöön: 1) alkoholin suorat vaikutukset aivoihin ja kognitiivisiin toimintoihin, 2) alkoholisteilla esiintyvään ravintopuutoksen ja alkoholin yhteisvaikutuksena syntyvä Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä sekä 3) alkoholismien epäsuorat kognitiiviset vaikutukset liittyen muihin terveydellisiin haittoihin. Wernicken enkefalopatiassa yhtenä pääoireena ovat muistin ongelmat ja erityisesti mieleenpainamiskyvyn häiriö. Tila on hoitamattomana hengenvaarallinen ja saat-

taa johtaa Korsakoffin oireyhtymään, jossa potilaan tajunnantaso heikkenee. Tila on krooninen ja saattaa johtaa kuolemaan. (Rapeli 2010, 318–319.)

Toistuvat laitoshoidon vaativat alkoholivieroitukset rasittavat aivoja aiheuttaen atrofiaa eli surkastumaa. Seurauksena voi olla alkoholin aiheuttama dementia. Tyypillinen löydös alkoholisteilla on aivoatrofia, jota esiintyy pikkuaivoissa ja otsalohkojen alueella. Tutkimukset osoittavat, että 20–40% pitkäaikaisista alkoholisteista saattaa selvitä käytöstä ilman merkittäviä kognitiivisia häiriöitä, jos he samanaikaisesti selviävät ilman oheissairauksia. Älyllisten toimintojen heikentymistä on todettu myös muutoin terveillä avohoitoon hakeutuvilla alkoholisteilla. Iäkkäistä suurkuluttajista merkittävässä osassa on lievää dementiaa vastaava tila ja vaikeampia oireita on noin kymmenesosalla. Pitkäaikainen raittius korjaa tilannetta ja vuosia kestäneen raittiuden jälkeen muistitoiminta ei juuri eroa verrokeista. Selkeimmät pitkäaikaismuutokset kohdistuvat otsalohkoihin ja siten käyttäytymisen säätelyyn. Tutkimusten mukaan otsalohkoon pohjautuva toiminnan ohjaaminen eli käyttäytymisen säätely heikentyy enemmän kuin kielelliset taidot, muisti tai älykkyys. Muita tärkeitä alkoholisteilla heikentyviä otsalohkotoimintoja ovat mm. abstrakti ajattelu, tilaan liittyvät havainnot ja ongelmien ratkaisu. (Rapeli 2010, 318–319.)

Tutkittaessa alkoholidementian mahdollisuutta tulisi henkilölle tehdä dementiadiagnosi vähintään 60 päivää alkoholin juomisen loppumisen jälkeen (Oslin & Cary 2003). Lisäksi henkilöltä tulisi löytyä taustalta merkittävää alkoholinkäyttöä, joka tarkoittaa tässä miehillä vähintään 45 alkoholiannosta ja naisilla 36 alkoholiannosta viikoittain vähintään viiden vuoden ajan. Tällainen jakso tulisi löytyä henkilöltä korkeintaan 3 vuotta ennen kognitiivisen tasonlaskun alkamista. Diagnoosin tekemistä tukevat alkoholin käyttöön liittyvä elin-vaurio tai sairaus, kuten hepatiitti, pankreatiitti, gastrointestiaalinen, kardiovaskulaarinen tai munuaisten sairaus. Diagnoosia tukee ataksia tai perifeerinen sensorinen neuropatia. Jos kuudenkymmenen päivän raittiuden jälkeen kognitiiviset puutokset vakiintuvat tai lievittyvät tai saadaan neurokuvantamisen kautta todiste aivokammioiden tai sulkusten laajentumisen vähentymisestä sekä todiste pikkuaivojen surkastumisesta, voidaan alkoholidementiaa pitää todennäköisenä. Jos henkilöllä on kielellisiä häiriöitä, erityisesti sanojen nimeämisvaikeutta, diagnoosi asetetaan kyseenalaiseksi. Tyypillisiä alkoholismiin liittyviä liitän-

näisongelmia ovat aivovammat, lisääntynyt alttius useille mikrobeille ja maksakirroosi aineenvaihdunnallisine seuraamuksineen, jotka voivat edetä aina maksakoomaan asti. Krooninen runsas alkoholinkäyttö nostaa myös verenpainetta kroonisesti, millä voi olla haitallisia vaikutuksia kognitioon. Alkoholien väärinkäyttö lisää riskiä psykiatrisiin häiriöihin, jotka puolestaan voivat korostaa kognition puutoksia. (Rapeli 2010, 318–321.)

### 2.3.2 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti liittyy ikääntymiseen, mutta sen puhkeamiseen vaikuttavat aivoihin kohdistuvat metabolista stressiä lisäävät osatekijät. Metabolista stressiä aiheuttavat lipiditasapaino, aivoverenkiertohäiriöt ja tulehdusta aiheuttavat tekijät sekä periytyvät tekijät. (Tienari, Polvikoski & Tanila 2010, 102.) Alzheimerin tauti (AT) on aivosairaus, joka etenee hitaasti ja tasaisesti. Se on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus ja sen esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Sairauteen liittyy selektiivisten aivoalueiden ja neurokemiallisten järjestelmien vaurioitumista ja sairauden kulussa on sille ominaiset tyypilliset vaiheet. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 121.) Alzheimerin tauti voidaan jakaa oireettomaan, prekliiniseen eli sairauden puhkeamista edeltävään vaiheeseen, varhaiseen, keskivaikeaan ja vaikeaan AT dementiaan (Miettinen 2006, 8). Aivoissa tapahtuvien vaurioiden etenemisen mukaan myös asiakkaan oireet etenevät ja vaikeutuvat.

Varhaisessa Alzheimerin taudin vaiheessa henkilö kokee ensimmäisinä oireina oppimisen työläyden ja unohtelun. Oireet liittyvät muistin kannalta oleelliselle alueelle, sisemmälle ohimolohkolle, joka näkyy myös magneettikuvauksessa. Henkilön työkyky alkaa heikentyä työn vaatavuudesta riippuen ja hän kokee vaativien tehtävien suorittamisen haasteelliseksi. Harrastukset vähentyvät ja potilaalla on stressioireita ja uupumusta. Tässä taudin vaiheessa henkilö vielä kuvaa muistivaikeuksiaan ja lisää muistitukien kuten kalenterin käyttöä. Heikkenemistä tapahtuu kielellisen muistin tehtävissä ja hänen on vaikeata palauttaa mieleen kuultuja tarinoita tai nähtyjä kuvioita. Sanojen löytämisen ja käsitteiden käytön taidot ovat myös heikentyneitä. (Pirttilä & Erkinjuntti 2010, 126–130.)

Lievään Alzheimerin taudin dementiaan edetessä henkilön kielellinen ilmaisu ja havainto-  
toiminnot alkavat muistin lisäksi heiketä. Sanojen löytäminen ja nimeäminen vaikeutuvat  
eli tulee dysfaattisia vaikeuksia. Henkilön aloitekyky, talousasioiden hoito ja vieraassa ym-  
päristössä liikkuminen vaikeutuvat. Näistä oireista on jo päivittäistä haittaa henkilölle.  
Muistilapuista huolimatta hän unohtaa ottaa tarvitsemiaan tavaroita kaupasta ja sovitut ta-  
paamisajat unohtuu. Henkilö toistaa samoja kysymyksiä ja hänen on vaikeata seurata kes-  
kustelua isommassa ihmisryhmässä. Hän muistaa yksittäisiä tapahtumia, mutta niiden aika-  
järjestys sekoittuu. Tutkimustilanteessa henkilö hakee kysymystilanteissa turvaa läheisel-  
tään ja kääntää pään hänen suuntaansa odottaen sieltä vastausta. Sairaudentunto saattaa olla  
jo jonkin verran heikentynyt. Useimmat vielä myöntävät muistiongelmansa. (Pirttilä & Er-  
kinjuntti 2010, 126–131.)

Keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin tautiin liittyvässä dementiaassa henkilön selviyty-  
minen arkielämässä heikkenee ja psyykkisten toimintojen säätely muuttuu olennaisesti.  
Henkilön käyttäytyminen on alkanut muuttua. Osalle henkilöistä kehittyy sairauden tässä  
vaiheessa ekstrapyramidaalioireita, joita ovat jähmeys, ilmeettömyys ja hidas kävely. Kes-  
kivaikeassa AT:ssa henkilön omatoimisuus ja kyky tehdä päivittäisiä askareita on heikenty-  
nyt niin, että tarvitsee saman verran valvontaa kuin 5-7 -vuotias lapsi. (Pirttilä & Erkinjuntti  
2010, 127–134.)

Vaikeassa Alzheimerin taudissa muisti toimii enää satunnaisesti. Avun ja valvonnan tarve  
on samanlainen kuin 2-4-vuotialla lapsella, eikä hän selviydy enää yksin. Hän tarvitsee  
apua kaikissa perustoiminnoissa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä ja henkilökohtai-  
sen hygienian hoidossa, wc-toiminnoissa ja lopulta syömisessä. Askeltaminen on lyhyttä ja  
jalat ovat harallaan. Henkilö tarttuu herkästi oven kahvoihin tai avustavaan henkilöön eikä  
pysty päästämään otettaan irti. Vaikeassa dementiaassa henkilölle tulee primaariheijasteita,  
kuten tarttumis-, ja imemis-, ja turpaheijasteet. Loppuvaiheessa henkilöllä on jäljellä vain  
harvoja ilmaisuja, hän menettää kävely-, ja pidätyskykynsä kokonaan. (Pirttilä & Erkinjunt-  
ti 2010, 127–134.)

### 2.3.3 Vaskulaariset dementiat

Vaskulaariset dementiat ovat verenkiertohäiriöistä johtuvia. Taustalla voi olla verenkiertoon vaikuttavia riskitekijöitä, kuten kohonnutta verenpainetta, eteisvärinää, sydäninfarkti, koronaaritauti, diabetes, yleinen ateroskleroosi, rasva-aineenvaihdunnan häiriöt tai tupakointi. Aivoverenkierron häiriöihin liittyy riski älyllisen toimintakyvyn heikkenemiseen ja dementiaan. Myös korkea ikä ja matala koulutustaso sekä aiempien aivohalvauksien esiintyvyys suvussa lisäävät riskiä. Vaskulaarinen dementia on joukko oireyhtymiä, joiden syyinä ovat erityyppiset aivoverenkiertohäiriöt ja muutokset aivoissa. Aivoverenkiertohäiriöiden pitkäaikaisvaikutuksena kehittyy kuduskatoa, atrofiaa. (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142–158.)

### 2.3.4 Lewyn kappale – tauti

Lewyn kappale-dementian kesto on yleensä 2-12 vuotta ja sitä pidetään toiseksi yleisimpänä dementoivana sairautena. Sairaus alkaa yleisimmin 50–80 -vuotiaana. Lewyn kappale-dementian oireet jaetaan kognitiivisiin, parkinsonismiin ja psykoottisiin oireisiin. Kognitiivisia oireita ovat muistin heikkous, hahmotushäiriöt ja kätevyuden heikkous sekä vireyden vaihtelu. Lewyn kappale-dementiaan liittyy usein myös parkinsonismin oireita, kuten kävelyvaikeutta, hypokinesiaa eli lihasten vajaatoimintaa ja lihasjäykkyyttä. Yleensä parkinsonismille tyypillinen lepovapina puuttuu kuitenkin näiltä henkilöiltä. Psykoottisiin oireisiin lukeutuvat visuaaliset hallusinaatiot ja harhaluuloisuus. Lewyn kappale-dementiassa käytösoireet ilmenevät myös unen, tarkemmin REM-, eli vilkeunen aikana. Henkilöllä ilmenee pelottavia ja vilkkaita unia, joiden aikana hän äänтелеe tai liikuttelee voimakkaasti raajojaan. Lisäksi sairauteen kuuluu pyörtyily, kaatuilu ja tajunnanhäiriökohtaukset. (Rinne & Remes 2010, 159–164.)

### 2.3.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumiksi kutsutaan ryhmää dementoivia sairauksia, jotka vaurioittavat aivojen otsalohkoja. Siihen liittyy kolme syndroomaa eli frontotemporaalinen dementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Kaikissa näissä syndroomissa alku ja eteneminen tapahtuvat vähitellen. Frontotemporaalisessa dementiassa henkilön persoonallisuus ja käytös muuttuu olennaisesti ja alkuvaiheessa muisti on aika hyvin säilynyt. Sairaus alkaa yleensä 45–65 ikävuosien välissä. Monilla sairastuneista esiintyy suvussa frontotemporaalista dementiaa. Etenevän muistisairauden vuoksi otsalohkojen toiminta heikkenee vähitellen. Erilaiset vauriot, kuten verenkiertosairaudet, vammat tai kasvaimet voivat aiheuttaa otsalohkojen toiminnan heikkenemistä. Sairauden varhaisessa vaiheessa henkilön sosiaalinen käyttäytyminen muuttuu ja sairautentunto heikentyy. Asiakas voi vuorotellen käyttäytyä sopimattoman estottomasti tai olla aloitekyvytön ja apaattinen. Tunne-elämän muutokset ovat tavallisia. Asiakkaalla esiintyy vaikeutta tehtävissä, joissa tarvitaan päätteilykykyä, suunnittelua tai joustavuutta. Myöhäisemmässä sairauden vaiheessa esiintyy usein myös ekstrapyramidaalioireita. (Rinne & Remes 2010, 165–171.)

Etenevässä sujumattomassa afasiassa henkilöllä on kieliopillisia virheitä puheessaan ja puheen tuotto on työlästä. Henkilöllä ilmenee luku- ja kirjoitusvaikeutta sekä vaikeutta löytää sanoja ja nimetä esineitä tai asioita. Lukuun ottamatta taudin myöhempää vaihetta, muisti ja muut kuin kielelliset kognitiiviset toiminnot säilyvät suhteellisen hyvin. Etenevää sujumattomaa afasiaa esiintyy enemmän miehillä ja se alkaa yleensä nuoremmalla iällä kuin AT. Aivojen kuvantamisessa näkyvissä on vasemmalle aivoihin painottuvaa hidastuneisuutta. (Rinne & Remes 2010, 168–169.) Semanttista dementiaa esiintyy enemmän naisilla. Semanttista dementiaa sairastavan puheen tuotto on sujuvaa. Hän kärsii sanojen merkitysten hämärtymisestä ja vaikea-asteisesta sanojenlöytämistä vaikeudesta, jolloin puheen sisältö jää tyhjäksi. Henkilö pystyy arvioimaan kuvien samankaltaisuutta ja kopioimaan kuvia. Henkilö kykenee kirjoittamaan sanoja ja lukemaan ääneen tekstiä toisen henkilön sanellessa. Yksittäisten sanojen toistaminen onnistuu. Kyky tunnistaa ihmisiä ja esineitä ovat heikentyneet, mutta muisti on suhteellisen hyvin säilynyt. Sairauden kesto vaihtelee 3–15 vuoteen. (Rinne & Remes 2010, 169.)



## 2.4 Haasteellisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja

### 2.4.1 Masennus ja apatia

Masennus käytösoireena on yleinen varsinkin Alzheimerin taudissa ja vaskulaarisissa demensioissa. Dementoituneella voi epäillä masennusta, kun hänen kykynsä osoittaa tai kokea mielihyvää on heikentynyt ja hänen mielialansa on laaja-alaisesti alentunut. Hallitsevana oireena voi olla myös toiveet kuolemasta tai itsetuhoiset ajatukset. Henkilön toiminnot saattavat hidastua ja hänellä voi esiintyä avuttomuuden ja toivottomuuden tuntemuksia. (Vataja 2010, 92–93.) Masennus heikentää aina muistisairaana henkilön elämänlaatua ja vaikuttaa motivaatioon. Sairauden alussa asiakas osaa usein itse kuvailla masennusoireitaan ja oireet ovat vielä ohimeneviä. Dementian edetessä välittäjäainemuutokset rappeutuissa aivoissa vaikuttavat asiakkaan mielialaan yhä enemmän ja masennuksen huomaaminen voi olla jo vaikeampaa. (Sulkava, Viramo & Eloniemi-Sulkava 1999, 34–35.) Apatia taas voi olla osa masennusta, mutta sitä esiintyy myös itsenäisenä käytösoireena. Apatia tarkoittaa tunne-elämän latistumista ja välinpitämättömyyttä sekä yleistä mielenkiinnon menettämistä. Apatiassa keskeistä on aloitekyvyttömyys ja henkilön olemuksen passiivisuus. (Vataja 2010, 93.)

### 2.4.2 Levottomuus ja ahdistuneisuus

Levottomuus eli agitaatio ilmenee monina eri oireina. Muistisairas henkilö saattaa vaellella tarkoituksettomasti, varjostaa hoitajaa tai karkailla. Sanalliset levottomuusoireet ilmenevät esimerkiksi kiroilemisena ja huutelemisena. Aggressiivisina oireina esiintyy lyömistä, raapimista ja potkimista. Levoton muistisairas saattaa lisäksi särkeä, keräillä tai piilottaa esineitä. Levottomuudella käytösoireena tarkoitetaan epä tarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänen käyttöön liittyvää käyttäytymistä. Muistisairautensa vuoksi asiakas ei kykene ilmaisemaan itseänsä kielellisesti ymmärrettävästi ja hoitotyöntekijöiden on vaikeata tunnistaa levottomuuden taustalla vaikuttavia tekijöitä kuten kipua, huonoa oloa tai su-

rua. Levottomuusoireiden ilmeneminen lisääntyy muistisairauden edetessä ja alettuaan ovat pitkäkestoisia. Asiakas voi myös saada katastrofireaktion, joka voi alkaa äkillisenä itkuna, huutona tai aggressiivisuutena. Sen taustalla on usein se, että muistisairas henkilö kokee ympäristönsä siinä hetkessä pelottavana ja turhauttavana sekä kokee sen kyvyillensä yli-voimaisena. (Vataja 2010, 93–94.)

Katastrofireaktion taustalla on aina myös jokin ympäristötekijä tai psykologinen syy. Muistisairas on voinut kokea tulleeensa esimerkiksi nöyryytetyksi tai kokea, että hänen toiveitaan ei huomioida. Katastrofireaktio voi ilmetä myös suihkussa. Reaktioon altistaa huoneen viileys, riittämätön valaistus ja alastomuuden aiheuttama turvattomuus tai häpeä (Sulkava ym. 1999, 30.) Ahdistuneisuus eroaa levottomuudesta käytösoireena siten, että se ei välttämättä liity mihinkään tiettyyn tilanteeseen. Asiakas voi olla huolestuneen tai jännittyneen oloinen tai saada ajoittaisia paniikkihäiriön kaltaisia oireita. Ahdistuneisuus liittyy usein myös masennukseen ja psykoottisiin oireisiin. Muistisairas henkilö kokee usein ahdistuneisuutta sellaisissa tilanteissa, joissa hän joutuu odottamaan jonkun asian tapahtumista tai hoitavan henkilön paluuta. (Vataja 2010, 94.)

#### 2.4.3 Psykoottiset oireet

Muistisairauden ennusteen kannalta psykoottisten oireiden ilmaantuminen on huono merkki. Psykoottiset oireet alkavat yleensä keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla asiakkailla ja antavat aiheita odottaa sairauden nopeaa etenemistä. Alzheimerin taudin loppuvaiheessa taas psykoottisia oireita ei esiinny, koska aivot ovat jo niin vaikeasti rappeutuneet, etteivät pysty tuottamaan oireita. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat näkö- ja kuuloharhat, harhaluulot ja väärintunnistaminen. Väärintunnistamisen oireita olevalle muistisairaalle henkilölle peili omassa asunnossa tai elinympäristössä voi tuottaa ongelmia. Hän voi luulla, että peilistä näkyvä hahmo on eläväksi ihmiseksi. Väärintunnistaminen vaikuttaa myös siihen, että hän voi yhtäkkiä kokea olevansa jonkun toisen asunnossa ja kokea oman asuntonsa täysin itselleen vieraaksi paikaksi. Harhaluulot ilmenevät usein muistisairaahan henkilön

voimakkaana käsityksenä, että puoliso on pettänyt häntä tai joku on varastanut hänen tavaroitaan. (Vataja 2010, 94.) Aistiharhoissa dementoitunut kuulee tai näkee asioita, joita ei ole olemassa. Hän voi kertoa kuulevansa esimerkiksi lapsen itkua tai näkevänsä ihmisiä asunnossaan, joita ei oikeasti ole. (Sulkava ym. 1999, 26–27.)

#### 2.4.4 Persoonallisuuden muutokset

Muistisairauksia sairastavat henkilöt pyrkivät usein käyttäytymään sosiaalisesti tilanteisiin sopivalla tavalla, mutta eivät aina pysty siihen vajavaisten kykyjensä vuoksi. Opetut käyttäytymismallit murtuvat sairauden edetessä ja ajatukset tulevat esille täysin kontrolloimattomasti. Asiakas reagoi herkästi eri ärsykkeisiin ja toimii niiden viemänä. (Sulkava ym. 1999, 38.) Persoonallisuuden eri piirteet saattavat muistisairauden edetessä korostua tai asiakkaalla ilmenee aivan uusia piirteitä. Aikaisemmin ilkeä ihminen voi sairauden myötä muuttua ystävällisemmäksi tai jokin tietty piirre kuten pelokkuus voi korostua entistään. Muistisairauksille tyypillistä on arvostelukyvyn heikentyminen, joka voi ilmetä sosiaalisten normien rikkomisena, henkilökohtaisen hygienian laiminlyömisinä tai muunlaisena kiusallisena tai häiritsevänä käyttäytymisenä. Joskus asiakkaalla on hyperoraalisuutta, joka tarkoittaa taipumusta laittaa suuhunsa mikä tahansa havaintokenttään tuleva esine. Asiakas voi myös ahmia holtittomasti ja lihoa hyperoraalisuuden seurauksena. (Vataja 2010, 95.)

#### 2.4.5 Uni-valverytmin häiriöt ja auringonlaskuilmio

Uni-valverytmin häiriöt voivat olla itsenäisiä käytösoireita, mutta usein ne liittyvät muihin oireisiin, kuten masennukseen, ahdistuneisuuteen tai levottomuuteen. Somaattiset sairaudet kuten levottomat jalat, sydämen vajaatoiminta tai erilaiset kivut aiheuttavat osaltaan unen häiriöitä. Muistisairaiden henkilöiden unihäiriöt ovat laitoshoidon johtavista käytösoireista yleisimpiä. Asiakkaat saattavat nukkua vuorokauden aikana ajallisesti riittävän määrän, on-

gelmaksi muodostuu enemmänkin vuorokausirytmien muuttuminen. Muistisairaana asiakkaan unikäyttäytymisessä on havaittu lisääntyneitä vuoteissa oloaikaa, jolloin yöunen määrä jää pieneksi ja päivällä nukuttu aika lisääntyy. Usein unihäiriöihin liittyy yöllisiä heräämisiä, jolloin asiakas on pelokas ja sekava. (Vataja 2010, 95.)

Auringonlaskuilmiksi kutsutaan muistisairaana asiakkaan käytösoireiden lisääntymistä erityisesti alkuyöstä tai pimeänä vuorokaudenaikana (Vataja 2010, 95). Auringonlaskuilmiossa erityisesti levottomuus, kuljeskelu ja sekavuus lisääntyvät. Nämä oireet lisäävät asiakkaan kaatumis- ja tapaturmariskiä sekä aiheuttavat yleistä levottomuutta muissa asiakkaisissa. Muistisairaana asiakkaat ovat valon vähentyessä herkempiä virhetulkinnoille ja aistiharhoille. Asiakas saattaa kokea ympäristön ahdistavana, koska hän ei tunnista hämärässä yksityiskohtia. (Sulkava ym. 1999, 44.) On arveltu, että vuorokausirytmien muuttumisen lisäksi auringonlaskuilmion esiintymiseen muistisairaille liittyy aivoissa sijaitsevan suprakiasmaattisen tumakkeen rappeutuminen (Vataja 2010, 95). Suprakiasmaattinen tumake toimii ihmisen niin kutsuttuna sisäisenä kellona ja sen tuhoutuminen aiheuttaa elimistön rytmien sekoittumista.

#### 2.4.6 Seksuaaliset käytösoireet

Seksuaalisesta käytösoireesta puhutaan, kun seksuaalinen käyttäytyminen on ympäristöä häiritsevää. Dementoituvan asiakkaan seksuaalisten tarpeiden ilmaisemisen hyväksyntä ja sietäminen tai nimeäminen seksuaalisiksi käytösoireiksi liittyvät myös ympäristön kulttuuri-, ja moraalikäsitteisiin. (Eloniemi-Sulkava, Sillanpää-Nisula & Sulkava 2010, 578–579.) Muistisairaille henkilöillä seksuaaliset käytösoireet ovat muita käytösoireita harvinaisempia ja usein muistisairauksiin liittyy sukupuolisen mielenkiinnon häviäminen. Hyperseksuaalisuutta taas esiintyy noin 15 %:lla laitoshoidossa olevista muistisairaista asiakkaista. Hyperseksuaalisuus saattaa ilmetä julkisena masturbointina, seksuaalisina ehdotteluina tai häiritsevänä kosketteluna. Hyperseksuaalisuus liittyy ohimolohkojen vaurioitumiseen esimerkiksi Alzheimerin taudin vuoksi. (Vataja 2010, 95.) Aggressiivisiä seksuaalisen käyttäytymi-

sen oireita esiintyy harvoin, mutta ilmetessään ne koetaan hankaliksi ja vaativiksi hoitaa. Seksuaalinen käyttäytymisen kohteena voi olla kuka tahansa muistisairaasi asiakkaan lähellä toimiva ihminen. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 579.) Seksuaaliset käytösoireet tulevat tyypillisesti esille lyhyinä jaksoina. Vatajan mukaan muistisairaasi asiakkaan käyttäytymistä saatetaan tulkita myös virheellisesti seksuaalisiksi käytösoireiksi ja kokea asiakkaan ahdistelevan. Asiakas saattaa esimerkiksi luulla hoitavaa henkilöä omaksi vaimokseen tai olla alasti, kun on kyvytön pukeutumaan. (Vataja 2010, 95.)

### 3 MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN KOHTAAMINEN HAASTEENA

#### 3.1 Hoitotyöntekijän vuorovaikutusosaamisen merkitys asiakkaan kohtaamisessa

Muistisairas tai fyysisestä vammasta kärsivä asiakas tarvitsee itselleen toimintaympäristön, joka tukee hänen taitojaan ja kykyjään. Asiakkaan toimintakyky tulee siis ottaa huomioon arjen hoitotilanteissa. (Talvenheimo-Pesu 2009, 53.) Hoitoympäristön merkitys vuorovaikutuksen onnistumiselle on tärkeä. Muistisairaana asiakkaan tarpeita vastaava ympäristö on kodinomainen, helposti hahmotettava ja turvallinen. Fyysinen hoitoympäristö sisältää hoitoyksikön sijainnin, tilojen muodon, ulkonäön ja järjestyksen sekä näiden tekijöiden aikaansaaman tunnelman. Muokkaamalla fyysistä hoitoympäristöä voidaan tukea muistisairaana toimintakykyä, omatoimisuutta ja virikkeellisyyttä sekä vähentää haasteellista käyttäytymistä. (Ahoranta & Virolainen 2002, 25) Ympäristö auttaa muodostamaan merkityksiä ja tukee suoriutumista. Hoitotyöntekijän on hyvä ymmärtää, että ympäristö ja asiakas ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. (Talvenheimo-Pesu 2009, 53.)

Muistisairaudet vaikuttavat asiakkaan puheen tuottamiseen ja vastaanottamiseen kykyyn. Hän menettää pikku hiljaa puheen asiayhteyden ja sanojen merkitykset. Nämä seikat tuovat haasteita hoitotyöntekijän ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Kun asiakas ei enää pysty ilmaisemaan itseään puheella, on tärkeätä tavoittaa asiakkaan viestit sanattomasti. (Heimonen & Voutilainen, 1997, 96.) Fyysiseen eli nonverbaaliseen viestintään kuuluu eleet, ilmeet, katsekontakti, liikkuminen, kosketus, vaatteet ja tuoksut. Fyysistä viestintää voidaan hyödyntää eri tavoin ihmisen tukemisessa. Kehon ja sen terveys ja hyvinvointi vaikuttavat monella tapaa ihmisen minäkuvaan ja yleiseen mielialaan. Kehon ja liikkeen vuorovaikutuksellisessa hyödyntämisessä on useita eri työskentelytapoja ja – keinoja. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 328–329.)

Mattilan (2001) väitöskirjassa hoitotyöntekijän tärkeimpänä ominaisuutena vuorovaikutustilanteissa todettiin olevan läsnäolon ilman aktiivista toimintaa. Hoitotyöntekijän osoittaman empatian ja asiakkaan vuorovaikutuskokemuksen välillä on löydetty yhteys. Asiak-

kailla, joita hoitavat heidän itsensä empaattisina pitämät hoitotyöntekijät, on alhaisempi ahdistuneisuus. On myös havaittu, että ahdistuneisuus ilmenee, jos asiakkaan tarpeet eivät tyydytetyiksi. Vuorovaikutustilanteissa asiakkaalla on mahdollisuus kokea hoitotyöntekijältä empatiaa ja tukea tai sitten välinpitämättömyyttä. Verbaalisen ilmaisun lisäksi asiakkaat kiinnittävät huomiota hoitotyöntekijöiden nonverbaaliseen viestintään, kuten asentoon ja ilmeisiin. Asiakkaat kokevat vuorovaikutuksen vahvistavana, kun hän tuntee hoitotyöntekijän välittävän hänestä. Tällöin asiakkaan olo on vuorovaikutuksen jälkeen levollinen. Onnistunut vuorovaikutus lisää asiakkaan luottamusta omiin kykyihinsä. Nonverbaalisessa vuorovaikutuksessa hoitotyöntekijä viestittää rauhallisuutta ja halukkuuttaan olla läsnä asiakkaalle. Päinvastainen tuntemus tulee, jos asiakas kokee hoitotyöntekijän välinpitämättömäksi ja kiireiseksi. Asiakas kokee helposti tällaisen vuorovaikutuksen jälkeen pelkoa ja häpeää. (Mattila 2001, 28–30.)

Kumppanuus hoitosuhteessa perustuu asiakkaan ja hoitotyöntekijän väliseen yhteistyötä määrittävään sopimukseen ja se edellyttää molemmilta osallistumista, yhteistyötä, avointa vuorovaikutusta ja päätöksenteon tasavertaisuutta. Molemminpuolisuus tasoittaa valtaa ja kunnioitusta ja kohottaa asiakkaan ja hoitotyöntekijän välisen vuorovaikutuksen tuloksellisuutta. Molemminpuolisuus on ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa. Keskinäinen hyväksyntä on molemminpuolista keskustelua, vastuun jakamista ja luottamusta. (Naukkari 2008, 20–21.)

Mattilan (2001, 60–80) väitöskirjassa hoitotyöntekijän ja asiakkaan välinen vuorovaikutus jaetaan seitsemään eri osa-alueeseen. Vuorovaikutuksen eri osa-alueina ovat kohtaamisen myönteisyys ja turvallisuus, aloitteellisuus ja luottamus yhteistyössä sekä asiakkaan ja hoitotyöntekijän läheisyys. Tärkeinä osa-alueina olivat myös välittäminen kokemuksena, vahvistuminen ja tunnekokemuksen jakaminen. Viimeisenä oli vuorovaikutuksen ympäristön merkitys. Myönteisessä kohtamisessa asiakas kokee olonsa hyväksytyksi ja turvalliseksi. Asiakkaan kohtaaminen myönteisessä mielessä ilmenee hoitotyöntekijän keskittymisenä tilanteeseen. Hoitotyöntekijän aitous, avoimuus ja läheisyys kohtamistilanteessa vaikuttavat myönteisesti vuorovaikutuksen onnistumiseen. Myönteisyyttä heikentävät hoitotyöntekijöiden kiire ja negatiivinen ennakkokuva asiakkaasta tai tilanteesta sekä tilaisuuden puut-

tuminen tunteiden ilmaisuun. Myönteisyyttä heikentävät myös asiakkaan epätietoisuus tapahtumien kulusta sekä asiakkaan kokemus hoitotyöntekijän välinpitämättömyydestä. (Mattila 2001, 60–80.)

Helposti lähestyttävyyys ja asiakaslähtöisyys ovat läheisen hoitotyöntekijän ominaisuuksia. On tärkeätä, että hoitotyöntekijä on kiinnostunut asiakkaasta ihmisenä ja kohtaaminen perustuu tasavertaisuuteen. Keskustelun tulisi liikkua muillakin elämänalueilla, eikä keskittyä vain sairauteen liittyviin asioihin. Vuorovaikutustilanteen läheisyys ilmenee asiakkaan ja hoitotyöntekijän välisenä huumorina ja sinutteluna. Etäinen hoitotyöntekijä on enimmäkseen työrooliinsa asettunut ja on kiinnostunut siitä, että työ tulee tehdyksi. Hoitotyöntekijän kokiessa olevansa asiakasta ylempänä, hänestä voi välittyä välinpitämättömyyttä, joka taas johtaa ilmapiirin varautuneisuuteen. (Mattila 2001, 60–80.) Erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä on useita ja niitä käytetään monipuolisesti eri tilanteissa. Hoitotyöntekijät ovat käyttäneet esimerkiksi kosketusta hoitotoimenpiteissä rauhoittaakseen asiakasta ja osoittaakseen hänelle hellyyttä. (Mattila 2001, 28–30.) Kosketus voi aktivoida, rauhoittaa, ärsyttää, tuottaa kipua ja lohduttaa. Suomessa ihmisillä on vanhastaan ollut suuri reviiri: on kohteliasta antaa toiselle tilaa. Hoitokulttuurissa tämä näkyy siten, että asiakasta kosketetaan vain kun se on hoidon kannalta välttämätöntä. Koskettamien voi edistää hoitoa, jos asiakas sen avulla rauhoittuu ja rentoutuu. (Vilén ym. 2008, 331–334.)

Hoitotyöntekijän verbaalisen ja nonverbaalisen ilmaisun tulisi olla yhdensuuntaisia ja vuorovaikutuksen lähteä asiakkaan yksilöllisistä tarpeista. Verbaalisen ja nonverbaalisen ilmaisun ollessa yhdensuuntaisia, tulee tunnekokemuksen jakamisesta osana vuorovaikutusta tavoitteellista ja asiakkaan kokonaistilanteen näkevää. Heikentävinä tekijöinä tunnekokemuksen jakamisessa ovat asiakkaan tai hoitotyöntekijän kielteinen suhtautuminen, tietopohjan heikkous ja hoitotyöntekijän taitamattomuus. Hoitotyöntekijän tulisi muunnella toimintaansa asiakkaan muuttuvien tarpeiden mukaisesti. Hoitotyön kulttuuriin kuuluu fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö. Hoitotyön kulttuurin vuorovaikutusta heikentävät Mattilan (2001, 60–80) mukaan työn kasautuminen ja hoitotyöntekijöiden paineenalaisuus töissä sekä tehtäväorientoituneisuus.



Mattilan (2001) väitöskirjassa puhutaan myös yksilöllisyydestä asiakkaan kohtaamisessa. Yksilöllisyys ymmärrettiin asiakkaan kohtaamisena tilanteiden mukaisesti, asiakkaan kannustamisena ja huumorin käyttönä vuorovaikutustilanteissa sekä tunnekokemusten ymmärtämisenä. (Mattila 2001, 60–80.) Asiakkaan yksilöllisyyden kunnioittaminen merkitsee jokaisen asiakkaan ainutlaatuisuuden, eroavaisuuden ja tarpeiden huomioimista. Asiakkaan itsemääräämisen tunnetta voidaan kohottaa antamalla aikaa keskusteluun asiakkaan kanssa niin, että saadaan selville hänen tarpeensa ja näin saavuttamalla molemminpuolinen ymmärrys. (Naukkarinen 2008, 20–21.) Tapa, millä asiakkaalle annetaan tietoa vaikuttaa asiakkaan kykyyn ja halukkuuteen tehdä päätöksiä. Asiakas ei aina ymmärrä, mitä hänelle sanotaan, eikä hän aina osaa soveltaa saamaansa tietoa omaan elämäänsä. Jos asiakas ei koe hoitosuhdetta luottamuksellisena eikä ymmärrä tilannetta riittävästi, saattaa asiakas pikemminkin stressaantua tiedon annosta kuin tuntea itsensä osalliseksi. (Naukkarinen 2008, 20–21.) Heimosen (2005, 38–39) mukaan asiakkaan yksilökeskeisyyden lähtökohdat ovat siinä, että muistisairas asiakas tulee kohdata ensisijaisesti tuntevana ja ymmärtävänä ihmisenä, eikä pelkästään huomioida henkilöä sairauden ja muistihäiriöiden pohjalta.

### 3.2 Hoitotyöntekijän kokemat tunteet haasteena hoitotyössä

Kokkosen (2010, 19–24) mukaan tunteiden säätely on yksinkertaisimmillaan kykyä vaikuttaa siihen, mitä ja kuinka pitkään ja voimakkaasti tunteensa tuntee. Tunteiden säätely pyrkii yleisesti ottaen suuntaamaan kohti tasapainotilaa tiedostamatta tai tietoisesti, koska ihmisillä on tarve kokea mielihyvää ja tasapainoa. Tunteiden säätelyn tärkein tehtävä on lievittää kuormittaviksi koetut tunteet siten, että elimistössä vallitsee hyvinvoinnin kannalta tarpeellinen tasapaino. Tämä tarkoittaa kuormittavien tunteiden hillitsemistä. Kansainväliset tutkimukset, joissa on tutkittu omien tunteiden säätelykyvyn merkitystä, ovat osoittaneet tunteiden säätelykyvyn tärkeäksi tasapainon ja henkisen hyvinvoinnin kannalta. Kokkonen (2010) puhuu tunteiden säätelystä mahdollisuutena ja ongelmana. Hänen ajatuksiaan on sovellettu hoitotyöntekijän näkökulmaan. Hoitotyöntekijä vastaanottaa hoitotyössä tunnepitoista tietoa päivittäin. Haasteen hoitotyöntekijöille asettaa se, etteivät monet negatiivisesti tunnepitoiset tilanteet kuormita hoitotyöntekijää. Tunnepitoisen tiedon käsittely vaatii

tasapainoista tunne-elämää ja ymmärrystä oman tunneilmaisun vaikutuksista ympäristössä. Riippumatta ovatko tunteet miellyttäviä tai epämiellyttäviä, niin liian voimakkaina tai pitkäkestoisina ne alkavat kuormittaa ja estävät mielihyvän kokemisen, vaikeuttaen mielen ja ruumiin tasapainoa. Tunteiden säätelyn ongelmat ovat tavallisia ja ne voivat olla erityyppisiä ja eriasteisia. Tilanteen arviointi ja päätöksenteko vaikeutuvat tunnekuohun vallassa, koska hoitotyöntekijä ei ajattele silloin selkeästi. Tunteidensäätelyn keinoa ei osata aina valita niin, että vuorovaikutus-, tai kohtaamistilanteessa päästään haluttuun lopputulokseen. Hoitotyöntekijän tulisi osata muuttaa tunteitaan haluttuun suuntaan onnistuakseen. (Kokkonen 2010, 19–24.)

## 4 HOITOTYÖNTEKIJÄN TUEN TARVE MUISTISAIRAAN ASIAKKAAN KOHTAAMISESSA

### 4.1 Työyhteisön hyvinvointi ja sen merkitys hoitotyöhön

Hyvinvoinnilla ja hoitohenkilökuntamäärällä on vaikutusta asiakkaiden saamaan hoidon laatuun. Riittävä henkilöstömäärän tarpeellisuus korostuu myös tutkimuksissa. Työtyytyväisyys, hyvä työilmapiiri sekä hoitotyöntekijöiden sitoutuminen hoidon hyvään laatuun ovat perustana osaavalle ja hyvinvoivalle hoitohenkilöstölle. Työkokemus ja koulutus vaikuttavat hoitotyöntekijän ammatilliseen pätevyyteen. Hoitotyöntekijöille luodaan koulutuksen kautta kehittyisvalmiudet, joista ammatillinen pätevyys jalostuu. Tutkimuksissa tuli esiin liika työmäärä ja hoitohenkilökunnan vähyys sekä taitojen puute, jotka vaikuttavat kohtaamisen laatuun. Tästä suorana vaikutuksena asiakkaan ja omaisen kanssa keskustelut jäivät vähäisiksi. (Heikkilä, Ahola, Kankkunen, Meretoja & Suominen 2006, 5–10.) Vuorovaikutussuhteiden ylläpitämisessä tuella on todettu olevan tärkeä merkitys ja toisaalta tuki kehittyy juuri vuorovaikutussuhteessa. Tuki voi ilmetä monin eri tavoin riippuen suhteen laadusta riippuen, onko kyseessä ammatillinen vai henkilökohtainen perhe- tai ystävyssuhde. Myös suhteen hierarkkisuus, läheisyyden aste ja osapuolten riippuvuus toisistaan vaikuttavat tuesta syntyviin päätelmiin ja halukkuuteen antaa tukea sekä tuen tehokkuuteen. (Mikkola 2006, 61.)

Yhteisöllisyys on tunnetila, joka pohjautuu yksilöiden vapaaehtoisuuteen. Työyhteisöllä tarkoitetaan työpaikan henkilöiden muodostamaa kokonaisuutta. Työelämässä yhteisöllisyyden katsotaan tukevan ihmisten toisista välittämistä ja kanssakäymistä, hyvinvointia, terveyttä, oppimista ja tuloksellisuutta. Työelämässä yhteisöllisyys ja sen edistäminen on työhön kiinteästi liittyvää toimintaa. (Paasivaara & Nikkilä 2010, 12.) Ensimmäisestään työhyvinvointi tarkoittaa ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä, mutta työhyvinvointi käsite sisältää myös jo olemassa olevan työpahoinvoinnin hoidon. Työn organisointi ja toiminnan sujuminen työyhteisöissä lisää hyvinvointia työssä. Työhyvinvoinnin edistäminen muokkaa työpaikan kulttuuria yhtenäiseksi ja luo me-henkeä. Edellytykset työhyvinvoinnille luodaan

organisaatiossa johtamisella ja esimiestyöllä. Työhyvinvoinnin kehittäminen alkaakin aina johtamiskulttuurista. Työaikana työprosessien ja tiimien toiminnan kehittäminen työyhteisössä kuuluu työnantajan vastuulle. Työhyvinvoinnin parantaminen vaatii ymmärrystä kyseisestä ilmiöstä ja monipuolisia käytännön toimenpiteitä. (Kärkkäinen 2002, 24–25.)

Työhyvinvointia tarkastellessa tärkeintä on, miten ihmiset kokevat olonsa työpäivän aikana. Työhyvinvointi tarkoittaa henkilökohtaista tunnetta ja vireystilaa eli jokaisen yksilön hyvinvointia. Toisaalta se tarkoittaa koko työyhteisön yhteistä vireystilaa. Jokaisella tulisi olla mahdollisuus olla mukana onnistumassa ja kokea työn iloa. Tämä onnistuu työyhteisön ja ihmisten jatkuvalla kehittämisellä. Työhyvinvointi käsitteenä tarkoittaa eri asioita eri ihmisille. Yksi arvostaa vapautta ja toinen turvallisuutta. Työhyvinvoinnin tarpeet nousevat työyhteisön sisältä. (Ojala & Ahonen 2003, 19–20.)

#### 4.2 Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä

Työnohjaus mahdollistaa, että työntekijöillä on mahdollisuus jakaa työ- ja tunnekuormaan- sa rohkaisevassa ilmapiirissä. Työyhteisön jäsenet puhuvat työnohjaustilanteessa työstään ja tunteistaan työroolistaan käsin. Työnohjaus etenee osallistujien ehdoilla, eikä keneltäkään vaadita mitään. Työnohjaajan ja työnohjattavien välille syntyy dialogi, joka tarvitsee syntyäkseen yhteisen rauhallisen hetken, jolloin kuunnellaan aidosti toista, palataan hoitotyön tapahtumiin, kuvataan niiden herättämiä tunteita, jaetaan kokemuksia sekä suuntaudutaan uusiin tilanteisiin jaettujen kokemusten kautta. Työntekijän ja työyhteisön voimavaroja tunnustetaan työnohjauksessa. Ratkaisuja ei tarkastella niinkään ongelmalähtöisesti vaan ratkaisuja pyritään etsimään tavoitteen kautta. Tällä pyritään vaikuttamaan käsitykseen omasta itsestä ja omasta työstä. Työnohjausta suunnitellessa on jo hyvä miettiä miten työnohjaus liittyy työyhteisön muuhun kehittämistoimintaan. Työnohjauksessa tulleet ideat realisoituvat arjen hoitotyössä, jolloin aika työnohjaustapahtumien välillä on tärkeää. Hyödyllisintä työnohjaus on säännöllisenä, sovituin ajankohdin tapahtuvana prosessina. Työnohjaaja ei anna valmiita vastauksia vaan mahdollistaa ohjattavien omat oivallukset. Työyhteis-

sö valitsee käyttääkö se yksilö, ryhmä vai yhteisöohjausta. Tarve työnohjaukseen nousee työyhteisön tarpeista. (Koski, Gothoni & Hurskainen 2011.)

#### 4.3 Jälkipuinti osana hoitotyöntekijän tukea

Jälkipuinti käsitteenä on osa laajempaa stressin- ja kriisin käsittelyä, jonka tarkoituksena on torjua ja käsitellä trauma- ja työperäistä stressiä. Tietoisena suhtautumistapana ja taitona jälkipuinnin tulisi kuulua erilaisten organisaatioiden toimintaan esimerkiksi vertaistukena, kollegiaalisena tukena, kriisiryhmänä tai ulkopuolisen vetäminä ryhminä. Jälkipuinteja voi olla erilaisia. Instrumentaalissa jälkipuinnissa käsitellään yksinomaan tapahtumien kulkua, välineistön toimintaa tai sitä miten ohjeita ja oppaita on noudatettu. Vakavan tapahtuman herättämiin voimakkaisiin tunteisiin, mullistaviin kokemuksiin ja tuntemuksiin sekä purettaessa kokemusten ihmisessä aiheuttamaa psyykkistä stressiä käytetään psykologista ja emotionaalista jälkipuintia. Työyhteisössä organisaatio ja sen jäsenet saavat tietämystä ja opetusta yksilön ja ryhmän psykologisista valmiuksista jälkipuinnista. Lisäksi pyritään luomaan uusia myönteisiä asenteita. Kannustavassa ilmapiirissä pystytään käsittelemään voimakkaitakin kokemuksia. Tietämystä lisätään samalla, kun työssä uupumisen ja työperäisen psyykkisen stressin vaikutuksia voidaan ehkäistä ja poistaa tai ainakin vähentää. Jälkipuinti lievittää psyykkisiä ja fyysisiä vaivoja ja siten vähentää eristäytyneisyyden tunnetta sekä auttaa käsittelemään tapahtunutta. (Hammarlund 2010, 113–114.)

#### 4.4 Validaatiomenetelmä osana hoitotyöntekijän tukea ja lisäkoulutusta

Validaatiomenetelmän avulla voi viestittää dementoituneelle henkilölle, että hänen ilmaisemalla tunteella on arvo ja että kokemuksena hänen tunteensa on todellinen ja aito hänelle juuri sillä hetkellä kuin se ilmenee. Validaatio tarkoittaa arvon antamista ja totena pitämistä. Validaatiotekniikat ovat työvälineitä, jotka auttavat dementoituvan ihmisen kohtaamisessa. Tekniikoita ovat sanalliset ja sanattomat menetelmät. (Lumijärvi 2006, 38–39.)

Pohjavirran (2002, 40) tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että validaatiosta saama apu on nähtävissä rauhoittumisena, luottavaisuuden lisääntymisenä hoitotilanteissa ja vuorovaikutuksen lisääntymisenä. Myönteisinä vaikutuksina mainittiin myös itsetunnon kasvaminen, omatoimisuuden lisääntyminen ja validaatiohoitajan tunnistaminen.

Validaatiomenetelmän on todettu vähentävän haasteellista käyttäytymistä. Tämä kuitenkin edellyttää, että hoitotyöntekijä on sisäistänyt menetelmän käytön ja uskaltaa kokeilla erilaisia menetelmiä vuorovaikutustilanteissa. Validaatiokoulutus lisää hoitotyöntekijöiden vuorovaikutusmenetelmien tuntemista ja auttaa haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa lisäämällä hoitotyöntekijän ymmärrystä asukasta kohtaan. Vaikeissa vuorovaikutustilanteissa validaatiomenetelmä antaa hoitotyöntekijöille työvälineitä vaikuttaa asiaan ja pyrkiä tilanteen rauhoittamiseen. (Nikali & Soinio 2010, 36–37.) Kaikki menetelmät eivät käy kaikille ja niiden valinnassa on otettava asukkaan yksilöllisyys huomioon. Hoitotyöntekijät ovat huomanneet validaatiomenetelmän antavan ymmärrystä hoitaa muistisairasta asukasta. (Selin 2000, 28–32.)

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia ja tuen tarvetta liittyen vuorovaikutustilanteisiin haasteellisesti käyttäytyvien asukkaiden kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää kohdattaessa ihmisiä, joilla ilmenee haasteellista käyttäytymistä. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä työskentelytapoja ja konfliktitilanteiden ennaltaehkäisyä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Minkälaisissa arjen hoitotilanteissa ja miten haasteellinen käyttäytyminen ilmenee?
2. Miten vuorovaikutuksen haasteellisuus vaikuttaa kokemukseen hoidon toteuttamisesta?
3. Minkälaisia vuorovaikutustaitoja edellytetään hoitotyöntekijältä haasteellisissa tilanteissa asukkaan kanssa?
4. Minkälaista tukea hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa selviytyäkseen hyvin haasteellisista hoitotilanteista asukkaan kanssa?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 6.1 Tutkimusympäristön kuvaus

Toteutusympäristönä toimi Helsingin Diakonissalaitoksen yksi asumispalveluyksiköistä. Se tarjoaa tehostettua ja ympärivuorokautista palveluasumista haastavasti käyttäytyville helsinkiläisille, joilla usealla on taustalla asunnottomuutta ja päihteiden käyttöä. Asunnottomille päihteidenkäyttäjille on tänä päivänä erityisen haastavaa löytää sopiva asumis-, tai hoitopaikka, koska sopivan hoitopaikan järjestäminen edellyttää yksilökohtaisesti sovellettuja ratkaisuja, intensiivisempää tukea ja kuntoutusta sekä valvontaa (Ohjelmatyöryhmä Ahkerat 2008, 1–6). Yksilöllisiä tarpeita vastaavia hoitopaikkoja ei ole riittävästi tarjolla, minkä vuoksi tämän kaltaiset asumispalveluyksiköt ovat erityisen tärkeässä asemassa.

Asumispalveluyksikössä on 4 eri kerrosta. Eri osastoista käytetään nimitystä '1. – 4. kerros', sillä asukasprofiili niissä on hyvin samantyyppistä ja lähiesimies on sama. Kerroksissa 1–2 asukkaat saavat liikkua vapaasti omassa kerroksessaan ja asumispalveluyksikön ulkopuolella ja tulla päihtyneenä sekä käyttää alkoholia omissa huoneissaan. Kerroksissa 3-4 on molemmissa 21–22 asukapaikkaa. Ne ovat suljettuja osastoja, joista asukkaat eivät voi itsenäisesti liikkua ulos osastolta. Keskityimme opinnäytetyössämme palveluasumisyksikön 3. ja 4. kerrokseen. Yksikön asukkaista huolehtii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu sairaanhoitaja, lähihoitaja, lääkäri, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja ja fysioterapeutti.

Diakonissalaitoksen arvot ovat lähimmäisyys, uudistuminen ja vastuu ihmisistä ja yhteiskunnasta. Yhtenä arvoista on myös oman historian arvostaminen. Diakonissalaitoksen toimintaa ohjaa kristillinen lähimmäisenrakkaus ja etiikka. Sen palvelut pyrkivät vastaamaan aidosti asiakkaiden tarpeisiin. Palveluorganisaationa Diakonissalaitos pitää keskeisenä jatkuvaa toiminnan uudistamista ja kehittämistä. Asumispalveluyksikköön hakeudutaan Helsingin sosiaaliviraston asumisen tuen (ASTU) kautta: Asunnottomien sosiaalipalvelut vastaavat helsinkiläisten täysi-ikäisten asunnottomien sosiaalipalveluista (Helsingin Diakonissalaitos 2011.)



Kohderyhmänämme ovat asumispalveluyksikön hoitotyöntekijät, jotka toimivat ohjaaja- tai sairaanhoitaja ammattinimikkeellä. Kerroksissa 3 ja 4 työskentelevät ohjaajat tekevät pääsääntöisesti kolmivuorotyötä. Aamuvuorossa työskentelee neljä tai viisi ohjaajaa, iltavuorossa kolme ja yövuorossa yksi ohjaaja. Asukkaiden hoitotyö perustuu psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukemiseen. Työtehtäviin kuuluu päivittäisissä toimissa tukeminen hoitosuunnitelman pohjalta. Osastolla toteutetaan omahoitajuutta ja nimetty omahoitaja huolehtii vastuuasukkaansa henkilökohtaiseen elämään liittyvistä asioista yhteistyössä asukkaan ja muun työyhteisön kanssa. (Helsingin Diakonissalaitos 2011.)

Asumispalveluyksikön asukkaat ovat alle 65-vuotiaita henkilöitä, joilla on jokin pitkäaikais sairaus ja muistisairaus tai jompikumpi näistä. Asukkaat ovat pääsääntöisesti taustoiltaan asunnottomia, mutta jokaisella on erilaiset taustat ja ongelmat, jotka ovat johtaneet asunnottomuuteen. Suurimmalla osalla on ennen asumispalveluyksikköön tuloa ollut myös päihdeongelmia. Asukkaiden fyysinen ja psyykkinen terveydentila sekä sosiaalinen toimintakyky ovat huomattavasti alentuneet ja he tarvitsevat apua arjen hoitotilanteissa. Dementoitumisen syitä ovat alkoholidementian lisäksi Alzheimerin tauti, eri dementian muodot ja aivovamma.

## 6.2 Aineiston hankinta

Haimme tutkimusluvan Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta. Myöntävän päätöksen jälkeen teimme yhteistyösopimuksen asumispalveluyksikön kanssa. Pyysimme haastateltavilta eli asumispalveluyksikön 3. ja 4. kerroksen hoitotyöntekijöiltä kirjallisen suostumuksen (Liite 1) tutkimukseen osallistumisesta ja yhteystiedot haastatteluiden ajankohdan sopimista varten. Saatekirje (Liite 2) jaettiin 3. ja 4. kerroksen hoitotyöntekijöille osastonhoitajan tapaamisen yhteydessä. Esittelimme opinnäytetyöaiheemme ja kerroimme teemahaastatteluista molempien kerroksien työntekijöille. Tutkimukseen osallistuvat ilmaisivat halukkuutensa osallistua tutkimukseen puhelimitse tai sähköpostitse. Saatuaamme myöntävän vastauksen, otimme haastateltavaan yhteyttä haastatteluajankohdan sopimiseksi.

Haastateltavan henkilötietoja on käytetty tutkimuksen ajan salassapitovelvollisuus huomioiden. Haastattelimme seitsemää asumispalveluyksikön 3. ja 4. kerroksen hoitotyöntekijää, jotka toimivat joko ohjaaja-, tai sairaanhoitaja-nimikkeellä. Koulutustaustana esiintyi lähihoitajia, sairaanhoitajia ja lastenhoitajia. Haastateltavat olivat kohdanneet työssään haasteellisia vuorovaikutustilanteita. Vastaukset eivät ole tunnistettavissa julkaistavassa kirjallisessa raportissa, henkilötiedot ja haastattelut hävitämme tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineistoa käytimme vain tähän tutkimukseen.

Toteutimme haastattelut Helsingin Diakonissalaitoksen asumispalveluyksikön tiloissa ja osastonhoitaja antoi haastateltaville luvan osallistua haastatteluun työaikana. Haastateltavat valikoituivat heidän oman henkilökohtaisen kiinnostuksensa mukaan. Haastateltava sai peruuttaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta tutkimuksen missä vaiheessa tahansa ja kaksi yhdeksästä haastatteluun osallistuvista peruutti tutkimukseen osallistumisen. Yhteyshenkilönä on ollut asumispalveluyksikön osastonhoitaja, jonka kanssa sovimme tarkemmin haastatteluiden ajankohdat ja haastattelupaikan. Tutkimuksen tehtävänä oli välittää kuva haastateltavan kokemuksista ja tunteista liittyen asukkaan käytösoireiden ilmenemiseen haasteena vuorovaikutustilanteissa.

Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluina (Liite 3) ja kysymykset olivat kaikille samat ja haastateltava sai vastata omin sanoin kysymyksiin. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Kysymysten teemat oli määritelty ennalta, mutta haastattelijoina vaihtelimme kysymysten sanamuotoa. Teemahaastattelu eteni tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Teemahaastattelu huomioi ihmisten tulkinnat asioista ja heidän asioille antamansa merkitykset ovat keskeisiä, samoin kuin sen, että merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa (Hirsjärvi & Hurme 2002, 41–48). Haastatteleamalla saamme asumispalveluyksikön hoitotyöntekijöiden omat kokemukset, tuntemukset ja ilmiön kohtaamisen vaikutukset omaan työhön parhaiten esille. Koimme, että hoitotyöntekijöiden omin sanoin kokemuksista kertominen sopii parhaiten kyseisen ilmiön tutkimiseen.

### 6.3 Aineiston analysointi

Tutkimuksessa käytimme aineiston analysoinnin metodina sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi toimi kirjoitetun ja suullisen kommunikoinnin analysointiapuna. Tutkimus tarkastelee sen avulla asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysin avulla voidaan tutkittavien ilmiöiden välisiä suhteita tuoda esille selkeästi kuvaillen lyhyesti ja yleistävästi. Sisällönanalyysin kautta pystymme erottamaan tutkimusaineistosta samantyyppisyydet ja erilaisuudet. Janhosen & Nikkosen (2003, 21–43) mukaan aineistoa kuvaavien luokkien tulee olla toisensa poissulkevia ja yksiselitteisiä. Sisällönanalyysi-prosessilla on erilaisia vaiheita: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu, tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi.

Aineistoa läpi käydessä valitsimme teemoittain analyysiyksiköt ja tutustuimme kerättyyn aineistoon teemoittain. Aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin. Aineiston analysoinnissa käytimme seuraavia kysymyksiä: Millä tavalla tässä aineistossa kuvataan haasteellisen käyttäytymisen ilmenemistä ja mihin tilanteisiin haasteellinen käyttäytyminen liittyy? Mikä on vuorovaikutuksen haasteellisuuden merkitys hoidon toteuttamiseen? Minkälaisia vuorovaikutustaitoja hoitotyöntekijöiltä edellytetään arjen ohjaustilanteissa asukkaan kanssa, jolla ilmenee käytösoireita? Minkälaista tukea ohjaajat tarvitsevat selviytyäkseen hyvin hoitotilanteista haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan kanssa? (Liite 4)

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Haasteellisen käyttäytymisen ilmeneminen hoitotyössä

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä haluttiin löytää vastaus kysymykseen, minkälaisissa arjen hoitotilanteissa ja miten käytösoireet ilmenevät. Hoitotyöntekijät olivat kohdanneet työssään monenlaisia käytösoireita, jotka tutkimuksessamme jakaantuivat kahteen luokkaan, käyttäytymisen oireisiin ja psykologisiin oireisiin. Käytösoireita ilmeni haastateltavien mukaan kaikissa hoitotilanteissa, jotka tutkimuksessamme on luokiteltu sosiaalisiin ja siirtymätilanteisiin. Haasteellisenä käyttäytymisenä haastateltavat kokivat myös asukkaan hoitovastaisuuden, huomionhakuisuuden, yhteistyökyvyttömyyden ja ylemmydentunteen. Käyttäytymisen oireisiin kuuluivat eri käytösoireet, joita olivat fyysinen aggressiivisuus, verbaalinen vihamielisyys, huutelu, levottomuus, vaeltelu, auringonlaskun ilmiö, uni- ja valverytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja estottomuus, toisto-oireet, esineiden siirtely, tavaroiden kuljettelu, keräily ja heittäminen. Psykologisiin oireisiin kuuluivat depressiiviset oireet ja keskittymiskyvyttömyys.

Auringonlaskun ilmiöön liittyviä oireita olivat mm. kiihtyminen ja levottomuus. Kiihtyminen ja levottomuus lisääntyivät iltaa kohden. Auringonlaskun ilmiötä esiintyi myös vaelteluna ja päämäärättömänä kävelynä kerroksessa. Levottomuus ilmeni mm. vilkkautena ja malttamattomuutena. Uni-, ja valverytmin häiriöt ilmenivät asukkaissa niin, että asukas ei kyennyt nukkumaan tai häntä nukutti koko ajan vuorokauden ajasta riippumatta. Joillakin asukkailla vuorokausirytmä oli häiriintynyt.

Sanotaan niitä auringonlaskun kävelijöiksi, ni Robert alottaa siinä viiden aikaan ja kymmeneen asti kävelee...

...nukkumiseen liittyviä ongelmia et joko päivärytmi on sekaisin...ei pysty nukkumaan tai...nukuttaa koko ajan.

...käytösongelma voi ilmetä silleen...että on hyvin ahdistunut, levoton, kulkee, kävelee, jopa hakee siitä semmosta konfliktia.

Kaikki haastatellut mainitsivat vastauksissaan verbaaliset käytösoireet. Verbaaliset käytösoireet ilmenivät verbaalisena vihamielisyytenä, huuteluna ja äänekkyytenä. Verbaalinen vihamielisyys tuli esiin kiroilemisena ja asukkaat saattoivat sanoa pahasti työntekijälle tai toiselle asukkaalle. Vihamielisyys esiintyi myös toisen ihmisen ärsyttämisenä eri tavoin. Myös fyysinen aggressiivisuus tuli esiin kaikissa haastatteluissa. Fyysisellä aggressiivisuudella oli monia eri muotoja haastateltujen kokemuksen mukaan. Fyysinen aggressiivisuus ilmeni joko uhkaavana käyttäytymisenä tai väkivaltaisina tekoina. Väkivaltaiset teot näytettiin raapimisena, lyömisenä, huitomisena, potkimisena, päälle kävelynä tai kepillä lyömisenä, puremisena, nipistämisenä ja tönimisenä.

...sanallista verbaalista aggressiivisuutta, kiroilu on hirveen yleistä...kiroillaan ja semmosta huutamista...

...näytetään kieltä ja välil vähän huitastaan ja välil vaan jatketaan matkaa...

..purkamaan sitä omaa pahaa oloaan...lyömisenä, esineiden, tavaroiden, ruokien heittäminenä.

...yks sellanen kuristustilanne mulla on ollut. Et mua on kuristettu, mut tota et...

Huutelu saattoi olla jatkuvaa tai ajoittaista huutamista.

...joillakin on aivan jatkuvaa huutoa, ei liity mihinkään tilanteeseen, kun huutaa vaan.

Toisto-oireet ilmenivät lampun sammuttamisena tai jonakin muuna toistuvana tekona. Eriksseen haastatellut mainitsivat sanojen jatkuvan toistamisen ja kyselyn. Asukkaat kyselivät pääsyä ulos ja tupakalle tai pyysivät karkkia ja osoittivat saman kysymyksen toistuvasti samalle tai eri työntekijälle. Osa asukkaista saattoi toistaa nimeään useita kertoja tauotta. Joillakin asukkaista toisto-oireet ilmenivät tavaroiden keräilyinä ja niiden kuljetteluina tiettyyn paikkaan kerroksessa tai tavaroiden heittämisinä esimerkiksi vessanpönttöön.

...saman lauseen toistamista koko ajan tai saman kysymyksen esittämistä koko ajan.

...on sellanen pakkorinki, mitä hän menee...halusi sen lampun sammuttaa...teki sitä varmaan kolme tai neljä kertaa...

Toiset tekee pesää sinne liinavaatehyllyihin, sieltäkin saattaa löytyä mitä vaan, et...tavaroiden kuljettelu ja omituisiin paikkoihin laittaminen...

Seksuaaliset käytösoireet ilmenivät haastateltavien mukaan hoitajien kosketteluna intiimeihin paikkoihin, käsien suutelemisena, lähelle tulemisena ja toistuvana epäsopivana vieraiden ihmisten kosketteluna sekä lähentelynä, joka monesti koettiin myös tahattomana toimintana. Seksuaaliset käytösoireet ilmenivät myös asukkaiden itsensä paljasteluna ja itse-tyydytyksenä. Seksuaaliväritteisiä puheita esiintyi kerroksissa paljon ja haastateltavat yhdistivät niiden ilmenemisen estojen häviämiseen.

...hän tyydytti itseensä siinä pöydässä sillä tavalla, ett tatti ihan näky...ni hän katto ohjaajaa ja sit tyydytti itseensä...

...meidän naisillahan on tätä riisumista. Et rinnat paljaana...jossakin määrätyssä vaiheessa aika yleistä, että riisutaan ja vaippasillaan juostaan...

Depressiiviset käytösoireet ilmenivät asukkaissa ahdistuneisuutena, sulkeutuneisuutena ja hiljaisuutena sekä erilaisina masennusoireina, joihin liittyi myös apaattisuutta ja vetäytymistä sosiaalisista tilanteista.

...on sitä ahdistusta paljon ja sellasta apaattisuutta...tietysti masennusta...

...se on sellasta apaattisuutta eli...niinku pysähtyneisyyttä...

Kaikki haastatellut mainitsivat keskittymiskyvyttömyyden. Keskittymiskyvyttömyys ilmeni asukkaan kyvyttömyytenä keskittyä käynnissä olevaan aktiviteettiin tai asukkaalta saattoi olla vaikea saada vastausta kysymykseen.

...asukas ei malta keskittyä siihen just mitä tehdään vaan se miettii jo...seuraavaa juttua...

...ongelmaa voi ilmaantua siinä kun asukas ei ymmärrä orientoitua juuri tähän aikaan ja paikkaan.

Haastatteluissa esiin tullut muu haasteellinen käytös ilmeni hoitovastaisuutena, huomionhakuisuutena, yhteistyökyvyttömyytenä ja ylemmyydentunteena.

...meidän henkilökunta...etkä sä ehdi pysähtyy, ni sitte se herättää semmosta että...mua ei huomattu.

...kokee, että on ikään kuin...muita korkeammalla tasolla, että muut on sairaampia kuin minä itse.

...ei tunnista...omaa sairautta...ajatellaan, et mähän oon ihan terve ja nää muut on sairaita.

Käyttöoireita ilmeni kaikissa arjen hoitotilanteissa. Hoitotilanteet jaettiin tutkimuksessamme kahteen luokkaan eli sosiaalisiin tilanteisiin ja siirtymätilanteisiin. Sosiaalisiin tilanteisiin sisältyivät ruokailutilanteet, lähitilanteet ja muut yhteisölliset tilanteet, joissa asukas oli muiden asukkaiden seurassa. Käyttöoireita ilmeni viriketoiminnan ja television katseluhetkissä ja kahvihetkissä. Lähitilanteissa haastateltava kosketti asukasta tai oli lähellä, kuten pesutilanteet, vaipanvaihdot, aamu-, ja iltatoimet sekä vaatteiden vaihtotilanteet.

...saatetaan töniä, purra, nipistää, huutaa...toisten nälvimistä on noissa ruokailutilanteissa.

...ei niinku meinaa malttaa syödä rauhassa.

...tämmöset viriketoiminnot...ihan niinkin arkinen asia kuin tv:n katselu, ni se on monille sitten jo liikaa...toiset asukkaat pyörii ympärillä ja telkkarin eessä ja sitten muut asukkaat sitte hermostuu siitä, että oot edessä.

Haastateltavien mukaan toisille asukkaille jo pienikin siirtyminen aiheutti oireilua, kun taas toisilla käyttöoireet ilmenivät esimerkiksi terveysasemakäynnin yhteydessä.

...muistiongelmallisilla on aika hankalaa...siirtymätilanteet eli semmonen liminoiditila kun siirrytään asiasta toiseen, paikasta toiseen, se siirtymätilanne

voi olla niinkin pieni, että siirrytään vaikka vuoteelta wc:hen tai sitten siirtymätilanne voi olla niinkin suuri, että siirrytään kodin ulkopuolelle asioimaan. Mennään vaikka terveysasemalle.

## 7.2 Vuorovaikutuksen haasteellisuuden merkitys hoidon toteuttamisessa

Toisessa tutkimuskysymyksessä haluttiin löytää vastaus kysymykseen, miten vuorovaikutuksen haasteellisuus vaikuttaa kokemukseen hoidon toteuttamisesta. Vuorovaikutuksen haasteellisuus ja vaikutus hoidon toteuttamiseen jaettiin tutkimuksessamme kolmeen eri luokkaan. Haasteelliset tilanteet herättivät hoitajissa tunteita, jotka tutkimuksessamme on luokiteltu haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa koetuiksi tunteiksi, jotka olivat joko negatiivisia tai positiivisia.

Kokemukset on jaettu tutkimuksessamme positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin. Haasteelliset tilanteet olivat kääntyneet joko negatiivisiksi tai positiivisiksi kokemuksi riippuen tilanteesta heränneistä tunteista tai asukkaan käyttäytymisestä. Negatiivisiksi kokemuksiksi luokiteltiin keskeytyneet hoitotilanteet, kiireestä johtunut hoitotilanteiden epäonnistuminen, vallankäyttö ja tunteiden valtaan joutuminen, kokemus oman intimitetin loukkauksesta, väkivallan kohtaaminen ja kipu, vuorovaikutustilanteen sujumattomuus sekä fyysinen ja henkinen kuormittavuus. Positiivisiksi kokemuksi luokiteltiin haasteellisen käytöksen kohtaaminen ammatillisena haasteena ja onnistuminen.

Haastateltavat kokivat eri tavoin tunteiden vaikutuksen hoidon toteuttamiseen. Tutkimuksestamme löytyi edellisten luokittelun jälkeen kolme erilaista näkemystä tunteiden vaikutuksesta hoidon toteuttamiseen. Yksi näkemys oli, että haasteellisessa tilanteessa heränneet tunteet vaikuttivat hoidon toteuttamiseen.

..riippuu niin myös siitä, millaisella fiiliksellä ite on niinku siinä et...jaksaa panostaa siihen ni se saattaa jopa onnistua...jos on ite vähänkin väsynyt tai ärtynyt ni sitte se saattaa mennä pieleen.



..omat tunteet vaikuttaa siinä kyl myös siihen miten hoitaa sen homman läpi..

Toisessa näkemyksessä haasteellisesta vuorovaikutustilanteesta haastateltavat kokivat kykenevänsä suhtautumaan tilanteeseen ammatillisesti, eivätkä kokeneet tunteiden vaikuttavan hoidon toteuttamiseen. Hoidon toteuttamiseen vaikuttivat muut tekijät kuin haastateltavan tunteet. Haasteellinen tilanne saatettiin jättää kesken ja palata hoitotilanteeseen asukkaana rauhoituttua.

...kato mä osaan niin ammatillisesti suhtautua niihin et se ei herätä sillä tavalla mitään tunteita, niinku muita kuin tälläsi ammatillisii tunteita, että ne ei mä kato niin ne ei enää persoonaan satu...

...no ei ne ei ne mulla mitenkään vaikuta siis et se hoito tehdään loppuun asti. Nii et sitä ei jätetä siihen. Et jos siin on joku tai voihan sitä hetkeks pitää taukoo et nyt ei yhteistyö onnistu ja jatketaan sitten myöhemmin...

Kolmannessa näkemyksessä haastateltava koki, että ammatillinen ja positiivinen lähestymistapa ei välttämättä vaikuttanut hoidon toteutumiseen.

...oma lähestymistapa voi olla kuinka semmonen selostavan, orientoivan rauhallinen niin ei se auta, jos hänen päässä naksahtaa niin se silloin naksahtaa...

Toivottomuuden ja ahdistuneisuuden tunteet koettiin negatiivisina ja niiden koettiin aiheuttavan henkistä kuormittavuutta erityisesti tilanteissa, joissa asukas oli verbaalisesti vihamielinen. Henkinen kuormittavuus ilmeni haastateltujen kokemuksissa henkisenä kipuna, töiden tuomisena kotiin, univaikeuksina ja ahdistuneisuutena sekä väsymyksenä. Toivotto muutta koettiin muun muassa tilanteessa, jossa haastateltava koki, että hänen ohjauksensa ei mennyt perille asukkaan nolostumisen ja heikon omanarvon tunnon vuoksi. Toivotto muutta koettiin myös tilanteissa, joissa haastateltava oli kokeillut erilaisia toimintatapoja haasteellisessa vuorovaikutustilanteessa, mutta koki, ettei sillä ollut vaikutusta tilanteen etenemisen suhteen.

..jos siin on päällä sellanen aggressio ja sellanen niinku voimakas tahto ja se persoona siihen ja näin niin tota sellaiset tilanteet on niinku henkisesti haastavia..

...toivottomuus on niinku sellanen tunne ja..kyllästyneisyys ja väsymys. Kun tuntuu, ettei mikään konsti auta.

...sitten sitä vähän uuvahtaa ja nukutaan iltavuorosta aamuun asti...

Ärtyneisyys koettiin negatiivisena tunteena. Ärtyneisyys haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa ilmeni kiukun ja vihan tunteina. Ärtyneisyyttä ilmeni sellaisissa haasteellisissa tilanteissa, joissa haastateltava joutui useasti toistamaan samoja ohjeita asukkaalle, jolla oli vaikeuksia keskittyä hoitotilanteeseen. Ärtyneisyyttä ilmeni myös tilanteissa, joissa haastateltava pyrki auttamaan asukasta hoitotilanteessa ja asukas vastusteli. Yhdessä tilanteessa haastateltava oli ärtymyksen vuoksi poistunut hetkeksi ja palasi myöhemmin jatkamaan hoitotilannetta.

...sellanen ärtymys että kun monta kertaa yrittää sanoa, että kuuntele nyt, että näin tehdään...tää ei oo ikävä juttu...välillä aika kiukkuinen niiden hoitotilanteiden jälkeen et ku ajattelee et ei vitsi ku tää on aina sama homma...

...ihan semmosta vihaa...mähän niinku koitan auttaa tätä ihmistä ja se sit vaan huitoo ja vastustelee ja et mähän haluun tälle ihmiselle parasta, mut ku eihän nää...

...pinna kestää sen minkä se kestää ja sit mennään katumusharjoituksiin ja sit palataan...

Pelon tunne koettiin negatiivisena tunteena. Pelko ilmeni myös säikähtämisenä haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa. Haastateltavat pelkäsivät aikaisemmin aggressiivisesti käyttäytyntä asukasta tai pelkäsivät tilanteessa, jossa asukas käyttäytyi aggressiivisesti tai väkivaltaisesti. Osa haastatelluista pelkäsi asukkaan lähelle menemistä hoitotilanteissa.

...onhan ne haastavia nekin tilanteet, joissa asukas on aggressiivinen, että on niinku tilanteita, joissa on melkein tullut lyödyksi tai on lyöty, mut silleen oikeesti et turpiin ois tullu jos ei ois pikkasen saanu väistetty. Et ois tullu tosi kovaa...

...sit se alko yks kaks lyömään sitä t-paitaa seinään ihan täysii ja sit katto mua tosi uhkaavasti ja alko juosta mua kohti ja mä juoksin sit siel käytäväl sitä pakoon...

...semmosta pelkoo, mut toisaalta niinku ymmärrystä et ku ymmärtää sen asukkaan sairauden ja taustat jotenkin ja punnitsee niitä sitten...

...ei niinku uskalla mennä koskemaan...siitä tulee kyllä aika ikäviä fiiliksiä...

...kyl vähän pelkäsin siin silleen kun se siinä takana hyöri...kävi vähän muhun käsiks yritti töniä ja potkia tai lähinnä töniä ja verbaalisesti silleen molla...joku hänessä tai niinku minussa vaan laukaisi hänessä minusta sellaisen reaktion...

...yritti huitaista niinku rupes sellaseks aggressiiviseks ni mie sit säikähin siinä aika paljon...

Haastatellut luettelivat lisäksi negatiivisia tunteita, jotka hetkellisesti nousivat haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa esille.

...hetkellisesti negatiiviset tunteet on semmosia niinku pettymys, epäonni, mitättömyys, pienuuden tunne, inho, viha, ärsytys, vitutus...

Haastatelluilla heräsi monenlaisia tunteita haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa asukkaan kanssa. Positiivisiksi tunteiksi koettuja tunteita olivat empatia ja rauha. Huumorin käyttö haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa oli yleistä.

...tulee sellanen sympaattinen tai empaattinen olo sellai niitä asukkaita kohtaan kuitenkin...

...jos ne on positiivisia tunteita ni myöhän ollaan hirveen inhimillisii, että tuota niin jos on semmonen kohtelias tilanne, et sopii näyttää että heittää huumoriks asukkaan kanssa...

...työn kuluessa niin sittenhän sitä saa sitä kokemusta ja ymmärtää sen ammatillisuuden just että se ei oo henkilökohtaisesti minua kohtaan vaan siinä täytyy vaan niinku rauhallisesti toimia ja jaksaa kuunnella se purkaus.

Haastateltujen kokemuksen perusteella haasteelliset vuorovaikutustilanteet muuttuivat joko negatiivisiksi tai positiivisiksi kokemuksiksi. Negatiivisia kokemuksia olivat hoitotilanteen keskeytyminen, hoitotilanteiden epäonnistuminen ja vuorovaikutustilanteiden sujumattomuus. Hoitotilanne jätettiin kesken erilaisten negatiivisten tunteiden vuoksi, kuten toivottomuuden tunteiden vuoksi. Vuorovaikutustilanne koettiin sujumattomaksi, kun asukas koki tilanteessa ahdistusta eikä ymmärtänyt hoitotilanteen merkitystä itsellensä. Asukas ei ymmärtänyt haastateltavan perusteluja hoitotilanteessa ja ahdistui. Hoitotilanteen epäonnistumiseen vaikuttivat kiire ja haastateltavan tunne omasta ärsyyntymisestä.

..hommahan jäi, on jäänyt multa kesken, jo ihan ajanpuutteen takia, kun oli monta muutakin hoidettavaa. Sitä meni sit toinen jatkamaan silloin ainakin paremmalla menestyksellä..

...kesken se oli jätettävä, että se toivottomuus tuli siinä niin suureksi, että ei siinä ollut oikein muuta mahdollisuutta...

...sit se tulee se ahdistus niin voimakkaana...sitten vaan huudetaan et ei mä en niinku pese, mä oon puhdas...et siinä se vuorovaikutus ei toteudu ollenkaan et vaik kuin yrittää jutella...

...ei ne oikeestaan vaikuttanu, muuta ku et osa niistä iltatoimista jäi tekemättä...

...sillai kiireellä tai ärsyyntyneellä fiiliksellä ni ihan varmasti ei onnistu niinku oikeesti se asukas vaistoo sen...

...jos se on kovin negatiivinen tunne...parhaiten se näkyy siinä, et tilanne jää kesken ja hoitaja poistuu paikalta...

Haastateltavilla oli kokemuksia tunteiden vaikuttamisesta asukkaiden valintaan hoitotyössä. Valikointi aiheutti huonoa omaatuntoa. Haastatelluilla oli kokemusta epäammatillisesta val-

lankäytöstä hoitotilanteissa ja kokemusta asukkaan itsemääräämisoikeuden loukkaamisesta. Epäammatillinen vallankäyttö lisääntyi haastateltujen mukaan iltapäivästä ja siihen liittyi haastateltavan väsymys. Asukkaan itsemääräämisoikeuteen liittyvissä kokemuksissa haastateltaville tuli ristiriitaisia tunteita, vaikka hoitotoimenpiteet oli perusteltu ja tehtä. Hoitotilanteissa ilmeni käytösoireita ja asukas kieltäytyi hoitotoimenpiteestä, eikä ymmärtänyt niiden tarpeellisuutta. Negatiivisena kokemuksena koettiin tunteiden valtaan joutuminen haasteellisessa vuorovaikutustilanteessa. Asukas käyttäytyi tilanteessa verbaalisen vihamielisesti.

..asukkaalla on vaivat ja ne on ihan määrät ja niinku yön jälkeen ja hän ei anna niitä vaihtaa. Siin pitää toisen niinku fyysisesti pitää kiinni asukkaasta, asukas huutaa kurkku suorana, yrittää potkia, yrittää käsiä riuhtoo ja toisen vaan täytyy tehdä sitten se..

...et sitä itsemääräämis...ja just sitä vallankäyttöä. Onko se aina niin tarpeellista, vai lähtekö se ihan oikeista asioista...me sitä mietittiin, et se usein sitä iltapäivää kohden kyl lisääntyy, että kun väsähtää...

...tuleehan siinä itellekin paha mieli sitä kans tavallaan kun pakotetaan mutta sitten kun on kyse siitä, että asukas on todella likainen ja on kakkaa housuissa...

...et siinä monta kertaa tulee vaikea tilanne, että kun on se asukkaan itsemääräämisoikeus, mut sitten kun toinen ei ymmärrä omaa parastaan.

Haastatteluissa esiintyi kokemuksia väkivallasta hoitotilanteissa ja sen aiheuttamasta kivusta. Väkivallan kohtaaminen koettiin myös oman intimitietin loukkauksena. Intimitietin loukkausta koettiin myös tilanteissa, joissa ilmeni seksuaalisia käytösoireita. Osalla haastatelluista oli kokemus siitä, että hoitotilanne oli kääntynyt asukkaan puolelta tulleeeseen fyysiseen aggressiivisuuteen ja hoitotilanne siksi pitkittyi tai keskeytyi. Haastatellut näkivät toiminnan myös asukkaan oman pahan olon purkamisena. Haastatteluissa ilmeni, että negatiiviset kokemukset aiheuttivat fyysistä ja henkistä kuormittavuutta.

...se vaan pikkasen nipistelee tosta...mut se menee sitä ohi et aika kovaa semmosta sietokykyä tarvitaan ja semmosta et sinunki tämmöseen kajotaan. Niinku sun krooppaan...

...että nipistetään ja hakataan joskus ja lyödään ja väännetään kättä. Meil nii kauheesti sellasta läpsimistä ja tönimistä on...sit hetken päästä se on joku

väärä ilme, väärä sana ja se onkin taas ihan eri tilanne...Niinku et ei voi aatella, et se on johdonmukaista, et tänään ollaanki hyvällä tuulella...

...kokeilen, missä vaiheessa ollaan tätä lääkityksen vaikutusta, että onnistuuko yhden hoitajan auttamana esimerkiksi aamutoimet, alapesut, vaipanvaihdot ja totesin sitten kädet mustelmilla, että ei...

...se voi tuntua hyvinkin negatiiviselta, pahalta, loukkaavalta, reviiiriä ja omaa intimiteettiä loukkaavalta. Kipeä, fyysisestä, kipeältä, totta kai se tekee kipeää, jos saa suorastaan niinko sanotusti turpaan tai joku nipistää, potkii, raapii, sylkee. Henkisesti se voi tuntua myös kipeältä, jos sieltä tulee kovinkin pahaa sellasta verbaalista ulosantia...

Haastateltujen kokemuksen perusteella haasteelliset vuorovaikutustilanteet muuttuivat siis joko negatiivisiksi tai positiivisiksi kokemuksiksi. Positiivisista kokemuksista tuli esille, että haastateltava otti käytösoireiden kohtaamisen ammatillisena haasteena itselleen ja sai kokemusta ammatillisesta vallankäytöstä tilanteessa. Positiiviseksi kokemus jäi myös silloin, kun haastateltu koki pysyneensä haasteellisessa tilanteessa tyynenä tai säilyttämään ammatillisessa mielessä omat kasvonsa sekä asukkaan kasvot. Haasteelliset tilanteet toivat esille myös kokemuksen onnistumisesta yhdelle haastatelluista. Humoristisen suhtautumisen tilanteeseen koettiin piristävän asukasta ja hoitotyöntekijää. Kaikilla haastatelluilla oli jokin positiiviseksi muuttunut kokemus haasteellisista vuorovaikutustilanteista.

...kyl se on varmaan myös semmonen positiivinen, että sehän vähän niinku on sulle koettelemus ammatillisesti. Kuinka sä otat tämän asukkaan ongelman, purkautumisen, ahdingon, aggressiivisuuden vastaan...näytön paikka.

...itteensä ilmaista näit kielteisiä ja myönteisiä tunteita siinä tilanteessa ammattitaidolla...ammatillisuus saa omat kasvot, et asukas säilyttää omat kasvot ja hoitaja säilyttää ammatillisesti omat kasvot..

...positiivisii tunteita on niinku semmonen niinku ilo, riemu, työvoitto, hallitsevuus, ehkä vallankäyttö...vallankäyttö ammatillisesti, että olet itse pysynyt olemaan tyynenä tässä tilanteessa...

...ei se ollut hassuttelua, kyllä se oli niinku ärtymystä, häneen pysty niinku vaikuttamaan siis pysty vaikuttamaan siihen ärtymykseen...

...onnistumisen tunteita, se kävi aika reippaasti kun oli itsekin hyvällä tuulella...

...minkä kokee sit tärkeeks ja kuitenkin niinku tällasta tasavertasta ihmisenä kohtaamista, vaikka toinen ei osaa ehkä sulle sitä viestittää ja...

### 7.3 Hoitotyöntekijän vuorovaikutustaidot haasteellisissa tilanteissa

Kolmannessa tutkimuskysymyksessä haluttiin löytää vastaus kysymykseen, minkälaisia vuorovaikutustaitoja edellytetään ohjaajalta tilanteissa, joissa käytösoireita ilmenee. Hyviä ja monipuolisia vuorovaikutustaitoja pidettiin vastauksissa tärkeinä ja vastauksissa korostui molemminpuolinen ymmärretyksi tuleminen hoitosuhteessa. Haastatteluiden perusteella luokittelimme vuorovaikutustaidot nonverbaalisiin ja verbaalisiin vuorovaikutustaitoihin, hoitotyöntekijän ammatillisuuteen vuorovaikutustilanteissa ja hoitotyöntekijän työskentelykeinojen käyttöön ja niiden valintaan vuorovaikutustilanteissa. Nonverbaalisiin ja verbaalisiin vuorovaikutustaitoihin kuuluivat ilmeet, katsekontakti, kehonkieli, eleet, kosketus, läsnä oleminen, huumorin käyttö, positiivisuus, äänen käyttö sekä verbaalisen viestinnän valinta asukkaan mukaan. Hoitotyöntekijän ammatillisuuteen vuorovaikutustilanteissa kuuluivat itsemääräämisoikeuden huomiointi hoitotyössä, intuitio, tiedon ja taidon-, sekä ammatillisen reflektoinnin yhdistämiskyky, ympäristötekijöiden huomiointi, kollegan esimerkin ja avun hyödyntäminen sekä arvostava ja rauhallinen lähestymistapa. Hoitotyöntekijän työskentelykeinojen käyttöön ja niiden valintaan vuorovaikutustilanteissa kuuluivat työskentelytavat ja kohtaaminen asukkaiden yksilöllisyyden mukaan, erilaisten roolien käyttö, rajaaminen ja ohjaaminen sekä mallin anto.

Haastatellut toivat esille omaan ammatilliseen vuorovaikutukseen liittyviä asioita. Vastauksista nousi esiin kollegan esimerkin tärkeys haasteellisissa tilanteissa. Haasteellista tilannetta lähdettiin selvittämään yhdessä ja tämä auttoi vuorovaikutustilanteen onnistumiseen. Haastatteluissa mainittiin, että haastateltu on saanut vuorovaikutustilanteisiin uusia ideoita

ja näkemyksiä opiskelijoiden tai uusien työntekijöiden kautta. Avun pyytäminen ja tiimityöskentelytaito koettiin myös tärkeäksi.

”...jos työntekijä kokee et on hankaluuksia asukkaan kanssa ni sit pyydetään kaveri siihen tilanteeseen...toinen saattaa tulla vaan joko kattomaan ja yhdessä mietitään miten hoidettais tää homma tai sitten yhdessä hoidetaan se koko homma alusta loppuun asti.”

...et semmoseski sit auttaa, et kertoo työkaverille sen että se olikin se tyyny ku piti laittaa oikein ja sit hän halus aina sen torkkupeiton samalla tavalla ja sit niitä niinku tuli.

...sosiaaliset taidot ni ei oo pahasta mut kyl tota hiljempikin ihminen pärjää ihan varmasti ja siks must tiimityö on siitä hyvä, että meit on just kaikenlaisii ihmisii, et ei kaiken tarvi olla tämmösiä suupalteja.

Hoitotyöntekijän ammatillisuus vuorovaikutustilanteissa näkyi myös ympäristötekijöiden huomioimisena. Haastatteluista ilmeni, että hoitotyöntekijän tulee tiedostaa ympäristötekijöiden tärkeys ja vaikutus vuorovaikutustilanteissa. Ympäristötekijöissä korostettiin ympäristön hiljaisuutta, arjen säännöllisyyttä ja valaistusta sekä yleistä tunnelmaa. Hoitotyöntekijä nähtiin vastauksissa yhtenä tekijänä ihanteellisen ympäristön järjestämisessä asukkaalle. Tärkeänä koettiin erilaisten häiritsevien tekijöiden poistaminen vuorovaikutustilanteesta.

...mitä tylsempää tuol on ni sitä paremmin meil mene hommat...rutiinit. Ihan niinku lapsillakin et se on se säännöllinen se ruoka-aika, lepo, ulkoilu...

Mitkä tekijät edesauttaa vuorovaikutusta ja puhuttiin siitä ympäristöstä, et se on mahdollisimman ihanteelliseksi järjestetty, poistetaan niitä häiritseviä tekijöitä.

...asukkaan huoneessa...voi olla hyvinkin hiljaista ja rauhallista ja kiva valaistus ja sopiva tunnelma. Et siel on hyvä keskustella asioita ja niinhän se pitäis ollakin...

Ajatellaan...meiän televisiotilaa...se on pyritty järjestämään silleen että siel on...hyvä keskustella ja olla vuorovaikutuksessa.



Tiedon ja taidon-, sekä ammatillisen reflektoinnin yhdistämiskyvyn koettiin auttavan vuorovaikutustilanteissa. Vastauksissa pidettiin tärkeänä hoitoalan teoriapohjan ja oman kokemuksen yhdistämistä sekä omien motiivien reflektointitaitoa vuorovaikutustilanteissa.

...Meil on koko ajan yllä ne tietyt tavat ja keinot työskennellä. On eri toimintamallit, minkä mukaisesti toimitaan. Ketä mikäkin ajatus ja malli tai teoria ohjaa...

...siin oli nyt se mun tarve...tän asukkaan tarpeen edellä...pysähdyin ja otin itteeni niskasta kiinni...onks tää nyt ihan järkevää.

...Pitää olla se teoriapohja siellä ja sitten pitää olla sitä kokemusta ja sitten ku ne pystyy yhdistämään niin sit sitä on aika pitkällä.

...hyvää vuorovaikutusta edesauttaa...omat tiedot, taidot eli tämmönen Knowledge, millä sä lähdet tähän vuorovaikutustilanteeseen tykittämään.  
...täytyy just tiedostaa nämä tällaset peruslainalaisuudet joita hoitotyössä on.

Hoitotyöntekijän ammatillisuus vuorovaikutustilanteissa ilmeni asukkaan itsemääräämisoikeuden ja eettisyyden huomiointina hoitotyössä. Haastatteluissa nähtiin hoitotyöntekijän rooli eettisyyden huomioijana haasteellisena. Tämä korostui tilanteissa, joissa asukas ei itse kyennyt ilmaisemaan omaa tahtoaan. Haastatellut pohtivat vastauksissaan itsemääräämisoikeuden toteutumista vuorovaikutus-, ja hoitotilanteissa.

...sit on tosi vaikeit ja sitte et otatko sä influenssarokotuksen. Ni meillähän ne tuikataan vaan kaikille...ku ei pysty ilmaseen sitä omaa tahtoo...

...ku ei pysty ilmaseen sitä omaa tahtoo...periaateessa ei sais tehdä niin ku sit sitä päätöstä

...itsemääräämisjutun kans siellä...esimerkiksi äänestys näiden meidän asukkaiden kanssa. Et onk se sitä, et hoitaja voi panna oman ehdokkaansa numeron kaikkiin...et missä menee sit se etiikka ja moraalit ja arvot...ku ei pysty ilmaseen sitä omaa tahtoo...

”...oli puhe minkäläistä tahansa...ei välttämättä mene...asia perille...mut...periaatteessa pitää se selittää et mitä ollaan tekemässä...”

Intuition koettiin olleen hyödyksi asukkaan kanssa, jonka viestintä oli pientä tai puhe ei ollut ymmärrettävää, kuten afasiassa. Intuitiota kuvailtiin asukkaan lukemistaidoksi tai jonkin ajatuksen saamiseksi hoitotilanteessa, jonka avulla tilanne lähti sujumaan hyvin.

...täytyy osata lukea sitä asukasta ja tuntea häntä...riittävästi..että tietää mistä narusta tuota ihmistä vedetään tälleen nyt jos sanoo...

...pitää... monella tasolla lukee...asukasta...osa meidän asukkaista ei osaa välttämättä...tuottaa ymmärrettävää puhetta eikä niinku... se viestintä on niinku tosi puuttellista tai pientä...ni pitää...aistii sitä tunnelmaa ja ...jotenki aistii sitä tilannetta.

...ja asukkaan ymmärrys ja ulosanti, jos on vaikka afasia tai tämmöstä voi olla hyvinkin heikkoa...niin sitä suurempaa...vuorovaikutustaitoa, aistimista, hokaamista se vaatii siltä hoitajalta...

Hoitotyöntekijän ammatillisuus näkyi hoitotyössä arvostavana ja rauhallisena lähestymistapana. Arvostavaan lähestymistapaan kuului haastateltujen mukaan ammatillinen kohtaaminen sen eri merkityksissä kuten sopivan etäisyyden eli distanssin pitäminen asukkaaseen ja asukkaan pitäminen arvokkaana. Oman pukeutumisen huomiointia pidettiin myös tärkeänä muun muassa, ettei asukas, jolla on seksuaalisia käytösoireita, provosoidu väärästä pukeutumisesta. Rauhallista lähestymistapaa pidettiin vastauksissa tärkeänä, jopa tärkeimpänä ja vastauksissa sen koettiin vaikuttaneen ratkaisevasti haasteellisen vuorovaikutustilanteen onnistumiseen. Vastauksissa mainittiin transferenssitunteiden huomiointi vuorovaikutustilanteessa. Rauhallisuuden tärkeys korostui myös tilanteissa, joissa asukkaalla ilmeni aggressiivista käyttäytymistä.

...rauhallinen lähestymistapa auttoi siinä hyvin ja homma suju melkein aina ongelmitta...

...oot ammatillinen ja kohtaat...asukkaan...yksilöllisesti ja kunnioittaen ja arvostavasti ja arvostaen et hän on yhtä arvokas kuin kuka tahansa muu.

...tiedettävä, kuinka lähelle menee, tiedettävä, millä äänensävyllä puhuu.

...täytyy vaan olla...rauhallinen ja katsoo suoraan silmiin ja sanoo selkeästi päästä irti heti.” Vaan tuijottaa ja sanoo sitä lausetta, et nyt hellitä ote.

Verbaalisina vuorovaikutustaitoina haastateltavat pitivät tärkeinä huumorin käyttöä ja positiivisuutta. Huumori koettiin tärkeänä mukavan ilmapiirin luomisessa ja asukkaan ajatusten poisviemisessä ehkä epämukavaksi koetusta hoitotilanteesta.

...haluan mennä iloisena kohtaamaan sen ihmisen ja sitten sillä tavalla saada sellaista mukavaa ilmapiiriä ja...huumoria, huumori on hyvin tärkeää ja...tiettyä reippautta...

...sitten on huumori...tosi tärkeä asia...vie ajatuksii jonnekin muualle...

...sairas huumori...jos asukas vaikka kiroilee ni sit voi...kääntää sen hyväksi ja sit sitä asukasta alkaaki itteensä jotenki jo naurattaa...

Äänenkäyttöön verbaalisena vuorovaikutustaitona kuului haastatteluiden perusteella äänenpainoon ja äänenkäyttöön liittyvät asiat sekä laulaminen ja keskustelu. Äänenpainossa oli haastateltujen mukaan tärkeitä rauhallisuus ja empaattisuus sekä puheen selkeys. Suomen kielen taitoa pidettiin tärkeänä osana verbaalista vuorovaikutusta. Osa haastatelluista käytti haasteellisissa tilanteissa laulamista tai keskustelua asukkaalle verbaalisena vuorovaikutuskeinona. Laulamisen ja keskustelun tarkoituksena oli saada asukkaalle parempi olo.

...pitää ite niinku verbaalisesti osata sillä tavalla ne asiat puhua selkeesti et asukas ymmärtää...

...hampaiden pesu ni siin samal voi vähän niinku lauleskella...tai kertoo...kysellä jotain muita asioita...jos joku asukas ei tykkää yhtään hampaiden pesusta...sais...hävvenettyy sitä tilannetta...muuta ajateltavaa ja sit se asia onkin jo tavallaan...tapahtunut siinä samalla...

Vastauksissa mainittiin, että joidenkin asukkaiden kanssa käytettiin hienotunteista ja kohteliasta viestintää ja toisille käskevämpää ja komentavaa sävyä. Viestinnän valintaa verbaalisena vuorovaikutustaitona perusteltiin sillä, että asukas ymmärsi ja pystyi vastaanottamaan viestin paremmin tällä tavoin.

...yks Anna...hänen kanssaan hyvin hienotunteista vuorovaikutusta, kohteliasta viestintää. Eli hänen kaa puhutaan hirmu nätisti ja kohteliaasti. Sillon homma hoituu ja hänet saa tekemään mitä haluaa. En tarkota mitenkään valankäyttöä, vaan mikä on juuri hänen hoidon kannalta sen päivittäisen rytmin kannalta tarpeellista.

...jotkut on semmosii että heille voi hyvin vahvasti viestiä käskevästi ja jopa komentavasti, et he ymmärtää sen, et se menee niinku sillä lailla perille. Et se vähän riippuu, kuka on siinä sun vastapuoli, kenelle sä viestit siinä

...erilaisia tapoja kohdata asukas et semmosta tulkintaahan se vaatii

...joskus on huono juttu, et tulee jonkun asukkaan luo ja menee nopeesti seuraavalle ja jää se edellisen asukkaan tyyli tavallaan päälle...mikä ei sit välttämättä toimi taas tällä seuraavalla.

...kun hän heittäytyy siihen lapsen rooliin...pitää tietää, miten kellekin asukkaalle...puhutaan tai viestitään, jotta saadaan haluttu tulos aikaseksi.

Nonverbaalisista vuorovaikutustaitoina haastateltavat pitivät tärkeinä ilmeitä ja katsekontaktia asukkaan kohtaamisessa. Haastateltavat kertoivat käyttävänsä ilmeitä tunteiden ilmaisuun ja asukkaan ohjaustilanteen tehostamiseen. Haastatellut pitivät katsekontaktia ylipäätään tärkeänä. Katsekontaktia käytettiin, kun hoitotyöntekijä halusi viestittää läsnäoloa asukkaalle.

...et se pelkästään et sä saat katseen siihen asukkaaseen, et sä katot sitä silmiin ni se voi jo kertoa sille asukkaalle niinku sen, et mie niinku haluan olla läsnä tässä hetkessä...

...voit itse ilmeillä siinä niinku...nyt mennään ja iloinen ilme niin toinen on siinä joojoojoo...

...jos on jotain negatiivista niin voi silleen torua ja silleen ottaa sellasen ilmeen et ei näin ei näin saa tehdä...ne on aika tärkeitä juttuja.

...must tuntuu, et ne ilmeet just kertoo, et ootko vihanen tai ilonen tai...

Haastateltavat pitivät tärkeänä välittää asukkaalle kehonkielen ja eleiden välityksellä rauhallisuutta ja turvallisuuden tunnetta. Vastauksissa pidettiin tärkeänä sitä, että hoitaja osaa lukea asukkaan ja itsensä kehonkieltä ja käyttää kehonkielen lukemistaitoa haasteellisten tilanteiden ennakoimiseen. Elekielen koettiin auttavan tilanteissa, joissa asukkaalla on vaikeuksia tuottaa puhetta. Kehonkieleksi koettiin myös hiljaisuus vuorovaikutustilanteessa.

...ei oo hiljaisuus ei oo pahaksi. Se on myös sitä vuorovaikutusta ja viestimistä eli sitä kehonkieltä. Et ollaan läsnä. Ei tarvi aina puhuu.

...täytyy osata ennakoida kehonkieltä itessään ja tietysti siinä..asukkaassakin, että mitä ehkä tulee tapahtumaan...

...ei pelkästään sitä, että osaa puhua, vaan et osaa niinku kohdata ja lukee sitä ihmistä päältäpäin. Kaikkea sitä käyttäytymistä ja liikkumista ja äänensävyä...

...ku ei pysty välttämättä kaikki edes tuottamaan puhetta tai ei puhu ni niille... elekieli...minkä tekee niinku kropalla sellai ni auttaa varmasti...

...eleethän on hirveen tärkeit...viestittää...asukkaalle elein ja ottein, että hänellä on turvallista olla siinä...

Haastatteluissa mainittiin kosketuksen käyttö nonverbaalisena vuorovaikutustaitona. Kosketusta käytettiin haastateltavien mukaan läheisyyden viestittämiseen. Haastatellut mainitsivat, että kosketuksessa oli tärkeitä tietää, miten lähelle menee asukasta ja että ymmärtää, milloin asukas tarvitsee kosketusta. Kosketus saattoi olla halaus, olkapäälle kosketus tai kädestä kiinni pitäminen.

...jos tuntee asukkaan hyvin tai tietää et sen lähelle voi mennä jopa koskettaa ni kosketus voi olla yks sellanen tosi hyvä...otat vaikka kädestä kiinni...näytät konkreettisesti mitä nyt tapahtuu...

...Vuorovaikuttamisessa on tärkeitä...muistiongelmiaisten kanssa ni kosketus joissakin tilanteissa...

...Kosketus ei oo aina paha vaan se voi olla toisissa tilanteissa tosi hyvä asukkaan kohdalla, jos näin niinku pystyy lukee siitä asukkaasta, että se niinku tarvii sitä kosketusta.

Läsnäolemisen käyttö yhdistettiin muuhun kehollisuuteen, mutta myös ammatillisuuteen. Läsnäollessa hoitotyöntekijä saattoi olla hiljaa ja katsoa asukasta silmiin viestittäen olevansa siinä hetkessä.

...katsekontakti ja olla läsnä asukkaalle niinku siinä hetkessä ni se on mun mielestä tosi tärkeitä

...kontaktissa asukkaan kanssa kahden läsnäolevasti.

...ei oo hiljaisuus ei oo pahaksi. Se on myös sitä vuorovaikutusta ja viestimistä eli sitä kehonkieltä. Et ollaan läsnä. Ei tarvi aina puhuu.

Haastateltavien mukaan työskentelykeinot valittiin vuorovaikutustilanteissa asukkaiden yksilöllisyyden mukaan. Yksilöllisyyteen sisältyi vastauksissa asukkaan persoona, luonne ja käyttäytyminen sekä sairaus ja psyykinen ja fyysinen kunto yleensä. Vastauksista kävi ilmi, että haastateltava ei odottanut asukkaalta normaalia käyttäytymistä asukkaan sairauden vuoksi. Kunto vaihteli sairauden etenemisen mukaan ja hoitotyöntekijä vaihtoi menetelmää sairauden vaihtelun mukaisesti. Sairauden edetessä vuorovaikutuskeinoja pohdittiin yhdessä myös moniammatillisen tiimin kanssa. Hoitotyöntekijä arvioi tilanteessa, tulisiko hän pärjäämään tilanteessa yksin vai tarvitsisiko muiden tukea. Pidettiin tärkeänä taitoa osata toimia erilaisten asukkaiden kanssa, mutta eri tavalla jokaisen kanssa.

...nääh on niin yksilöitä ja todellakin ku se sairas liikkuu vielä ja se sairaus etenee, pysähtyy ni tosiaan sit taas miettii et aha, nyt ollaanki täs vaihees ja usein me mietitään yhes sit niitä keinoja...

...hänen tasoisesti, hänen kielellään, että hän ymmärtää, täytyy siis puhua, viestiä.” ”...asukkaan tasosesti, täytyy taas ymmärtää, mikä on se hänen elämänkaarensa.

...on muodostunut jokaiselle asukkaalle semmonen tavallaan omanlainen käyttäytymistyyli ja tapa...tietää miten mitäkin asukasta käsitellään...

Erilaisten roolien käyttöä vuorovaikutuskeinona mainittiin haastatteluissa. Vastauksista löytyi hoitotyöntekijän rooli asukkaan kanssakulkijana tai äidin, ystävän roolissa. Hoitotyöntekijä mainittiin myös tulkkaajan ja tilanteiden rauhoittajan rooleissa esimerkiksi pienimuotoisissa viriketuokioissa.

..pitää sitten samalla olla kuin ihminen ihmiselle et olla semmonen kanssakulkija tai rinnallakulkija.

...siin ei olla vastakkain mut että tavallaan ku...ohjaaja joutuu niin moneen rooliin...milloin se tarttee äitiä, millon se tarttee ystävää, millon se tarttee mitäkin et siin joutuu niin monenlaiseen rooliin...pitää vähän tiedostaa mitä se ammatillisuus on.

Se on vähän niinku sellasta peliä..peilataan...heitetään viesti ja peilataan mikä on palaute.

Ohjaamista, rajaamista ja mallin antoa käytettiin vuorovaikutuskeinoina haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa. Ohjaamista käytettiin vuorovaikutuskeinona asukkaan kanssa, jolla oli afasiaa. Ohjaamistilanteissa käytettiin myös mallin antoa. Mallin antamista käytettiin, kun haluttiin auttaa asukasta hahmottamaan jokin esine tai asian tekeminen paremmin. Ohjaamiseen ja rajaamistilanteisiin liittyi haastatteluissa myös nonverbaalinen ja verbaalinen viestintä yhdessä. Haastatteluista tuli esille tilanne, jossa asukas tyydytti itseään ja haastateltava rajasi hienotunteisesti asukasta ja ohjasi hänet omaan huoneeseen. Rajaamistilanteissa korostettiin äänenpainon tärkeyttä ja hellää otetta. Merkitystä onnistumiselle oli myös tilanteen rauhallisuus.

...aivovammanen afaatikko...sillonhan se sun viestiminen on sitä, että sä et välttämättä käytä suuta ollenkaan vaan sä ilmein elein ja ihan käest pitäen otat ja näytät mitä teet tai teet tämän asukkaan puolesta.

...painat vähän istumaan tuoliin, et nyt istutaan tähän..varsinkin ihmisille joilla on..muistisaurauksia...auttaa niitä hahmottamaan sen tuolin paremmin ku ninku konkreettisesti näyttää...

...ruokailutilanteissa...asukkait syötetään...ne saattaa nousta sata kertaa pystyyn siinä niin ja sitten ohjataan taas et tähän istut ja näin...hirveesti auttaa se, et se ympäristö ja se tilanne on rauhallinen.

...itsetyydytystilanteissa oon...kokeillu et: ”sovitaaks et meet niinku huoneeseen, et mä vien sut sinne huoneeseen ja tuun kohta hakeen sut”...pitää olla lupa...vaan et sitä tapahtuu paikassa missä seon sitten sopivaa...ei tarvi katsella sitten jos ei niin halua.

#### 7.4 Hoitotyöntekijän selviytymistä tukevat tekijät

Neljännessä tutkimuskysymyksessä haluttiin löytää vastaus kysymykseen, minkälaista tukea hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa selviytyäkseen hyvin haasteellisista hoitotilanteista asukkaan kanssa. Vastauksien mukaisesti tuen tarpeet luokiteltiin kahteen luokkaan. Hoitotyöntekijät kokivat tarvitsevansa psyykkisen ja fyysisen jaksamisen tukikeinoja ja turvallisuustekijöitä ja työyhteisön yhteisiä käytäntöjä. Psyykkisen ja fyysisen jaksamisen tukikeinoja olivat, koulutus ja lisäkoulutus, työhönohjaus ja jälkipuinti, hyvä työilmapiiri ja virkistystoiminta, kollegiaalinen tuki, esimiehen ja työnantajan tuki ja riittävä henkilöstö. Turvallisuustekijöihin ja työyhteisön käytäntöihin tuen tarpeena kuuluivat turvajärjestelmän toimivuus, työtilojen suunnittelu, yhteiset käytännöt ja lääkehoidon turvallisuus.

Kollegiaalisen tuen merkitys korostui vastauksissa. Työkavereiden tuen tärkeys mainittiin kaikissa haastatteluvastauksissa. Kaikki kokivat saavansa työkavereiltaan tukea tarvittaessa tai pyydettyäessä. Tukea kaivattiin erilaisissa haasteellisissa tilanteissa, kuten uhkaavissa tilanteissa. Haastateltu saattoi kertoa työkaverilleen menevänsä aggressiivisesti käyttäytyneen asukkaan huoneeseen ja toinen oli lähellä tukemassa tarpeen mukaan. Jotkut kokivat, että yhdessä työskentelyä voisi olla enemmänkin. Tärkeäksi koettiin henkinen ja fyysinen työkaverin tuki, se ettei tilanteista tarvinnut suoriutua yksin. Haasteellisia asioita käytiin työkavereiden kanssa läpi ja kuunneltiin toisen kokemuksia tilanteista ja opittiin siitä. Työkaverin erilaisia työtapoja arvostettiin vastauksissa. Heitä oli auttanut kollegojen apu ja neuvot. Työyhteisön raporttihetkiä pidettiin tietynlaisena työhönohjauksellisenä tuokiona, minkä vuoksi haastatellut pitivät niitä merkittävinä, samoin kuin tiimikokouksia. Raporttihetkissä, joissa ei ollut ulkopuolista työhönohjaajaa, haastatellut kokivat saavansa tuoda vapaasti esille omia mielipiteitään. Raportit koettiin tärkeinä tunteiden purkuhetkinä. Haasteellisissa tilanteissa heräsi mm. kyllästymisen ja onnistumisen tunteita, jotka koettiin tärkeiksi saada jakaa muun tiimin kanssa. Tiimikokouksissa saattoi olla mukana myös osaston vastaava tai yksikön johtaja.



..jos on esimerkiksi ollu uhkaavia tilanteita ni aina lähetään kahestaan...et sitten toinen voi jäädä siihen niinku et kuinka tilanne lähtee, jätetään ovea auki ja kerrotaan et mä oon nyt menossa sinne..

...meil onki sellanen työryhmä, et mie saanki siinä aika paljon tukea et en mä varmaan pystyis tekeen tätä jos mie kokisin, et mie en mistään saa tukea...

..mun vaan tarvi tietsä saaha se ulos ja puhuu se asia muun työryhmän kanssa. Helpottaa et saa jakaa sen asian niille työryhmän kanssa..

...tarvitaan semmosta tukea että ymmärrystä tulee, et tulee ymmärretyksi ja vahvistaa omia ajatuksia ja päätelmiä ja jaetaan sitä tietoa, semmosta kollegiaalista tukea..

Työnohjauksen järjestäminen säännöllisesti kerran kuukaudessa koettiin vastauksissa merkittävänä tukena. Ulkopuolisen väliintuloa pidettiin joissakin tilanteissa hyvänä ratkaisuna. Työnohjausta pidettiin tärkeänä tukena erilaisten hoitotilanteiden aukaisemisessa ja erilaisten kokemusten jakamisessa, kuten millä keinoin on erilaisista tilanteista selvitty. Tukea koettiin saatavan mm. työterveyshuollosta, mutta suurimmaksi tueksi koettiin työttöimien, esimiehen ja työnantajan antama tuki. Henkisen kuormittavuuden itsesäätelyn tärkeys nostettiin myös esille. Tärkeänä pidettiin, että haasteellisissa tilanteissa pystyy suojaamaan itseään.

..ei ole kyllä aika pitkään aikaan ollut sitä työnohjausta, et mun mielestä sitä vois olla useamminkin...kyl sitä sais mun mielestä olla kerran kuussa, vähintäänkin..

..tukea saa myös ammattiauttajilta, työterveyshuolloilta. Mut lähin tuki tulee työkaverilta eli siltä työttöimiltä. Ja sen jälkeen esimieheltä ja sen jälkeen hierarkiassa ylöspäin..

..pystyy unohtaa ja nollata sillä lailla et kuitenkin pitää olla ammatillinen ja suojata itensä, ettei päästä niitä asukkaita liian lähelle niinku henkisessä ja psyykkisessä mielessä..

Jälkipuinnin tärkeyttä tukimuotona korostettiin haastatteluvastauksissa. Jälkipuintia kaivattiin väkivaltatilanteiden jälkeen ja isommissa kriisitilanteissa, jotka olivat olleet henkisesti tai fyysisesti raskaita. Ajateltiin, että jälkipuintimahdollisuus tulisi olla enemmänkin käytäntö kuin sellainen tukimuoto, jota pitää erikseen kysyä, haluaako hoitotyöntekijä sitä.

...on mahdollisuus priefingiin...et musta sen pitäis olla käytäntö. ..ei aina tarvi olla ...et joku kuolee käsiin...vaan ... henkinen juttukin on. Fyysistki väkivaltaahan meil on ihan...et ihan semmosessa...

...minust sen pitäis siis olla ihan rutiini..”..Diakkarillahan on oma priefingryhmä, mis on koulutettu tämmönen, jotka tulee sit paikalle tai haluutko mennä sinne tai varmaan kotiinkin, jos haluut et on joustava..

Haastatteluissa korostettiin hyvän työilmapiirin ja virkistystoiminnan tarpeellisuutta. Virkistystoiminta hyvän työilmapiirin ylläpitäjänä koettiin jonkin verran tärkeänä. Haastatellut kokivat, että yhteisen tekemisen avulla oppii tuntemaan toista ja tiimi hioutuu yhteen. Positiiviseksi koettiin yhdessä tekeminen työn ulkopuolella. Hyvän työilmapiirin ylläpitämistä avoimen kommunikoinnin avulla korostettiin haastatteluissa. Tärkeänä pidettiin erilaisuuden hyväksymistä.

..tottakai et yhdessä tehdään jotain juttuja et sillä tavalla se oma tiimi hioutuu ja oppii tuntemaan toisensa..

Esimiehen ja työnantajan tarjoamaa tukea arvostettiin. Vastauksista ilmeni, että esimiehen ja työjohton tukea pidettiin tärkeänä. Tukea odotettiin asioissa, jotka vaikuttivat työhyvinvointiin ja jaksamiseen työssä. Esimieheltä odotettiin järkevää työvuorosuunnittelua ja hyvää palautteen antoa sekä toimivaa esimies-alaisuuhdetta. Esimiehen rooli koettiin tärkeäksi haastavien tilanteiden selvittämisessä. Odotettiin, että esimiehelle voi tulla kertomaan tilanteista ja esimies puuttuisi niihin ja että tilanteita käytäisiin yhdessä läpi.

..työhyvinvoinnista ja jaksamisesta....semmoseenhan johto voi vaikuttaa. Et työvuorosuunnittelulla ja semmoisella. Henkisellä tuella..

..esimies ottaa..vakavissaan ne semmoiset ongelmatilanteet ja puuttuu niihin ja yhdessä käytäis niitä läpi..

Riittävän henkilöstön määrä hoitotyöntekijöiden kokemuksien mukaan tuki heitä haasteellisista tilanteista selviytymisessä. Hoitotyöntekijöiden määrän vähyden koettiin vaikuttavan kohtaamiseen laatuun heikentävästi ja yleisesti oltiin sitä mieltä, ettei hoitotyöntekijöitä ollut riittävästi työyksikössä haastatteluiden aikaan. Työmäärä koettiin liian suureksi ja mai-

nittiin myös, että resursseissa tulisi ottaa huomioon asukkaiden hoidollisuus paremmin. Kaivattiin myös lisää sairaanhoitajaresursseja asumispalveluysikköön.

...ei ole oikeastaan aikaa näille ihmisille niin se vaikuttaa kohtaamisen laatuun..

..sen ymmärtämistä et kohtaako ne henkilökuntamäärä...onko ne sopivassa suhteessa asukkaiden hoidollisuutta vastaan..

..resurssi juttu on tällä hetkellä meillä pinnalla et tuntuu ettei riitä meidän kädet siihen työmäärään..

..riittävä miehitys eli työntekijöitä, hoitajia pitää olla tietty määrä töissä..

Tueksi kaivattiin omaa lääkäriä asukkaille asumispalveluysikköön. Haastatteluiden aikana asukkaiden lääkärit sijaitsivat asumispalveluysiköstä kauempana. Hoitotyöntekijät kaipaivat asukkaille lääkäriä, joka tuntisi heidät ja heidän sairautensa hyvin. Hoitotyöntekijät kokivat lisäksi, että oma lääkäri asumispalveluysikössä lisäisi huomattavasti aikaa asukkaan hoitotyöhön.

..se vie hirveesti aikaa et me joudutaan ramppaamaan tonne Itikseen asti..sellaset lääkärit jotka ei tunne näitä asukkaita...hankalaa se hoito siellä..

Psyykkisen ja fyysisen jaksamisen tukikeinoihin kuuluivat koulutus ja lisäkoulutus. Kaikki olivat sitä mieltä, että koulutus ja sen kautta tullut tieto tukee hoitotilanteissa selviytymistä ja tuo lisää turvallisuutta. Vastauksista kävi ilmi, että hoitotyöntekijät suhtautuivat pääsääntöisesti positiivisesti lisäkoulutukseen. Osa hoitotyöntekijöistä kaipasi ja piti tärkeänä tukena työssä muistisairaana kanssa validaatiokoulutusta ja dementoituneen asukkaan hoitotyöhön liittyvää lisäkoulutusta. Osittain oltiin tyytyväisiä työnantajan tarjoamiin kouluttautumismahdollisuuksiin.

...tietohan tukee tätä ymmärrystä ja antaa taitoa toimia näissä tilanteissa ja sitä kautta sitten hakea tukea, apua, myötätuntoa lisää..

..kun on tarpeeksi tietoo, se myös lisää sitä turvallisuutta ja sitten oma käytös. Toimit sen tiedon ja tilanteen mukaan..

Hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan yhtenä tuen tarpeena oli turvallisuustekijöistä huolehtiminen. Erityisesti yövuoroissa korostui puutteet työtiloihin liittyen. Yövuoroissa työskenneltiin yksin ja haastatteluiden aikaan yksi turvakamera oli poissa käytöstä. Moni haastatelluista mainitsi toimiston turvattomuuden. Toimistossa oli vain yksi uloskäynti ja tämä lisäsi selkeästi hoitotyöntekijöiden turvattomuutta. Toimiston ovelle kaivattiin mm. porttia, etteivät asukkaat pääsisi sisälle. Haastatteluissa mainittiin, että ympäristö tulisi olla mahdollisimman turvalliseksi tehty ja että asumispalveluyksikkö on alun perin tehty parempikuntoisemmille asukkaille. Tämän hetkisten asukkaiden koettiin tarvitsevan enemmänkin ryhmäkodin omaisia tiloja.

..ja sit mie oonki ollu silleen et oh no et mitä tapahtuu et voiko se vaikka tappaa miut sinne?..työtiimi ja turvajärjestelmät ja suljetut ovet ja arkisin esimies on läsnä..

..yötyössä, kun sä oot siinä osastolla niinku yksin ja meil on se toimisto sellanen sumppu, mist sä et pääse karkuun..

..toimisto sellanen pieni ja ahdas ja jos asukas tunkee sinne, sie oot tavallaan siellä loukussa..

..semmonen portti, et asukkaat ei pääsis sinne toimistoon ja me oltais turvasa..

..fyysinen ympäristö se miljöö pitää olla mahdollisimman turvalliseksi saatettu..

Haasteellisiin tilanteisiin liittyviä tuen tarpeita olivat myös turvajärjestelmän toimivuuteen liittyvät asiat. Asumispalveluyksikössä oli käytössä kannettavat hälytyslaitteet, joissa oli vartija-, ja hoitajakutsu erikseen. Hoitotyöntekijöiden kokemusten mukaan vartijoiden tulo paikalle kesti liian kauan tilanteissa, joissa apua tarvitsi välittömästi. Haastatteluissa kerrottiin, että hälytyslaitteet antavat vikahälytyksiä herkästi ja ne koettiin toimimattomiksi ja liian isoiksi mukaan kannettaviksi. Asumispalveluyksikköön kaivattiin omaa vartijaa, joka tulisi välittömästi paikalle. Vartijan nopeasti paikalle saatavuutta kaivattiin siis tilanteissa, joissa asukas käyttäytyi aggressiivisesti. Vaara-, ja uhkatilanteista kirjoitettiin ilmoitus, joka lähetettiin eteenpäin. Ilmoittamista pidettiin tärkeänä sen vuoksi, että tilanteet käsitellään hyvin ja niihin puututaan.

..hälynappulat ja muut et saadaan joko vartija paikalle tai sitten se et muista kerroksista tulee. Tietysti seki on todettu et vartijat tulee kyl niin hitaasti ja sit jos on tosi hätä niin se on poliisi..

..resursseja ei ole, mutta talossa oma vartija, ois heti saavutettavissa..

..jos puhutaan niistä takeista eli sinne Securitakseen, siinä on hoitajakutsu ja vartijakutsu. Aivan surkeat ja toimimattomia, mitään tekemättömiä. Mötikät on liian suuria ja hankalia mukaan kannettavaksi. Ne on aina huollon tarpeessa, vika hälytysmahdollisuus herkkä..

Harva haastatelluista koki olonsa täysin turvalliseksi. Asukastuntemuksen koettiin lisäävän turvallisuuden tunnetta, samoin yhteisten hoitolinjausten. Turvattomuutta koettiin eniten yövuoroissa. Turvalliseksi taas olo koettiin arkena päivävuoroissa, kun muu työtiimi oli paikalla ja esimies oli läsnä sekä turvajärjestelmät toimivat. Selkeitä toimintaohjeita vaara- ja uhkatilanteiden varalle kaivattiin työyksikköön. Yhteisten hoitolinjausten tekeminen koettiin tärkeänä tukena ja lisäävän turvallisuutta. Lisäkoulutuksen tarvetta olisi lääkehoidon toteuttamiseen liittyen. Osa koki, ettei kaikilla hoitotyöntekijöillä ole riittävää koulutusta lääkemuutosten tekemiseen ja toteuttamiseen sekä kirjaamiseen. Haasteellisissa tilanteissa koettiin tärkeäksi, että tavarat löytyvät oikeilta paikoilta.

”..et tavallaan myös lähihoitajien pitää ottaa se vastuu niinku ja siihen ei oo välttämättä totuttu et ennen ku sairaanhoitaja ollu lääkärintierolla ja niinku oppinu siihe miten kirjataan ja merkitään muutokset ja miten niinku aletaan toteuttaa sitä..”

”..monesti sit virheitä niinku kirjaamisissa ja niinku siin asian viemisessä loppuun, että on varmasti tulosteet oikeissa paikoissa ja lääkemuutokset tehty ja vaan et homma niinku pyörii ni se on tosi haasteellista..”

”..Ni sit siihen menee yks kaks semmonen ihminen joka ei välttämättä ole tehnyt sellaista aiemmin tai jolla ei ole koulutustakaan ymmärtää kaikkia niitä osa-alueita, koska ei oo resursseja sairaanhoitajille..”

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata palveluasumisyksikön asukkaiden haasteellisen käyttäytymisen ilmenemistä hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Tarkoituksena oli myös kuvata, minkälaisissa tilanteissa haasteellista käyttäytymistä ilmeni. Tutkimuksen mukaan haasteellista käyttäytymistä ilmeni siirtymätilanteissa ja sosiaalisissa tilanteissa. Haasteellinen käyttäytyminen ilmeni monimuotoisina käyttäytymisen oireina kuten huuteluna, vaelteluna, uni-, ja valverytmin häiriönä, toisto-oireina ja tavaroiden kuljetteluna, verbaalisena vihamielisytenä, fyysisenä aggressiivisuutena ja levottomuutena sekä seksuaalisina käytösoireina ja auringonlaskun ilmiönä. Psykologisina oireina näyttäytyivät depressiiviset oireet ja keskittymiskyvyttömyys. Tulosten mukaan haasteellinen käyttäytyminen ei ollut aikaan tai paikkaan sidottu. Poikkeuksen tähän teki auringonlaskun ilmiö, jonka oireet lisääntyvät iltaa kohden. Haasteellista käyttäytymistä ilmeni kaikissa hoito-, ja vuorovaikutustilanteissa.

Opinnäytetyössä korostuivat haasteellisen käyttäytymisen muotoina levottomuus ja fyysinen aggressiivisuus sekä verbaalinen vihamielisyys. Samansuuntaisia tutkimustuloksia levottomuuden ja aggressiivisuuden yleisyydestä esiintyi muissakin tutkimuksissa (Laitala 2008; Saarnio, Isola & Mustonen 2011). Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmän mukaan levottomuusoireisiin eli agitaatioon kuuluivat kaikentyypinen aggressiivinen käyttäytyminen, joka ilmenee dementoituneen epätarkoituksenmukaisella aggressiivisuudella, äänekkyydellä tai motorisena aktiivisuutena. Levottomuus ilmenee myös vihamielisenä käyttäytymisenä, kuten kiukutteluna ja kiroiluna, uhkaavana käyttäytymisenä, ovien paiskomisena tai fyysisenä väkivaltana. (Vataja ym. 2001.)

Levottomuuden taustalta löytyy usein jokin selittävä tekijä, kuten dementoituneen pelko, masennus tai stressi. Näihin syihin puuttumalla voi oireilua helpottaa. Aggressiivisuus ja levottomuus liittyvät yleensä kognitiivisten taitojen ja päivittäisistä toiminnoista selviyty-

misen heikentymiseen sekä varhaisempaan dementian alkamisikään. Opinnäytetyön toteutuspaikan asukkailla dementia on alkanut varhain, johtuen mm. aikaisemmasta päihteydenkäytöstä. Dementoituneilla asukkailla kyky kommunikoida verbaalisesti on usein puutteellinen ja siitä seuraava ahdistus voi myös ilmetä levottomuutena. Vaikka dementoituneen asukkaan aggressiivisuus on usein hoitotilanteisiin liittyvää ja ennakoitavissa olevaa, aiheuttaa se tutkimustulostemme mukaan hoitajissa pelon ja turvattomuuden tunteita sekä aiheuttaa henkistä kuormittavuutta. Haasteellinen käyttäytyminen heikentää myös asukkaiden elämänlaatua ja alttius ryhtyä pahoinpitelijäksi kasvaa. (Vataja ym. 2001.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuoda esille hoitotyöntekijöiden kokemuksia vuorovaikutustilanteiden haasteellisuudesta ja miten haasteellisissa vuorovaikutustilanteissa nousevat tunteet ovat vaikuttaneet hoidon toteuttamiseen. Tuloksien perusteella negatiivisten tunteiden kokeminen vaikutti olevan suuremmassa roolissa kuin positiivisten tunteiden kokeminen. Tämän perusteella voisi tehdä johtopäätöksen, että haastateltujen hoitotyöntekijöiden työ oli henkisesti kuormittavaa ja että sen vuoksi negatiivisten tunteiden kokeminen oli yleisempää. Negatiivisia tunteita olivat toivottomuus, ahdistuneisuus, ärtyisyys, pelko ja turvattomuus, joiden koettiin aiheuttavan henkistä kuormittavuutta.

Tuloksissa negatiivisia kokemuksia olivat hoitotilanteiden keskeytyminen ja epäonnistuminen sekä vuorovaikutustilanteiden sujumattomuus. Hoitotyöntekijöiden kokemukset asukkaan väkivallasta ja sen aiheuttamasta kivusta olivat yleisiä. Hoitotilanteet saattoivat keskeytyä tai pitkittyä asukkaan aggressiivisen käytöksen takia ja negatiiviset kokemukset aiheuttivat fyysistä ja henkistä kuormittavuutta. Hoitotilanne jätettiin kesken myös erilaisten negatiivisten tunteiden vuoksi, kuten toivottomuuden vuoksi. Hoitotilanteen epäonnistumiseen vaikuttivat kiire ja haastateltavan tunne omasta ärsyyntymisestä. Eri tutkimuksissa on todettu, että henkilökunnan jaksaminen vaikuttaa asukkaiden kohteluun. Väsyneenä hoitotyöntekijän kyky hillitä itseään saattaa heikentyä. Hoitotyöntekijöiden kiire ja stressi kokemuksena voivat altistaa asukkaiden kaltoinkohtelulle. (Leinonen ym. 2002; Isola, Laitinen-Junkkari, Rissanen, Vitikainen 1997; Sipilä 2008, 55.) Tämän opinnäytetyön tuloksissa oli havaittavissa muutamia fyysisiä kiinnipitotilanteita, joissa asukas vastusti hoitotoimenpiteitä. Esimerkeissä ei kuitenkaan ollut viitteitä kaltoinkohtelusta. Tuloksissa korostui hoito-

työntekijöiden kokema pelko ja turvattomuus liittyen asukkaan aggressiiviseen käyttäytymiseen. Turvattomuus korostui erityisesti yövuoroissa, joissa hoitotyöntekijät työskentelevät yksin. Myös puutteet turvallisuusjärjestelmissä aiheuttivat turvattomuutta hoitotyössä. Hoitotyöntekijät kokivat haasteellisen käyttäytymisen ajoittain henkisesti kuormittavana. Muissakin tutkimuksissa on todettu, että asukkaiden haasteellinen käyttäytyminen vaikuttaa hoitotyöntekijöiden jaksamiseen ja hyvinvointiin (Vataja ym. 2001; Leinonen, Kanala & Naumonen-Tuomela 2002; Liukkonen 1993; Liukkonen & Laitinen 1995).

Tulosten mukaan hoitotyöntekijät kokevat haasteellisissa tilanteissa myös positiivisia tunteita, joista yleisimpiä ovat empatian kokeminen asukasta kohtaan, rauha ja huumori. Positiivisissa kokemuksissa hoitotyöntekijä koki onnistuvansa, kun hän otti haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan kohtaamisen ammatillisena haasteena säilyttäen tilanteessa oman tyyneytensä. Positiivisena kokemukset jäivät mieleen myös siksi, että hoitotyöntekijä oli kokenut säilyttävänsä omat ja asukkaan kasvot. Ymmärrys asukkaan taustoista ja sairaudesta sekä hoitotyöntekijöiden työkokemus voisi selittää positiivista hoitotyöntekijöiden suhtautumistapaa. Hoitotyöntekijän luottamus omaan ammattitaitoon ja omiin keinoihin kohdata haasteellisesti käyttäytyvä asukas auttavat säilyttämään positiivisen suhtautumisen hoitotilanteissa. Positiivisten tunteiden kokeminen vaikuttaisi olevan yleisempää niillä hoitotyöntekijöillä, joilla on enemmän kokemusta muistisairaiden asukkaiden hoitotyöstä ja haasteellisten tilanteiden selvittämisestä. Ilman kokemusta ja riittävää tietoa hoitotyöntekijä joutuu herkemmin tilanteeseen, jossa hän ei tiedä, miten tilanne ratkeaisi ja ärtyy tai rasittuu tilanteesta. Tiedon puutteen on havaittu eri tutkimuksissa vaikuttavan hoitotyöntekijän tapaan ratkaista haasteellisia tilanteita, muuten kuin ammatillisesti (Sipiläinen 2008; Isola ym. 1997).

Ammatillinen suhtautuminen ja toimintatapa näkyivät tuloksissa selkeästi tässä opinnäytetyössä. Hoitotyöntekijät osasivat palata mielensisäisesti toisen hoitotyöntekijän havainnollistettuun tai kerrottuun toimintatapaan ja hyödyntää sitä hoitotilanteissa. Opinnäytetyöemme tarkoituksena oli tuoda esille, minkälaisia vuorovaikutustaitoja vaaditaan hoitotyöntekijältä tilanteissa, joissa asukas käyttäytyy haasteellisesti. Hoitotyöntekijän ammatillisuus vuorovaikutustilanteissa näkyi hyvin asukkaan itsemääräämisoikeuden huomiointina, intui-



tiona, tiedon ja taidon-, sekä ammatillisen reflektoinnin yhdistämiskyynä, ympäristötekijöiden huomiointina, kollegan esimerkin ja avun hyödyntämisenä, arvostavana ja rauhallisena lähestymistapana sekä läsnäolemisena. Rauhallista lähestymistapaa välitetään asukkaalle kehonkielen ja puheen avulla. Tulosten mukaan tärkeätä rauhallisessa lähestymistavassa on asukkaan turvallisuuden tunteen lisääminen. Tästä voisi päätellä, että hoitotyöntekijän tulisi kyetä tukemaan dementoituvaa asukasta rutiinien ja arjen pysyvyyden ylläpitämiseen. Muissakin tutkimuksissa on korostettu dementoituneen asukkaan tuttuuden ja turvallisuuden tunteen tukemista (Tiensuu 2002; Granö & Högström 2007, 27; Saivanidou & Ståhlberg 2010). Hoitotyöntekijän rauhallinen ja kunnioittava puhetapa on osa ammatillisuutta (Saarnio & Isola 2010, 329). Tulosten mukaan hoitotyöntekijän laulaessa tai puhuessa asukkaalle rauhoittavaan sävyyn pystyy helpottamaan asukkaan oloa ja ajoittain ennaltaehkäistä haasteellisten tilanteiden syntymistä. Vuorovaikutustapa auttaa huomattavasti tilanteissa, joissa asukas on aggressiivinen. Zingmarkin ym (2002) mukaan hoitotyöntekijän tulee huomioida ja ennakoita haasteellista käyttäytymistä laukaisevia tekijöitä. Ennakointi on osa hoitotyöntekijän ammattitaitoa ja näin hän voi ehkäistä vaikeita ristiriitatilanteita. (Saivanidou & Ståhlberg 2010, 14; Saarnio & Isola 2010, 327.)

Ennakointikyky on osa hoitotyöntekijän intuitiivista taitoa vuorovaikutustilanteessa asukkaan kanssa. Tuloksissa intuitiota kuvaillaan asukkaan lukemistaidoksi tai jonkin ajatuksen saamiseksi hoitotilanteessa, jonka avulla hoitotilanne lähtee sujumaan hyvin. Saarnio ja Isola kuvaavat taas tutkimuksessaan intuitiivisen toimintatavan koostuvan ennalta ehkäisystä, mukaan menemisestä ja johdattelusta pois tilanteesta (Saarnio & Isola 2010, 327). Hoitotyöntekijöiden intuitio onkin merkittävä osa vuorovaikutustilannetta, joissa ilmenee tai saattaa ilmetä haasteellista käyttäytymistä ja asukkaiden kanssa, joilla on kommunikointivaikeuksia. Dementoivan sairauden edetessä asukkaan käsitys todellisuudesta usein muuttuu ja hoitotyöntekijöiltä edellytetään suvaitsevaisuutta ja taitoa arvioida ja muuttaa omaa toimintatapaansa vuorovaikutustilanteissa (Saarnio & Isola 2010, 323).

Tulosten mukaan hoitotyöntekijät valitsevat työskentelytapansa asukkaiden yksilöllisyyden mukaan. Voisi nähdä, että intuitiivista toimintatapaa tukee työyhteisön yhteiset hoitotyön arvot. Tätä tukee myös muut tutkimukset, joiden mukaan yhteiskunnan, hoitotieteen ja jo-

kaisen terveystalon työntekijän arvot, asenteet ja perinteet vaikuttavat hoitotyöhön. Myös organisaation arvot näkyvät päivittäisissä toiminnoissa ja niillä on vaikutusta asukkaiden kokemuksiin saamastaan hoidosta. (Töyry, Vehviläinen-Julkunen, Roine, Mattila & Rissanen 1999; Kvist & Vehviläinen-Julkunen 2008.) Eettiseen toimintatapaan kuuluu asukkaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Hoitotyöntekijän kunnioitava kohtaaminen näkyi yleisenä kohteliaisuutena asukasta kohtaan, jolloin hoitotilanne oli kahden aikuisen vuorovaikutustilanne. (Saarnio & Isola 2010, 329.) Tulosten mukaan hoitotyöntekijät kokevat eettisyyden huomioimisen työssään haasteellisena. Näitä olivat tilanteet, joissa asukas ei osaa tai kykene kertomaan omaa kantaansa. Hoitotyöntekijä joutuu pohtimaan oikeata tapaa toimia ja miettiä, miten asukkaan itsemääräämisoikeus toteutuu. Työyhteisön avoin keskustelu hoitotyön arvoista ja yhteisistä linjauksista on tärkeää, jotta hyvä hoito toteutuisi.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää minkälaista tukea hoitotyöntekijät kokevat tarvitsevansa selviytyäkseen hyvin haasteellisista tilanteista asukkaan kanssa. Tuloksissa työ koettiin pääsääntöisesti raskaana niin henkisesti kuin fyysisestikin. Väkivaltatilanteita on usein, josta seuraa hoitotyöntekijöiden turvattomuus työssäoloaikana, erityisesti yövuoroissa. Johtopäätöksenä voi todeta, että hoitotyöntekijät tarvitsevat tulevaisuudessa enemmän psyykkisen jaksamisen tukikeinoja, kuten säännöllistä työnohjausta ja jälkipuintimahdollisuutta kriisitilanteissa. Tämänkaltaista tukea on tällä hetkellä liian vähän tarjolla tulosten mukaan. Myös henkilöstömäärällä ja työvuorosuunnittelulla on merkittävä osa työssä jaksamiseen. Positiivisena koetaan työssä saatu kollegiaalinen tuki, joka ilmenee apuna fyysisissä hoitotyön tilanteissa sekä psyykkisenä tukena mm. palaverissa. Muina psyykkisen tuen muotoina mainitaan jälkipuinti ja esimiehen sekä työnantajan antama tuki.

Tulosten mukaan hoitotyöntekijöiden voimavarana työssä toimii kollegiaalinen tuki ja tiimityö yleensä. Hoitotyöntekijät kokevat jaksavansa tehdä hoitotyötä, koska heillä on toisensa ja työstä löytyy myös positiivisia puolia. Sosiaalinen tuki toimii työn kuormitustekijöiden haittavaikutusten ehkäisijänä. Sosiaalisen tuen ollessa hyvä hoitotyöntekijä kokee työn olevan vähemmän kuormittavaa. (Niemelä, Talvitie-Ryhänen, Väisänen & Kainulainen 1996, 5; Turunen 2001, 4; Mikkola 2006, 36; Callaghan & Morrisey 1993, 205.) Eri

tutkimuksissa taas viitataan siihen, kuinka vähäinen yhteenkuuluvuuden tunne työyhteisössä altistaa työuupumukselle, kun taas riittävä palaute ja tunnustus työstä suojaavat työuupumukselta (Kanste, Outi 2006, 12; Hätinen & Kinnunen 2002, 6; Vahtera 1995, 97–101).

Tuloksista tulee ilmi, että ajoittainen henkilökuntavaje aiheuttaa kohtaamisen laadun heikkenemistä ja hoitotyöntekijöiden työmäärän lisääntymistä. Resursseja olisikin lisättävä asukkaiden hoidettavuuden mukaisesti. Tuloksista kävi ilmi, että hoitotyöntekijät kaipaavat omalääkäriä asumispalveluyksikköön. Näin hoitotyöntekijä voisi konsultoida tarvittaessa omalääkäriä, joka tuntee asukkaan ja siirtymätilanteet vähentyisivät. Tämä ratkaisu tukisi myös hoitotyöntekijän jaksamista. Hätisen ym. mukaan hoitotyöntekijälle asetettujen vaatimusten ylittyessä tai aliarvioitaessa hänen edellytyksiään sekä jatkuva turhautuminen aiheuttavat työstressiä ja -uupumusta. Tilanne pääsee syntymään, koska hoitotyöntekijä kokee, ettei hänen tarpeensa, päämääränsä ja odotuksensa toteudu. (Hätinen & Kinnunen, 2002.) Johtopäätöksenä voi todeta, että riippumatta työyhteisön tuesta on hoitotyöntekijöillä riski uupua työssään, jos henkilökuntavajetilanne jatkuu.

Tulosten mukaan hoitotyöntekijät kokevat työnohjauksen merkittävänä tukena selviytyäkseen hyvin tilanteissa, joissa haasteellista käyttäytymistä ilmenee. Työnohjaus koettiin tärkeänä tukena hoitotilanteiden aukaisemisessa ja erilaisten kokemusten jakamisessa ja henkisen kuormittavuuden itsesäätelyn apuna. Hoitotyöntekijät haluavat keskustella työnohjauksessa siitä, millä keinoin erilaisista tilanteista on selvitty ja miten suojata itseään haasteellisissa tilanteissa. Kilpiän ja Virran (1997, 70) tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät kokivat työnohjauksen lisäävän henkilökohtaisia voimavaroja. Hyrkäksen (2002, 133–134) tutkimuksen mukaan hoidon laatu ja työskentelymenetelmät kehittyivät, kun hoitotyöntekijät jakoivat työnohjauksessa omia kokemuksiaan hoitotyössä. Työnohjaus vaikutti työyhteisön käytäntöjen kehittymiseen, vakiintumiseen ja vahvistumiseen sekä hoitotyöntekijöiden työmotivaatio kasvoi. Hoitotyöntekijöiden näkökulmat hoitotyöstä laajentuivat ja hoitotyöntekijöiden suhtautuminen itseensä muuttui myönteisemmäksi ja sallivammaksi. Johtopäätöksenä voi todeta, että työnohjauksen järjestäminen säännöllisesti olisikin tärkeätä tuen ja jaksamisen kannalta.

Tulosten mukaan turvallisuustekijät ovat merkittävä osa tukea haasteellisissa tilanteissa. Puutteita löytyy kuitenkin liittyen työtiloihin ja hälytysjärjestelmään. Yövuoroissa hoitotyöntekijä on yksin ja ollessaan toimistossa hänellä ei uhkaavan tilanteen tullen toista poistumisreittiä. Hoitotyöntekijöillä on käytössä hälytysnapit, mutta vartijoiden tulo paikalle kestää liian kauan. Selkeitä toimintaohjeita uhka-, ja vaaratilanteiden varalle kaivataan myös. Näiden asioiden puute lisää turvattomuutta. Turvallisuutta lisäävät tulosten mukaan asukastuntemus ja yhteiset hoitolinjaukset. Tulosten mukaan hoitotyöntekijät kokivat päivävuorossa enemmän turvallisuutta johtuen kollegiaalisesta tuesta. Pienyhteisön tarjoama yhteisöturva tyydyttääkin yksittäisten hoitotyöntekijöiden turvallisuustarpeita hyvin (Niemi ym. 1996, 5). Työssä jaksamisen yhtenä edellytyksenä on pidetty työpaikan turvallisuutta. Myös työn mielekkyys ja kohtuullinen työn kuormittavuus tukevat työssä jaksamista. Hoitotyöntekijöiden jaksamista tukevat myös ammattitaito, yhteistoiminnan sujuvuus ja työpaikan sosiaaliset suhteet. (Leskinen 2000, 7.) Työmäärän lisääntyessä ja henkilöstömäärän vähetessä hoitoalan työpaikoilla, korostuu työssä jaksamisen tukeminen eri keinoin. Kun hoitotyöntekijä voi hyvin, se välittyy asukkaan hyvinvointiin.

Haasteellisen käyttäytymisen moninaisuus yllätti, mutta vastaukset vastasivat työn alkupeleistä tavoitetta ja selvensi minkälaisissa tilanteissa ja miten haasteellinen käyttäytyminen ilmenee. Hoitotyöntekijöiden kokemuksissa korostuivat selkeästi negatiiviset tunteet, jotka ajoittain vaikuttivat hoidon toteuttamiseen mm. niin, että hoitotilanne keskeytyy. Positiivisia tunteita oli vähemmän, mutta ammatillisuutta osattiin hyödyntää haasteellisissa tilanteissa eli negatiivisten tunteiden tullessa esille hoitotyöntekijä useimmiten valitsi toimia ammatillisesti. Haasteellisissa tilanteissa käytössä olevat vuorovaikutuskeinot ja taidot olivat moninaisia ja oli ensin haasteellista löytää niistä tärkeimmät ja painotetuimmat niiden suuren lukumäärän vuoksi. Se kertoo vain sen, kuinka hoitotyöntekijät tekevät työtään ottaen huomioon asukkaiden yksilöllisyyden ja tilanteen omalaatuisuuden. Tuen tarpeista tärkeimmiksi nousivat työnohjauksen tarve ja turvallisuustekijät. Vahvuutena oli kollegiaalinen tuki. Kokonaisuudessaan tutkimusasetelmasta voisi sanoa, että tutkimuskysymyksiä oli liian monta ja tämä pitkitti ja hankaloitti prosessia. Jos tutkimuskysymyksiä olisi ollut vain esimerkiksi vuorovaikutuksesta, olisi tätä ilmiötä voinut tarkastella huomattavasti seikkaperäisemmin. Tutkimustuloksia on tarkasteltu kuitenkin ytimekkäästi ja loppujen lopuksi tu-

lokset vastasivat työn alkuperäisiä tavoitteita. Kaikki teema-alueet huomioiden jäimme pohtimaan, miten tunteet, kiire ja ammattitaito vaikuttavat hoidon toteuttamiseen?

## 8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusetiikassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. Tutkimus-eettinen neuvottelukunta on laatinut hyvä tieteellinen käytäntö ohjeistuksen, joka noudattaa tieteellisiä toimitapoja ja joihin kuuluu rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2004, 287–288.) Valitsimme opinnäytetyön aiheemme yhteisestä kiinnostuksesta hoitotyöntekijöiden työssään tarvitsemiin vuorovaikutustaitoihin ja heidän valmiuksiinsa kohdata haasteellisesti käyttäytyvä asukas. Samalla pohdimme hoitotyöntekijöiden voimavaroja ja työssäjaksamista. Hoitotyöntekijät työskentelevät asumispalveluyksikössä, jossa hoidetaan alle 65-vuotiaita muistisairauksia sairastavia haasteellisesti käyttäytyviä henkilöitä. Koimme aiheen tärkeäksi, sillä asumispalveluita juuri tälle kohderyhmälle ei ole Helsingin seudulla tarjolla. Aiempaa tutkimustietoa oli myös hankala löytää kohderyhmästämme.

Tuomen ja Sarajärven (2009, 127) mukaan tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, että valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. Opinnäytetyön edetessä pohdimmekin enemmän sitä, kuinka olisi ollut tärkeitä rajata tarkemmin tutkimuskysymykset. Neljä erillistä teemaa opinnäytetyössämme saattoi vaikuttaa siihen, että tutkimustuloksista muodostui hyvin pitkä kappale. Raportointi tehtiin joka tapauksessa kaikella huolellisuudella ja teoriaosuuden selkeyttämiseen käytettiin enemmän aikaa, kuin sitä varten olisi ollut varattuna. Laadullisen tutkimuksen yksi tärkeitä ominaisuuksia on, että hyvää sitä ohjaa eettinen sitoutuneisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127). Pyrimme huomioimaan eettisyyden jokaisessa opinnäytetyön vaiheessa. Noudatimme eettisyyttä hakiessamme tutkimusluvan. Tutkimuksen kohdistuessa hoitotyöntekijöiden näkökulmaan tarvitsimme eettisen toimikunnan luvan.

Tutkimussuunnitelma lähetettiin lausuntopyyntöineen 2010 keväällä Helsingin Diakonissalaitoksen eettiselle toimikunnalle. Eettinen toimikunta antoi myöntävän lausunnon opinnäytetyöstä. Kehotuksena oli lisätä haastateltavien määrää kymmeneen viidestä suunnitellusta, jotta kokemuskulma tulisi paremmin esille. Haastatteluihin ilmoittautuikin ensin yhdeksän henkilöä, joista kaksi peruutti tutkimukseen osallistumisensa. Toimikunta piti tärkeänä kokemuskulmaa, koska asumispalveluyksikön asukkaat ovat alle 65-vuotiaita ja hoitotyöntekijöiden kokemukset voisivat näin poiketa vanhuspalveluiden kokemuksista.

Haastateltavien itsemääräämisoikeus on yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohta (Kankkunen & Vehviläinen – Julkkunen, 2009). Haastatteluun osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Haastateltavia lähestyttiin heidän toiveittensa mukaisesti joko sähköpostitse tai puhelimitse, jolloin anonyymiteetti säilyi. Jokaiselta pyydettiin suostumus tutkimukseen osallistumisesta saatekirjeen yhteydessä. Osallistujilla oli mahdollisuus missä vaiheessa vain tutkimusta peruuttaa suostumuksensa ja kieltää heitä koskevan haastattelumateriaalin käyttö tutkimustuloksissa. Tunnistettavuuden vuoksi päätimme jättää palveluasumisyksikön nimen mainitsematta opinnäytetyössämme. Joistakin haastatteluvastauksista saattaa erottua haastatellun murre tai persoonallinen tapa puhua. Näissä vastauksissa mahdollinen tunnistettavuus rajoittuu työyhteisön sisälle. Pidimme tärkeänä sitä, että tällaisten vastaus-ten sisällön tuli olla haastateltua leimaamatonta. Jaoimme haastatteluun osallistujille yhteistietomme ja heidän oli helppo olla yhteydessä meihin halutessaan.

Haastattelujen toteuttaminen siten, että toinen haastatteli ja toinen huolehti nauhurin toimivuudesta ja kirjasi tarvittaessa muistiinpanoja osoittautui toimivaksi. Nauhureiden toimivuus testattiin ennen haastattelutilannetta ja niiden käytöstä oli kerrottu haastateltaville ennen haastattelutilannetta. Haastattelutilanteen pyrimme luomaan mukavaksi ja tilan turvalliseksi. Haastatteluhuoneessa oli ääni- ja näkösuoja anonyymiuden säilyttämiseksi. Näin toimien pyrittiin minimoimaan riskit epäonnistumisesta ja takaamaan työn laatu. Haastattelut purettiin salasanan taakse tietokoneelle ja haastateltavien henkilö-, ja yhteystiedot hävitettiin haastatteluiden yhteydestä erilleen. Haastatteluita käytettiin ainoastaan tähän opinnäytetyöhön ja haastattelut ja muu mahdollinen aineisto hävitetään työn valmistumisen jäl-

keen. Mahdolliset opinnäytetyössä käytetyt asukkaan tai hoitotyöntekijän nimet ovat muutettu tunnistamattomaan muotoon.

Tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävä, mutta se on myös tutkimuksen luotettavuuden toinen puoli. Eettisyys koskee myös tutkimuksen laatua. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Opinnäytetyössä huomioitiin asukkaiden osalta eettinen näkökulma ymmärtämällä asukkaiden haasteellisen käyttäytymisen taustalla vaikuttavia tekijöitä leimaamatta heitä. Tuloksissa esitetään suoria lainauksia haastateltavien vastauksista, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten luotettavuutta lisää se, että teimme tätä parityönä. Saimme toisiltamme uusia näkökulmia lähestyä tutkittavaa asiaa ja kirjoitimme ja kävimme yhdessä läpi kaikki tutkimustulokset. Myös tulosten analysointiin saimme kaksi näkökulmaa. Tutkimuksen reliabelisuuden eli toistettavuuden voi tulkita monella tavalla. Yksi tapa tulkita sitä on se, että kaksi tutkijaa on päässyt samoihin päätelmiin. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara ym. 2007, 226.) Olemme tehneet opinnäytetyön analysoinnin yhdessä ja päätelmämme ovat tulosta yhteisestä pohdinnasta. Validiuden eli pätevyyden arvioinnissa oleellista on, että mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.)

### 8.3 Jatkotutkimusehdotukset

Eri tutkimuksia löytyy suhteellisen paljon liittyen vanhusten muistisairauksiin ja siihen liittyvään haasteelliseen käyttäytymiseen. Myös lasten ja nuorten käyttäytymistä on tutkittu runsaasti. Haasteellinen käyttäytyminen työikäisten ryhmässä näyttää paljon myös terveyskeskuspäivystyksessä, mutta asumispalveluyksikössä asuvien muistisairaiden asukkaiden haasteellista käyttäytymistä on tutkittu vähän, jos ollenkaan. Jatkotutkimusehdotuksena olisi ulottaa tutkimus alle 65-vuotiaiden työikäisten haasteelliseen käyttäytymiseen ja sen syihin ja nimenomaan asumispalveluyksikköön tai sen kaltaiselle osastolle. Koska tämän ikäryhmän haasteellista käyttäytymistä on tutkittu vähän, myös hoitohenkilökunnan kokemuskäytännöt puuttuu. Kehittämiseksi olisi lisätä sosiaali-, ja terveydenhoitoalan koulutuksiin opetusta vuorovaikutuksesta haasteellisesti käyttäytyvän asukkaan kohtaamisessa. Kehittämiseksi hoitotyöntekijöiden työssäjaksamisen tukemiseen olisi järjestää hanke tai pro-

dukti, joka seuraisi työnohjauksen vaikutusta työssäjaksamiseen ja työstressiin sekä miten työnohjaus vaikuttaa työmenetelmiin. Opinnäytetyön tuloksilla näyttäisi olevan se merkitys, että juuri tämän ikäisten muistisairaiden haasteellinen käyttäytyminen on nostettu nyt esille. Myös haasteellisiin tilanteisiin liittyvä vuorovaikutus ja hoitotyöntekijöiden jaksaminen ja kokemukset on ollut tärkeätä tuoda näkyväksi. Tuloksia voi varmasti hyödyntää. Tulosten hyödynnettävyys saattaa tulla vasta myöhemmin ajankohtaiseksi. Arvelemme sen voivan vaikuttaa positiivisesti hoitokäytäntöihin mm. yhteisillä hoitolinjauksilla haasteellisiin tilanteisiin nähden ja miten esimies-, ja johtamistehtävissä olevat henkilöt huomioivat hoitotyöntekijöiden työssäjaksamisen tukemista. Uusien hoitotyöntekijöiden perehdyttämiseen voisi myös hyödyntää tuloksissa havaittuja hoitotyöntekijöiden kokemuksia haasteellisista tilanteista ja niissä heränneitä tunteita sekä näiden vaikutusta hoitotyöhön. Tärkeätä olisi myös opastaa uutta työntekijää tunteiden ja kokemusten purkamisen keinoin.

Opinnäytetyömme tutkimustulokset ovat alan opiskelijoiden ja hoitotyöntekijöiden hyödynnettävissä sekä niitä voisi käyttää asumispalveluyksikössä aloittavien uusien työntekijöiden perehdyttämisessä. Tuloksissa on hyvin tietoa vuorovaikutusmenetelmistä ja käytösoireiden ilmenemisestä sekä vaikeiden kokemusten prosessoinnista hoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden kokemukset voivat auttaa uutta työntekijää näissä kysymyksissä. Hoitotyöntekijänä on tärkeää tunnistaa ja käsitellä omia tunteitaan sekä toimia ammatillisesti. Tämä korostuu työskennellessä haasteellisesti käyttäytyvien asukkaiden parissa. Tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä arvioitaessa ja kehitettäessä haasteellisesti käyttäytyvien asukkaiden hoitotyötä ja pohtiessa parannusehdotuksia turvallisuuteen ja työssäjaksamisen tukemiseen asumispalveluyksikössä. Tulosten perusteella olisi nähtävissä säännöllisen työnohjauksen tarve ja tarve toimivimmille ja turvallisemmille työskentelytiloille.

#### 8.4 Terveystenhoitajan ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukset ja ammatillisen kasvun pohdinta

Terveystenhoitajan ja sairaanhoitajan osaamisvaatimukseen sisältyy monia eri tekijöitä. Hoitotyössä uutta tietoa tulee lisää nopeaan tahtiin ja sairaanhoitaja-terveystenhoitajan on tär-



keää perustaa käytännön hoitotyö hoitotieteisiin. Opinnäytetyön tekemisessä saimme tästä kokemusta, kun tutkimme opinnäytetyöhömmö liittävää teoriaa. Tiedon käsittelyssä avainasemassa on tiedon hankkimisen taito ja tiedon kriittinen arviointi. Tämän huomasimme hahmotellessamme tutkimussuunnitelman tutkimuskysymyksiä. Vaihe oli haasteellinen, koska jälkikäteen olemme huomanneet tutkimuskysymyksiä olleen liian monta. Aihepiiri laajeni laajenemistaan ja oli yhä vaikeampaa kattavasti löytää tutkimusaineistoa opinnäytetyömme teoriaosuuteen jokaisesta aihepiiristä. Monin paikoin teoriaa onkin työstetty vasta sisällönanalyysivaiheen jälkeen. Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, että oikeista hakusanoista ja Diakin kirjaston henkilökunnan avusta huolimatta tutkimustietoa ei löytynyt. Lopulta saimme muutaman hyvän vinkin lehtiartikkeleista ja pikku hiljaa kirjallisuuskatsauksemme kasvoi. Tiedonhakuprosessi opetti paljon ja saimme siitä arvokasta kokemusta. Opinnäytetyötä tehdessämme huomasimme, miten tutkimustyön kautta pystyy tekemään toimenpide-ehdotuksia eri asiakasryhmien terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi ja kehittämään työtään. Ammatillisen kehittymisen yksi tavoite on, että sairaanhoitaja-terveydenhoitaja omaksuu aloitteellisen ja kehittävän työtavan sekä kykenee ongelmanratkaisuun työssään. Oppimiaan asioita tulee myös kyetä jakamaan työyhteisössä toisille.

Hoitotyön suunnittelu, toteutus ja arviointi ovat tärkeitä sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työssä, koska päätöksenteko on monesti itsenäistä. Työn itsenäisestä luonteesta huolimatta terveydenhoitajan tulee kyetä toimimaan myös yhteistyössä ja verkostoitumaan eri sidosryhmien kanssa terveyden edistämiseksi. Yhteistyön tekemisestä ja verkoston muodostamisesta tuli kokemusta asumispalveluyksikön hoitohenkilökunnan, lähiesimiehen ja johtajan kanssa, kun haastatteluvaiheessa kävimme esittelemässä opinnäytetyöaiheemme etukäteen heille. Näin hoitotyöntekijöillä oli etukäteen käsitys työmme sisällöstä ja meistä henkilöinä. Lähetimme haastateltaville myös teemarungon haastatteluun liittyvistä aihepiireistä. Yhteistyö haastatteluun osallistuvien kanssa oli sujuvaa ja mielekästä. Haastateltavat olivat innostuneita kertomaan omasta työstään ja vuorovaikutuksesta asukkaiden kanssa teemahaastattelun puitteissa. Yhtenä haasteena oli, että tutkimuspaikkamme esimies vaihtui prosessin aikana emmekä saaneet yhteyttä tutkimuspaikkaan aina kun se olisi ollut merkittävää työn etenemisen kannalta.

Haastatteluvaiheen alkaessa oli mielekästä tehdä teemahaastattelurunkoa tutkimuskysymysten pohjalta. Tämän lisäksi itse haastattelut opettivat meille paljon. Haastattelijoina olemme kokemattomia, mutta kävimme läpi useamman kerran teemahaastattelurungon ja teimme koehaastattelut toisillemme. Näin saimme käsityksen haastattelun kulusta ja siihen käytettävästä ajasta sekä nauhurin toiminnasta. Itse haastatteluissa toinen haastatteli ja toinen huolehti nauhurin toiminnasta, teki muistiinpanoja ja teki havaintoja haastattelutilanteesta. Opimme tästä vaiheesta mm. miten huomioida haastatteluympäristö ja muut seikat. Haastatteluiden litterointi sujui hyvin, vaikkakin se oli aikaa vievää. Litteroituja sivuja tuli yhteensä 45 rivivälillä 1. Sisällönanalyysiprosessin hahmottaminen oli haasteellista ja jouduimme tekemään sisällönanalyysivaiheen useamman kertaa uudestaan. Tämä vaikutti osaltaan opinnäytetyöprosessin aikataulutukseen (Liite 5). Haastatteluaineistoa syntyi paljon ja sisällönanalyysin jälkeen pohdittavaksi jäi, minkälaisia asioita korostamme ja miten yhdistelemme nousseita asioita niin, että tutkimusaineiston jokainen asia tulee huomioiduksi. Sisällönanalyysin avulla tämä oli mahdollista ja toteutui mielestämme hyvin. Tutkimustulosten tarkastelu – kappaleessa meillä oli vapaammat kädet poimia juuri niitä asioita esille, jotka selkeästi nousivat neljästä eri teemasta punaiseksi langaksi yhteen.

Terveydenhoitajalta odotetaan eri yhteisöjen elinympäristön ja terveyden uhkien ja mahdollisuuksien hahmottamista. Opinnäytetyön tekemisen kautta meille on tullut tietoa työstressiin ja työuupumukseen johtavista tekijöistä ja siitä, mitkä tekijät ovat työyhteisössä tärkeitä, jotta hoitotyöntekijät voisivat paremmin. Terveydenhoitajan tulisi myös tunnistaa kansanterveydelliset haasteet ja väestöryhmien välisiä terveyseroja. Tunnistamisessa tulisi ottaa huomioon myös asukkaiden turvattomuuden-, ja sosiaalisen kehityksen riskit ja erityistuen tai hoidon tarve ja osata puuttua terveyttä uhkaaviin tekijöihin varhain. Asumispalvelusikön asukkailla erityistuen-, ja hoidon tarve on ilmeistä jo muistisairauksien perusteella. Opinnäytetyön kautta saimme hyvää tietoa siitä, miten hoitoympäristön suunnittelun ja vuorovaikutuksen avulla hoitotyöntekijä pystyy vastaamaan asukkaiden erityistarpeisiin. Sairaanhoidajan ja terveydenhoitajan osaamisvaatimukseen kuuluukin osata käyttää keskeisiä hoitotyön menetelmiä, kuten erilaisia vuorovaikutusmenetelmiä sekä toteuttaa hoitotyötä turvallisesti.

Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan työssä on tärkeää ihmisen kohtaaminen ja ymmärtää, miten eri vuorovaikutuskeinoin voi herättää ihmisessä luottamusta ja saada vuorovaikutus sujumaan. Asiakassuhteet hoitotyössä ovat luottamuksellisia ja ajoittain haasteellisia. Sairaanhoitajalta ja terveydenhoitajalta odotetaan kykyä pitkäkestoiseenkin vuorovaikutussuhteeseen asiakkaiden kanssa, ottaen huomioon henkilön historian ja taustan sekä läheiset. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan vuorovaikutusosaamisessa on tärkeää kuuntelemisen ja viestittämisen taito käyttäen eri viestintätyylejä huomioiden eettinen tapa työskennellä. Hoitotyössä tulee osata soveltaa oman alan arvoperustaa ja ammattieettisiä periaatteita. Tärkeää on tunnistaa omia tunteitaan, myös negatiivisia ja osata käsitellä niitä esimerkiksi tuoden kokemuksia haasteellisista tilanteista moniammatilliseen tiimiin. Kokemusten jakaminen taas tukee ammatillista toimintaa hoitotyössä.

Ammatillisesti tämä prosessi on kasvattanut meitä tulevina hoitotyöntekijöinä. Opinnäytetyön tekemisen kautta olemme saaneet lisää tietoa haasteellisesta käyttäytymisestä ja ennen kaikkea siihen johtavista syistä. Uskomme sen vaikuttavat tuleviin vuorovaikutustilanteisiin terveydenhoitotyön kentällä. Terveydenhoitajan työssä painopiste on terveyden edistämisen osaamisessa ja tämän opinnäytetyön kautta olemmekin saaneet tietoa hoitotyöntekijöiden työssäjaksamisen tukemisen eri keinoista. Terveyden edistämisen apuna terveydenhoitajalta odotetaan valmiutta käyttää kansanterveystyön ohjelmia vahvistaessaan asiakkaitensa terveystietoisuutta, voimavaroja ja omatoimisuutta. Tulevina terveydenhoitajina uskomme hyötyvämmeproessin aikana tulleista tiedoista ja saaneemme työkaluja, joita voimme soveltaa työelämään.

## LÄHTEET

- Ahoranta, Pia & Virolainen, Arja 2002. Dementoituvan fyysinen hoitoympäristö - Tavoitteena potilaan toimintakyvyn ja hyvän elämän tukeminen. *Sairaanhoitaja-Sjuksköterskan-lehti* 10/2002 vol 75, 25.
- Callaghan, Patrick & Morrisey, Jean. 1993. Social support and health: review. *Journal of Advanced Nursing* 18, 203–210.
- Cummings, JL; Mega, M; Gray, K; Rosenberg-Thompson, S; Carusi, DA; Gornbein, J 1994. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 44:2308–2314.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla & Savikko, Niina 2009. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihminen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa *Gerontologinen hoitotyö*. Toim. Päivi, Voutilainen & Pirjo, Tiikainen. Helsinki: Oppimateriaalit Oy. WSOY, 232-234.
- Eloniemi-Sulkava, Ulla; Sillanpää-Nisula, Heli & Sulkava, Raimo 2010. Muistisairaana seksuaalisuus. Teoksessa *Muistisairaudet*. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 578–579
- Erkinjuntti, Timo 2010. Dementian käsite. Teoksessa *Muistisairaudet*. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 86–90, 121.
- Erkinjuntti, Timo & Pirttilä, Tuula 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa *Muistisairaudet*. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 126–134, 142–158.
- Graneheim UH, Jansson L. The meaning of living with dementia and disturbing behavior as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing* 15: 1397-1403, 2006.
- Granö, Sirpa & Högström, Sari 2007. Alzheimer-keskusliiton julkaisusarja, raportti 1/2007.
- Hammarlund, Claes-Otto 2010. Kriisikeskustelu – kriisituki, jälkipuinti, stressin ja konfliktien käsittely. Helsinki: Tietosanoma

- Heikkilä, Anne; Ahola, Nina; Kankkunen, Päivi; Meretoja, Riitta; Suominen, Tarja 2006. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* Vol. 19, no 1/-07, 3–10
- Heimonen, Sirkkaliisa 2005. Työkäisenä Alzheimerin tautiin sairastuneiden ja heidän puolisoitensa kokemukset sairauden alkuvaiheessa. *Jyväskylän studies in education, psychology and social research*. Jyväskylän yliopisto.
- Heimonen, Sirkkaliisa & Voutilainen, Päivi. (toim.) 1997. *Dementoituva hoitotyön asiakkaana*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Helsingin Diakonissalaitos 2011: <http://www.hdl.fi/fi/asumispalvelut>. viitattu 1.4.2011.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2002. *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki, kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- Hyrkäs, Kristiina 2002. *Clinical Supervision and Quality Care. Examining the Effects of Team Supervision in Multi-professional Teams*. Academic Dissertation. University of Tampere, Department of Nursing Science, 133-134.
- Hätinen, Marja & Kinnunen, Ulla 2002. Työstressi ja työuupumus interventioiden näkökulmasta: katsaus viimeaikaisiin interventiotutkimuksiin. Teoksessa *Työ ja ihminen: työympäristötutkimuksen aikakauskirja*. Millaista työstressiä tällä vuosisadalla? Toim. Anneli, Leppänen & Rauni, Pietiläinen. 16. vuosikerta. 1/2002, 6. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Isola, A., Laitinen-Junkkari, P., Rissanen, M. & Vitikainen, A. Vanhuspotilaiden kaltoinkohtelun yleisyys hoitolaitoksissa omaisten ja hoitohenkilökunnan arvioimana. *Gerontologia* 2/1997. Vol 11, 145–155.
- Isola, Arja; Backman, Kaisa; Saarnio, Reetta; Paasivaara, Leena 2005. Hoitotyön edistykelliset toiminnat haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. *Hoitotiede* Vol. 17, no 3/-05.
- Janhonen, Sirpa & Nikkonen, Merja; 2003. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkkunen, Katri, 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki WSOY

- Kanste, Outi 2006. Työuupumuksen työyhteisölliset riskitekijät hoitotyössä: Katsaus kansainvälisiin empiirisiin tutkimuksiin. Tutkiva hoitotyö. Vol.4 (1), 2006, 12.
- Kilpiä, Pirjo & Virta, Marjut 1997. Urakehitys moniammatillisessa hoitoyhteisössä työohjauksen tukemana. Alkumittaus urakehitysmallin testaamisessa. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos, 70.
- Kokkonen, Marja 2010. Ihastuttavat, vihastuttavat tunteet – opi tunteiden säätelyn taito. Juva: WS Bookwell Oy.
- Koski, Arja; Gothoni, Raili; Hurskainen, Petri 2011. Sairaanhoidajaliitto. Työnohjaus osana työyhteisön kehittämistä. (Viitattu 13.4.2011) Saatavissa: [http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/3\\_2005/muut\\_artikkelit/tyonohjaus\\_osana\\_tyoyhteison\\_keh/](http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/3_2005/muut_artikkelit/tyonohjaus_osana_tyoyhteison_keh/)
- Kvist, Tarja & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2008. Ihmisläheinen hoito – mittarin kehittäminen ja innovatiivinen käyttö. Hoitotiede vol. 20, no 6/-08, 377–387.
- Kärkkäinen, Merja 2002. Menesty innolla! Työhyvinvoinnin johtamisen haasteet. Jyväskylä: Gummerus
- Laitala, Outi 2008. Dementoituvan henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma, 65. Turun yliopisto.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2004. Etiikka hoitotyössä. Helsinki WSOY Oppimateriaalit.
- Leinonen, Päivi; Kanala, Anne; Naumonen-Tuomela, Paula 2002. Dementoituvan potilaan haasteellinen käyttäytyminen – yksilölliset ratkaisut auttavat potilaan kohtamisessa. Sairaanhoidajalehti 8 vol. 75, 13–15.
- Leskinen Jukka 2000: Miten jaksat työssä? Helsinki: Työturvallisuuskeskus, 7.
- Liukkonen, Arja 1993. Häiritsevä käyttäytyminen; mitä se on, miten se koetaan ja miten sitä hoidetaan vanhusten osastoilla? Hoitotiede 5 (2), 64–71.
- Liukkonen, Arja & Laitinen, Pirjo 1995. Patients' behavior problems in geriatric nursing. A follow-up study in Finland. Facts and Research in Gerontology, 130–139.
- Lumijärvi, Helka 2006. Tunteva yksilö yhteisössä. Terapeuttisen yhteisöhoidon periaatteet ja validaatiomenetelmä Sopimusvuorisäätiön dementiahoitokodeissa. Tampere: Sopimusvuorisäätiö.

- Mattila, Lea-Riitta 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista – Potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.
- Miettinen, Pekka 2006. Aivojen deaktivaatiot Alzheimerin taudissa -toiminnallinen magneettikuvantaminen. Syventävien opintojen tutkielma. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Neurologian laitos.
- Mikkola, Leena 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Väitöskirja. Humanistinen tiedekunta Jyväskylän yliopisto.
- Naukkarinen, Eeva-Liisa 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Niemelä, Pauli; Talvitie-Ryhänen, Tuula; Väisänen, Raija; Kainulainen, Sakari 1996. Työikäiset työelämän murroksessa. Tutkimus työelämän turvattomuudesta, työssä selviytymisestä sekä johtamisesta ja joustoista. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 5. Helsinki.
- Nikali, Maiju & Soinio, Terhi 2010. Hoitajien kokemuksia TunteVa – menetelmästä vanhustyön keskus Himminkodossa. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu.
- Ohjelmatyöryhmä AHKERAT 2008. Pitkäaikaisasunnottomuuden poistaminen vuoteen 2015 mennessä. Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma. Raportti. Helsinki.
- Oslin, D.W & Cary, M S 2003. Alcohol-related dementia. Validation of diagnostic criteria. *American Journal Geriatric Psychiatry* 2003; 11: 441-7.
- Otala, Leenamajja & Ahonen, Guy 2003. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Helsinki: Wsoy
- Paasivaara, Leena & Nikkilä, Juhani 2010. Yhteisöllisyydestä työhyvinvointia. Helsinki: Kirjapaja
- Phillips VL, Diwan S. The incremental effect of dementia-related problem behaviors on the time to nursing home placement in poor, frail, dmented older people. *Journal of American Geriatrics Society* 51: 188–193, 2003.

- Pirttilä, Tuula & Erkinjuntti, Timo 2010. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Muistihäiriöt ja dementia. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 121, 126–134.
- Pohjavirta, Hillervo 2002. Validaatiotyöntekijäkurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä. Tampere: Tampereen Kaupunkilähetys, Sopimusvuorisäätiö.
- Rapeli, Pekka 2010. Päihteet ja kognition muutokset. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 314–319.
- Remington R. Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research* 51(5): 317–323, 2002.
- Rinne, Juha; Remes, Anne 2010. Lewyn kappale-tauti. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 159–171.
- Saari, Salli 2000. Kuin salama kirkkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Otava.
- Saarnio, Reetta & Isola, Arja 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 4, 323–334.
- Saarnio, Reetta; Mustonen, Ulla; Isola, Arja 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. *Hoitotiede* 2011; 23 (1), 46–56.
- Saivanidou, Nina & Ståhlberg, Gunilla 2010. Dementoivaa sairautta sairastavan potilaan kuntoutumista edistävä hoitotyö pitkäaikaishoidossa. Opinnäytetyö. Laurea ammattikorkeakoulu. Porvoo.
- Selin Maarit 2000. Validaatiomenetelmän tavoitteellinen soveltaminen dementoituvien hoidossa. Sopimusvuorisäätiön validaatiotyöntekijöiden kokemuksia. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Siljamo, Anne 2003. Dementiaa sairastavien haasteellinen käyttäytyminen hoitajien näkökulmasta. Opinnäytetyö. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Sipiläinen, Heidi 2008. Hoitotyön johtajien käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta vanhainkodeissa. Pro gradu. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.



- Sulkava, Raimo; Viramo, Petteri & Eloniemi-Sulkava, Ulla 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Suomen dementiahoitoyhdistys. Espoo: Janssen-Cilag Oy.
- Talvenheimo-Pesu, Anne 2009. Ikäihminen ja ympäristö vuorovaikutuksessa. Teoksessa Ikäihmisen hyvä elämä – ympäristön merkitys vanhustenkeskuksessa. Toim. Elisa, Mäkinen; Maria, Kruus-Niemelä & Marianne, Roivas 2009. Metropolian ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A: Tutkimukset ja raportit 1. Yliopistopaino, 53.
- Tienari, Pentti; Polvikoski, Tuomo & Tanila, Heikki 2010. Alzheimerin taudin patogeneesi. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 102.
- Tiensuu, Sirpa 2002. Dementiakodissa yhdistyvät fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hoitoympäristö. Sairaanhoitaja 10/2002 vol 75.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Turunen, Tero 2001. Psykiatrisen hoitotyöntekijän kuvaama sosiaalinen tuki ja työssä jakaminen. Opinnäytetyö. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Töyry, Eeva; Vehviläinen-Julkunen, Katri; Roine, E.; Mattila, Matti & Rissanen, Viljo 1999. Ihmisläheisen hoidon kehittäminen – mitä potilaspalaute kertoo? Suomen lääkirlehti 54, 525–530.
- Vahtera, Jussi 1995. Työ- ja hyvinvointi: riskialat ja riskiammatit. Teoksessa Entäs nyt – henkinen hyvinvointi. Toim. Vesa, Parvi & Olavi, Parvikko. Helsinki: Työministeriö, 97–101.
- Valkonen, Sanna 2009. Kuuleeko kukaan? Kompleksisen trauman yhteys päihde- ja mielenterveysongelmiin ja sen merkitys kuntoutumiselle. Kehittämistehtävä. Suomen mielenterveysseuran koulutuskeskus.
- Vataja, Risto 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa Muistisairaudet. Toim. Timo, Erkinjuntti; Juha, Rinne & Hilikka, Soininen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 91–99.
- Vataja, Risto; Alhainen, Kari; Huusko, Tiina; Kivelä, Sirkka-Liisa; Koivisto, Keijo; Koponen, Hannu; Leppävuori, Antero; Saarela, Tuula; Sulkava, Raimo; Viramo,

Petteri & Erkinjuntti, Timo 2001. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä. Suomen lääkärilehti 2001; 2:169–175.

Vilen, Marika; Leppämäki, Päivi; Ekström, Leena 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Whall, Ann L. & Kolanowski, Ann M. 2004. The need-driven dementia-compromised behaviour model – a framework for understanding the behavioural symptoms of dementia. *Aging & Mental Health* 8: 106–108.

## LIITE 1; Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Minulle on selvitetty yllä mainitun tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät. Olen tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olen myös tietoinen siitä, että tutkimukseen osallistuminen ei aiheuta minulle minkäänlaisia kustannuksia. Henkilöllisyyteni jää vain tutkijoiden tietoon ja minua koskeva aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Suostun siihen, että minua haastatellaan ja haastattelussa antamiani tietoja käytetään kyseisen tutkimuksen tarpeisiin. Annan myös luvan minua koskevien haastattelutulosten käyttöön ko. tutkimuksessa. Voin halutessani keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa ilman, että minun täytyy perustella keskeyttämistäni tai että se vaikuttaa työskentelysuhteeseeni.

Etunimi: \_\_\_\_\_ Sukunimi: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Aika ja paikka: \_\_\_\_\_ Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimenselvennys

LIITE 2; Saatekirje

## ARVOISA TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJA

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa ja teemme opinnäytetyön aiheesta Käytösoireiden kohtaaminen hoitotyössä – Palveluasumisyksikön hoitotyöntekijöiden kokemuksia hoitotilanteissa. Yhteistyötahona meillä on 4 kerroksen osastonhoitaja. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata miten ja minkälaisissa tilanteissa käytösoireita ilmenee sekä ohjaajien kokemuksia liittyen arjen hoitotilanteisiin käytösoireisten asukkaiden kanssa. Tarkoituksena on selvittää ohjaajien arjen hoitotilanteissa heränneiden tunteiden vaikutuksia vuorovaikutukseen ja ammatillisuuteen sekä minkälaisia toimintatapoja ja vuoro-vaikutustaitoja ohjaajille on kehittynyt työssään. Tarkoituksena on kartoittaa myös, minkälaista tukea ohjaajat kaipaavat arjen hoitotilanteisiin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kokemuksellista tietoa vuorovaikutustilanteista käytösoireisen asukkaan kanssa. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä työskentelytapoja ja konfliktitilanteiden ennaltaehkäisyssä.

Voisitteko te 3 ja 4-kerroksen hoitotyöntekijät osallistua haastatteluun ja kertoa kokemukstanne? Haastattelut ovat teemahaastatteluita joko yksilö- tai parimuotoisena toiveidenne mukaisesti. Haastatteluiden kesto on 1 tunti yksilöhaastatteluissa ja 1,5 tuntia parihaastatteluissa. Haastattelut toteutuvat työaikana. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista ja osallistumisen voitte peruuttaa tai keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Henkilötietojanne käytetään tutkimuksen ajan salassapitovelvollisuus huomioiden ja vain tutkijat saavat kuunnella haastatteluja. Henkilötietoihin tarvitsemme teidän nimenne, puhelinnumeronne ja sähköpostiosoitteenne yhteydenottoa varten. Vastauksenne eivät ole tunnistettavissa julkaistavassa kirjallisessa raportissa, henkilö-tiedot ja haastattelut hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Haastatteluja käytetään vain tutkimukseen. Halutessanne osallistua tutkimukseen ottakaa yhteyttä:

Myllymäki Katja

Terveydenhoitajaopiskelija(AMK)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

katja.myllymaki@student.diak.fi

p. xxxxxxxxxxxx

Nieminen Veera

Terveydenhoitajaopiskelija (AMK)

Diakonia-ammattikorkeakoulu

veera.nieminen@student.diak.fi

p. xxxxxxxxxxxx

## LIITE 3; Teemahaastattelurunko

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

Teema	Pääkysymykset
1 Käyttöoireet	<p>Minkälaisia käyttöoireita ilmenee kerroksessa, jossa työskentelette? Minkälaisissa arjen hoitotilanteissa mainitsemiasi käyttöoireita ilmenee?</p> <p><u>Lisäkysymykset</u></p> <p>Ilmenevätkö mainitsemasi käyttöoireet aina samassa tilanteessa vai ovatko ne tilanteesta riippumattomia? Mikä on yleisin käyttöoire kerroksessa, jossa työskentelet?</p>
Teema	Pääkysymykset
2 Kokemukset	<p>Minkälaisia tunteita käyttöoireiden kohtaaminen herätti teissä mainitsemassanne vuorovaikutuksellisesti haasteellisessa hoitotilanteessa?</p> <p>Vaikuttivatko mainitsemanne tunteet hoidon toteuttamiseen?</p> <p><u>Lisäkysymykset</u></p> <p>Millä tavalla mainitsemanne tunteet vaikuttivat hoidon toteuttamiseen? Minkälaisia positiivisia ja/tai negatiivisia tunteita käyttöoireiden kohtaaminen herättää teissä?</p>
Teema	Pääkysymys
3 Ammatillisuus	Minkälaisia vuorovaikutustaitoja edellytetään käyttöoireisen asukkaan kohtaamisessa?

Lisäkysymykset

Minkälaisia nonverbaalisia ja verbaalisia vuorovaikutuskeinoja käytätte?

Mitkä muut asiat tukevat vuorovaikutustilanteiden onnistumista?

Onko teille muodostunut tiettyjä työskentelytapoja hoitotilanteissa käytösoireisen asukkaan kanssa?

Teema

Pääkysymys

4 Tuen tarve

Minkälaista tukea koette tarvitsevanne työpaikallenne selviytyäkseen hyvin hoitotilanteista käytösoireisen asukkaan kanssa?

Lisäkysymykset

Koetteko tarvitsevanne tukea työssäjaksamiseen? Minkälaista?

Minkälaista tukea odotatte työyhteisöltä?

Kaipaatteko asioiden käsittelemistä haasteellisten vuorovaikutustilanteiden jälkeen? Minkälaista?

Koetteko olonne turvalliseksi työssä ollessanne?

Mitä muutosehdotuksia teillä on turvallisuudesta huolehtimisen suhteen?

Lisäksi kysyimme haastatteluun osallistuvilta heidän ammattinimikkeensä tämänhetkisessä työpaikassaan, heidän koulutustaustastaan ja työkokemuksen pituudesta sekä kuinka pitkään he ovat työskennelleet tämän hetkisessä työpaikassa.

## LIITE 4; Esimerkki käytösoireiden sisällönanalyysistä

ALKUPERÄISILMAUKSET	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
"...ajetaan päälle, kävellään tai kepillä lyödään.."	Fyysinen aggressiivisuus	Käyttäytymisen oireet	
"...sanallista verbaalista aggressiivisuutta, kiroilu on hirveen yleistä...kiroillaan ja semmosta huutamista..."	Verbaalinen vihamielisyys		
"...on tätä...vaeltelua..." "...se voi ilmetä siten, että asukas voi olla levoton, ahdistunut, aggressiivinen, vetäytyvä, hiljainen, sulkeutunut..."	Levottomuus ja vaeltelu		
"...joillakin on aivan jatkuvaa huutoa, ei liity mihinkään tilanteeseen, kun huutaa vaan."	Huutelu		
"Tämmönen kävely... tietysti mikä korostuu kaikkein eniten...sanotaan niitä auringonlaskun kävelijöiksi."	Auringonlaskun ilmiö		
"...nukkumiseen liittyviä ongelmia et joko päivärytmi on sekaisin...ei pysty nukkumaan tai...nukuttaa koko ajan."	Uni-, ja valvetrytmin häiriöt		
"...ni hän katto ohjaajaa ja sit tyydytti itseensä..."	Seksuaaliset käytösoireet, estottomuus		
"...saman lauseen toistamista koko ajan tai saman kysymyksen esittämistä koko ajan"	Toisto-oireet		Arjen hoitotilanteissa ilmenevät käytösoireet
"Toiset tekee pesää sinne liinavaatehyllyihin, sieltäkin saattaa löytyä mitä vaan, et...tavaroiden kuljettelu ja omituisiin paikkoihin laittaminen..."	Esineiden siirtely, tavaroiden kuljettelu ja heittäminen sekä keräily		
"...on sitä ahdistusta paljon ja sellasta apaattisuutta...tietysti masennusta..."	Depressiiviset oireet	Psykologiset oireet	
"...asukas ei malta keskittyä siihen just mitä tehdään vaan se miettii jo...seuraavaa juttua..."	Keskittymiskyvyttömyys		
"...saatetaan tönä, purra, nipistää, huutaa...toisten nälvimistä on noissa ruokailutilanteissa"	Käytösoireet ilmenevät ruokailutilanteissa	Sosiaaliset tilanteet	
"...ruokailuhetkissä, yhteisöllisissä hetkissä, kahvihetkissä, pienissä viriketuokioissa, tilaisuuksissa."	Käytösoireet ilmenevät yhteisöllisissä tilanteissa		
"...arjen hoitotilanteissa...vuorovaikutuksessa toisen asukkaan kanssa tai hoitajan kanssa..."	Käytösoireet ilmenevät lähitilanteissa		
"...siirtymätilanteet...siinä ilmee käytösongelmaa, käytöshäiriötä, niin fyysistä ku verbaalistaki."	Käytösoireet ilmenevät siirtymätilanteissa	Siirtymätilanteet	

## LIITE 5; Aikataulu

MILLOIN	MITÄ
Tammikuu-Huhtikuu 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimussuunnitelman tekoa</li> <li>• Kirjallisuuskatsaus</li> </ul>
Huhtikuu 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimussuunnitelma valmis</li> <li>• Tutkimuslupa</li> <li>• Teemahaastattelurunko</li> </ul>
Elokuu 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteistyösopimus opinnäytetyöyhteistyöstä asumispalveluyksikön kanssa</li> </ul>
Lokakuu 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teemahaastattelut</li> </ul>
Marraskuu 2010- Tammikuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haastatteluiden litterointi</li> </ul>
Tammikuu-maaliskuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinnäytetyön käsikirjoituksen kirjoittamista</li> </ul>
Maaliskuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisällönanalyysi</li> <li>• Opinnäytetyön käsikirjoituksen kirjoittamista</li> </ul>
Huhtikuu-toukokuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimustulokset</li> <li>• Tutkimustulosten tarkastelu</li> </ul>
Elokuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Johdanto ja pohdinta</li> <li>• Esimerkki sisällönanalyysistä</li> <li>• Korjaukset</li> <li>• Tiivistelmä ja englanninkielinen tiivistelmä</li> </ul>
Syyskuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alustavan opinnäytetyön luovutus</li> <li>• Korjaukset</li> <li>• Opinnäytetyön esityksen valmistelu</li> </ul>
Syyskuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinnäytetyön esitys</li> <li>• Korjaukset</li> </ul>
Lokakuu 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valmis opinnäytetyö</li> </ul>