



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Annika Parviainen & Viivi Yli-Karhu

HOITAJAT TOIMIVAT NYRKKEILYSÄKKINÄ, JOHON PURKAA PAHAA OLOA

Sosiaali- ja terveysala
2021

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Annika Parviainen ja Viivi Yli-Karhu
Opinnäytetyön nimi	Hoitajat toimivat nyrkkeilysäkkinä, johon purkaa pahaa oloa
Vuosi	2021
Kieli	suomi
Sivumäärä	43 + 2 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitajien kokemaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena oli kuvailla, miten hoitajien kokemaan väkivaltaan puututaan ja miten sitä käsitellään työyhteisössä. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli nostaa esiin hoitajien kokemaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa.

Teoreettisessa viitekehyksessä avataan tutkimuksen avainsanat, joita ovat muun muassa muistisairaudet ja väkivalta. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin haastattelemalla neljää (4) hoitajaa, jotka työskentelevät Vaasan kaupungin palvelutalossa. Haastattelut toteutettiin kolmen tutkimuskysymyksen pohjalta, jonka jälkeen aineisto litteroitiin ja jaettiin tutkimuksesta nousseiden teemojen alle. Nämä teemat olivat hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta, väkivaltaan puuttuminen, väkivaltaisten tilanteiden käsittely ja väkivaltaisuuden vähättely. Näiden yhdistävänä tekijänä toimii hoitajien kokema väkivalta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä.

Tutkimustuloksia saatiin vastaamalla seuraaviin kysymyksiin: minkälaista väkivaltaa hoitajat kokivat muistisairaana vanhuksen hoitotyössä, kuinka siihen puututtiin ja kuinka sitä käsiteltiin hoitajien työyhteisössä. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat kokevat fyysistä ja henkistä väkivaltaa, eikä siihen puututa, niin kuin hoitajat toivoisivat. Tutkimuksesta nousi selkeästi esiin, ettei hoitajilla ole työkaluja käsitellä heihin kohdistunutta väkivaltaa, eivätkä he saa tarpeeksi apua siihen puuttumiseen.

ABSTRACT

Author	Annika Parviainen and Viivi Yli-Karhu
Title	Nurses Function as a Punching Bag to Overcome a Bad Mood
Year	2021
Language	Finnish
Pages	43 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this research is to describe the physical and psychological violence experienced by nurses in the care of elders with memory disorders. A further purpose was to describe how the violence experienced by nurses is interfered in, and how it is dealt with in the work community. The objective of this research is to highlight the physical and psychological violence experienced by nurses.

The theoretical framework explains the key words of the research, some of which are memory disorders and violence. The research was carried out as a qualitative research and the material was gathered by interviewing four (4) nurses who work in an assisted living facility in the city of Vaasa. The interviews were carried out with three research questions. The material was transcribed and divided into themes that had emerged during the research. These themes were the physical and psychological violence experienced by nurses, how violence is intervened in, dealing with violent situations and the belittling of violence. The connecting factor of these themes is the physical and psychological violence experienced by nurses in the care of elders with memory disorders.

The results are based on the following questions: what kind of violence did the nurses experience in the care of elders with memory disorders, how was it intervened in and how was it dealt with in the work community of the nurses. The research shows that nurses experience physical and psychological violence, and it is not intervened in, even though nurses would wish for an intervention. The research clearly showed that the nurses do not have the tools to deal with the violence directed at them and they do not get enough help to intervene in it.

Keywords	memory disorders, dementia, violence, conduct behavioral, nursing, well-being at work
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	8
3	HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA MUISTISAIRAAN VANHUKSEN HOITOTYÖSSÄ	9
	3.1 Muistisairaudet	9
	3.2 Väkivalta.....	11
	3.3 Muistisairaahan vanhuksen hoitotyö	15
	3.4 Työhyvinvointi.....	17
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	20
	4.1 Aineiston kerääminen	20
	4.2 Aineiston analysointi ja raportointi	22
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
	5.1 Hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta.....	24
	5.2 Hoitajien kokemaan väkivaltaan puuttuminen	26
	5.3 Hoitajien kokemien väkivaltaisten tilanteiden käsittely.....	28
	5.4 Hoitajien kokeman väkivaltaisuuden vähättely.....	28
6	POHDINTA	32
	6.1 Tutkimustulosten pohdinta	32
	6.2 Etiikka	35
	6.3 Luotettavuus	36
	6.4 Yhteistyö ja oma oppiminen	38
	6.5 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.....	39
	LÄHTEET	41

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1 Hoitajien kokema väkivalta muistisairaana vanhuksen hoitotyössä 31

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Tiedonhakupöytä

1 JOHDANTO

Suomessa hoitajat kokevat enemmän väkivaltaa verrattuna muihin Pohjoismaihin. Vanhustenhoitotyössä väkivallan yleisyys on havaittu jo aiemmin, mutta sen aiheuttamia haittoja on tutkittu vain vähän. Erään tutkimuksen mukaan kotihoitossa väkivalta ei ole yhtä yleistä kuin laitoshoidossa, jossa jopa 80 % hoitajista kokee väkivaltaa vuosittain. (Josefsson, Sinervo & Vehko 2018, 1.)

Käytöshäiriöitä esiintyy 90 %:lla dementoituneista sairauden edetessä. Käytöshäiriöt alentavat sekä vanhuksen että hänen läheistensä elämänlaatua ja lisäävät erilaisten palvelujen tarvetta. (Käypähoito 2017.) Erään tutkimuksen mukaan aggressiivisuus ilmenee eri tavalla eri muistisairauksissa. Alzheimerin tautia sairastavat ovat aggressiivisempia kuin frontaalilohkodementiaa sairastavat, mutta he yleisesti käyttäytyvät aggressiivisesti vain, jos hoitaja on liian hyökkäävä tai äkkiipikainen hoitotilanteessa. Frontaalilohkodementiaa sairastavat saattavat olla fyysisesti aggressiivisia ilman provosointia, koska sairaus ilmenee aivojen etuosassa, jossa sijaitsee muun muassa impulsiivisuuden hallinta. (Canadian Nursing Home 2017.)

Hoitajien kiire, työn itsenäisyys ja erilaiset ristiriidat ovat erään tutkimuksen mukaan merkittävimpiä syitä hoitajien kokemalle väkivallalle vanhustyössä. Tutkimuksessa myös havaittiin, että laitoshoidossa työskentelevien hoitajien kokema väkivalta on yhteydessä heidän työhyvinvointiinsa, uniongelmiinsa ja stressiinsä. (Josefsson ym. 2018, 9.)

2 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitajien kokemaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena on kuvailla, miten hoitajien kokemaan väkivaltaan puututaan ja miten sitä käsitellään työyhteisössä.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on nostaa esiin hoitajien kokemaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa. Lisäksi tavoitteena on saada hoitajille apukeinoja käsitellä heihin kohdistunutta väkivaltaa, ja näin parantaa heidän työhyvinvointiaan. Tutkimuksesta saaduilla tiedoilla voidaan parantaa hoitajien työhyvinvointia, jolla voidaan mahdollisesti vähentää sairauspoissaoloja. Näin voidaan vähentää organisaation kustannuksia ja parantaa sen tuottavuutta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat: Millaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa hoitajat kokevat? Miten hoitajien kokemaan väkivaltaan puututaan? Miten hoitajien kokemaa väkivaltaa käsitellään?

3 HOITAJIEN KOKEMA VÄKIVALTA MUISTISAIRAAN VANHUKSEN HOITOTYÖSSÄ

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään tutkimuksen pääkäsitteitä sekä aiheeseen liittyvää olemassa olevaa tutkittua tietoa. Tässä tutkimuksessa avainsanoja ovat muistisairaudet, dementia, väkivalta, käytöshäiriöt, hoitotyö ja työhyvinvointi. Avainsanojen englanninkieliset synonyymit ovat memory disorders, dementia, violence, conduct behavioral, nursing ja well-being at work.

3.1 Muistisairaudet

Muistisairaudet luokitellaan kansansairauksiksi, samalla tavalla kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudetkin. Muistisairaudet ovat eteneviä laaja-alaisesti toimintakykyä heikentäviä sairauksia, jotka yleisesti ilmenevät ikääntyneillä ihmisillä. Muistisairaudet johtavat ihmisen muistin heikkenemiseen ja kognitiivisen toiminnan laskuun, jolloin puhutaan dementiasta. (THL 2019.)

Muistisairaajat ihmiset saavat negatiivisen leiman, jolloin heitä ei kohdata enää ihmisenä vaan pelkkänä sairautena. Muistisairaajat tarvitsevat paljon tukea ja ymmärrystä, siksi heidän kohtaamiseensa sekä ympäristöönsä täytyy kiinnittää enemmän huomiota. (Ylikarjula 2011, 123–125.) Muistisairaudet ovat yksi merkittävimmistä syistä ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeisiin. Muistisairaajat vanhuksena tarvitsevat laitoshoidon sairautensa edetessä, mutta noin 60 % muistisairaista asuu kotona. He toivovat asuvansa kotona mahdollisimman pitkään, mikä on mahdollista omaishoitajan tai kotihoidon tuella. (Eloniemi-Sulkava 2010, 219.)

Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisimmäksi luokiteltu muistisairaus, sitä ilmenee 70–80 %:lla kaikista muistisairaista. Se on aivoja rappeuttava tauti, joka vaurioittaa hermoratoja ja aivosoluja. Aivojen rappeutuminen johtaa heikentyneeseen muistiin ja tiedonkäsittelyyn. (Juva 2018.) Alzheimerin tauti esiintyy aivojen takaosassa, jossa sijaitsee orientoituminen aikaan ja paikkaan sekä ihmisen muisti (Canadian

Nursing Home 2017). Alzheimerin tauti koettelee varsinkin lähimuistia, jonka heikentymisen jälkeen ihminen alkaa toistaa itseään sekä unohtella tärkeitä asioita ja puheita (Ylikarjula 2011, 123–125).

Sairaus ei ole perinnöllinen, mutta siinä tiedetään olevan riskitekijöitä kuten ihmisen elämäntapavalinnat. Oireita voidaan lievittää lääkkeillä, jotka lisäävät keskittymis- ja toimintakykyä sekä vähentävät käytösoireita, mutta ne ei eivät pysäytä sairauden etenemistä. (Juva 2018.)

Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on aivoja rappeuttava sairaus ja se on Alzheimerin jälkeen yleisin muistisairaus. Sitä esiintyy arviolta 20 %:lla kaikista muistisairaista. Sairauden nimi tulee solunsisäisistä Lewyn kappaleista, joita esiintyy myös Parkinsonin taudissa. Lisäksi puolella potilaista on samankaltaisia muutoksia kuin Alzheimerin taudissa. (Atula 2019 a.)

Tauti alkaa yleisesti älyllisen toimintakyvyn heikentymisenä sekä vireystilan vaihteluina ja tarkkaavaisuushäiriöinä. Yksityiskohtaiset näköharhat ovat tyypillinen taudin oire. Parkinsonin kaltaiset oireet ovat myös tyypillisiä, kuten jäykkyys ja liikkeiden hidastuminen. Lisäksi saattaa esiintyä kaatuilua, sekavuutta ja käytöshäiriöitä. Muistihäiriöt esiintyvät vasta taudin edetessä. Tauti etenee suhteellisen hitaasti ja se johtaa toimintakyvyn menetykseen sekä lopulta kuolemaan noin kahdeksan vuoden sisällä sairastumisesta. (Atula 2019 a.)

Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarisella dementialla eli verenkiertoperäisellä muistisairaudella on samat aiheuttajat kuin sydän- ja aivoverisuonisairauksilla. Sairauden aiheuttajia ovat huonot elintavat, kuten liikunnan vähäisyys, tupakointi, alkoholinkäyttö, ylipaino, kohonnut verenpaine ja kohonneet kolesterolitasot sekä diabetes. Aivoverenkiertohäiriöt ovat yleisimpiä dementian syitä, joiden taustalla voi olla erilaisia aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoverenvuotoja, aivoinfarkteja tai aivojen valkean

aineen hapenpuutteesta johtuvia vaurioita. Neljännes aivoverenkiertohäiriön saaneista saa vaskulaarisen dementian. (Atula 2019 b.)

Vaskulaarinen dementia voidaan jakaa kahteen eri alaluokkaan, sen mukaan ilmenekö verenkiertohäiriö aivojen kuorikerroksella vai valkeassa aineessa. Yleisempi näistä on valkean aineen tauti, jota on 60–70 % kaikista vaskulaarisista demen-
tioista. Oireen kuvaan liittyy yleisesti puheentuotonhäiriöitä sekä hemiplegiaa, eli toispuoleisia halvausoireita. Osalla potilaista esiintyy itkuun ja nauruun liittyviä pakko-
oireita, ja älyllisten toimintojen hidastuminen on yleistä. (Atula 2019 b.)

Dementia

Dementia on tila, jossa ihmisen kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet tai rajoittuneet, mutta dementiaa ei luokitella erilliseksi sairaudeksi (THL 2019). Dementia vaikuttaa ihmisen käytökseen, tekemällä hänestä usein vetäytyneitä, levottomia tai aggressiivisia. Dementian voidaan todeta liittyvän vanhenemiseen, koska joka neljäs yli 85-vuotias sairastuu siihen. Vanhemmat naiset sairastuvat demen-
tiaan miehiä todennäköisemmin. (Ylikarjula 2011, 124–125, 130.)

Dementiassa ihmisen oppiminen ja sosiaalinen selviytyminen rajoittuvat älyllisten toimintojen ja aivotoiminnan heikentymisen takia. Uuden oppiminen on haastavaa sekä vanhan opitun mieleen palauttaminen hankaloituu. (Duodecim 2020.) Dementian edetessä on tyypillistä, että ihmisen puhe köyhtyy ja hän käyttää lyhyitä yksinkertaisia lauseita. Ihmiselle tulee vaikeuksia motorisissa liikesarjoissa, esimerkiksi pukeutumisessa, eikä hän ymmärrä tai sisäistä näkemäänsä tai kuulemaansa. (Huttunen 2018 a.)

3.2 Väkivalta

Väkivallalla tarkoitetaan kontrollin, vallan tai fyysisen voiman tarkoituksenmukaisista käyttöä tai sillä uhkaamista. Väkivalta kohdistuu toiseen ihmiseen ja se voi johtaa fyysisen tai psyykkisen vahingon syntymiseen. (Bildjuschkin, Ewalds, Hieta-
mäki, Kettunen, Koivula, Mäkelä, Nipuli, October, Peltonen & Siukola 2019, 5.)

Väkivalta voidaan jakaa moneen eri alaluokkaan. Voidaan puhua fyysisestä, taloudellisesta, seksuaalisesta, henkisestä tai uskontoon liittyvästä väkivallasta. Kaltoin-kohtelut, kiusaaminen ja vainoaminen luokitellaan myös väkivallaksi. Hoitajien kokemaa väkivaltaa voi olla esimerkiksi fyysinen väkivalta, kuten lyöminen, potkiminen, raapiminen tai fyysisellä väkivallalla uhkaaminen. Henkinen väkivalta on enemmän sanallista, kuten alistamista, arvostelua, nimittelyä tai halveksuntaa. (THL 2020 a.)

Tutkimuksien mukaan Alzheimerin taudissa ja frontaalilohkodementiassa aggressiivisuutta ilmenee eri tavalla. Kolmasosa Alzheimerin tautiin tai frontaalilohkodementiaan sairastuneista ihmisistä on fyysisesti aggressiivinen hoitohenkilökuntaa, toisia potilaita, omaisia tai eläimiä kohtaan. (Canadian Nursing Home 2017.)

Frontaalilohkodementiaa sairastavat ovat aggressiivisempia jo sairauden alkuvaiheessa ja he ovat väkivaltaisempia tuntemattomia henkilöitä kohtaan. Frontaalilohkodementiaa sairastavat saattavat olla fyysisesti aggressiivisia ilman provosointia. Frontaalilohkodementia ilmenee aivojen etuosassa, jossa sijaitsee ihmisen empatiakyky, persoonallisuus ja impulsiivisuuden hallinta. Tällä voidaan selittää ihmisen impulsiivinen aggressiivisuus. (Canadian Nursing Home 2017.) Alzheimerin tautia sairastavat ovat kuitenkin aggressiivisempia kuin frontaalilohkodementiaa sairastavat, sillä he yleisesti käyttäytyvät aggressiivisesti vain, jos hoitaja on liian hyökkäävä ja äkkipikainen hoitotilanteessa (Canadian Nursing Home 2017).

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöitä esiintyy 90 %:lla dementoituneista. Käytöshäiriöt vaikuttavat negatiivisesti muistisairaana elämänlaatuun ja lisäävät erilaisten palvelujen tarvetta. (Käypähoito 2017.) Käytöshäiriöt jaetaan fyysisiin, lääketieteellisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. Fyysisiä tekijöitä voivat olla kipu tai huono ravitsemustila, lääketieteellisenä syynä voi olla lääkkeiden haittavaikutukset ja psykososiaalisena syynä voi olla hoitajien huono työhyvinvointi. (Eloniemi- Sulkava & Savikko 2009, 238.)

Käytöshäiriöitä tulee hoitaa silloin, kun ne haittaavat potilasta tai heikentävät hänen toimintakykyänsä, kykyä huolehtia itsestään tai sosiaalista vuorovaikutusta, tai jos oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle tai muille. (Koponen & Vataja 2016.) Käytöshäiriöitä hoidetaan ensisijaisesti lääkkeettömillä tavoilla, jotka auttavat silloin kun käytösoireet ovat lieviä ja lyhytkestoisia. Vaikeita ja pitkäkestoisia käytöshäiriöitä pyritään lievittämään lääkityksellä. Muistisairauksiin suunnattuja lääkkeitä ei pidetä sopivina käytöshäiriöiden lievittämiseen, jonka takia muiden lääkkeiden rinnalle voidaan tarvita psyykelääkkeitä. (Talaslahti, Vataja, Ginters & Koponen 2019.)

Käytöshäiriöisillä muistisairailla masennusta ilmenee vaikeana noin 5–15 %:lla ja lievänä noin 25 %:lla muistisairaista. Masennusoireet ovat ajallisesti lyhytkestoisempia kuin muut käytösoireet, ja niitä ilmenee yleisesti muistisairauden alkuvaiheessa. Masennuksen lisäksi muistisairaista noin kolmanneksella esiintyy apatiaa jossain sairauden vaiheessa. (Koponen & Vataja 2016.) Muistisairaana unettomuus on myös yksi tavallisimpia käytöshäiriöitä, joita esiintyy neljänneksellä potilaista. Muistisairaiden unihäiriöitä hoidetaan samalla tavalla kuin muidenkin vanhusten. (Koponen & Vataja 2016.)

Muistisairaus muuttaa ihmisen hermoverkostoja niin, että lääkkeille ei saada samaa vastetta kuin ihmiselle, jolla ei ole muistisairautta. Muistisairaana kärsiessä vakavasta masennuksesta turvaudutaan masennuslääkitykseen, jos hän ei hyödy muistisairauslääkityksestä tai lääkkeettömistä toimista. Mikäli masennuslääkkeestäkään ei ole hyötyä, voidaan muistisairaalle antaa myös sähköhoitoa. (Talaslahti ym. 2019.)

Agitaatiota eli levottomuutta ja ahdistuneisuutta esiintyy tavallisimmin muistisairauden myöhäisvaiheessa, noin 50–60 %:lla potilaista. Vaikeita agitaation ja aggressiivisuuden muotoja hoidetaan yleisimmin psykoosilääkkeillä. Ahdistuneisuutta esiintyy 40–50 %:lla muistisairaista jossain sairauden vaiheessa, ja siihen liittyy psykomotorista levottomuutta ja ärtyneisyyttä. Muistisairauden keskivaiheessa tai vaikeassa vaiheessa noin 25–50 %:lla esiintyy aistiharhoja ja harha-

ajatuksia. Nämä käytösoireet kuormittavat muistisairaana lähiympäristöä ja ne ovat pitkäkestoisia. (Koponen & Vataja 2016.)

Agitaatioon voi myös liittyä kipua, jota voidaan hoitaa myös lääkkeettömin toimin tai kipulääkityksellä. Aggressiivisuuteen taas on koettu parhaaksi psykoosilääkkeisiin kuuluva haloperidoli, mutta sen ei tiedetä auttavan muihin käytöshäiriöihin. Eri SSRI-lääkkeillä voidaan helpottaa muistisairaana levottomuutta ja ahdistuneisuutta. Bentsodiatsepiineja on myös käytetty agitaation helpottamiseen, mutta sen sivuvaikutuksiin lukeutuvat tasapaino-ongelmat, jonka takia se ei välttämättä ole hyvä vanhukselle. Sähköhoidosta on todettu olevan apua lähes 90 %:lla vaikeista agitaatio- ja aggressio-oireista kärsiville. (Talaslahti ym. 2019.)

Pitkäkestoisten käytöshäiriöiden hoito on hankalaa. Hoitona usein joudutaan käyttämään masennus- ja psyykelääkkeitä, vaikka niiden käyttökriteerit eivät täytyisi. Hoitoa suunniteltaessa on hyvä konsultoida vanhuksien psykiatrista erikoisosajaa. Lääkehoitoa tulee arvioida säännöllisesti ja tarpeen tullen muuttaa. (Talaslahti ym. 2019.)

Eräissä tutkimuksissa tarkasteltiin käytöshäiriöiden, progressiivisen kognition heikentymisen, masennuksen ja aggressiivisen käytöksen suhdetta toisiinsa. MMSE- testiä, GDS- testiä ja erästä aggressioasteikkoa (the Modified Overt Aggression Scale) käytettiin tutkimustuloksen saamiseksi. Tutkimus toteutettiin kolmessa eri vanhusten palvelutalossa ja tutkimukseen osallistui 201 yli 65-vuotiasta vanhusta. (Margari, Siculo & Spinelli 2012.)

Tuloksista selvisi, että 95 % tutkimuksessa osallisena olleilla kognitio on heikentynyt, 11 %:lla oli rajatapausmasennusoireita, 41 %:lla oli selkeitä masennusoireita ja 21 %:lla heistä esiintyi aggressiivista käytöstä. Ne, joiden pisteet olivat korkeat tai matalat kognitiivisessa toiminnassa, olivat vähemmän masentuneita, kun taas ne, joiden pisteet olivat keskellä kognitiotoiminnan asteikkoa. Kognitiopisteet ja masennuspisteet korreloivat positiivisesti, mutta tulos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkittävä. Aggressiivisella käytöksellä ja kognitiopisteillä on selkeä yhteys

toisiinsa, niin kuin myös masennuspisteillä ja aggressiivisella käytöksellä, ja nämä molemmat tulokset olivat merkittäviä tilastollisesti. Masennus ja aggressiivisuus eivät ole yhteydessä ikään, kognitiivinen toiminta on. (Margari ym. 2012.)

Tutkimuksen päätelmä oli, että aggressiivinen käytös ja masennusoireet ovat vanhuksilla yhteydessä progressiiviseen kognition heikkenemiseen. On tärkeää tunnistaa dementian ensioireet, koska se voi edistää ajankohtaisia ja sopivia terapeutisia strategioita. Näin voidaan parantaa dementoituneen ja hänen perheensä elämänlaatua sekä viivästyttää tehostetun palveluasumisen tarvetta. (Margari ym. 2012.)

3.3 Muistisaira vanhuksen hoitotyö

Hoitotyö perustuu terveydenhuoltolakiin, joka määrittää terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Momentin 8§ mukaan toiminnan on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Lisäksi sen on oltava laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Toimintayksiköiden on laadittava suunnitelmat laadunhallinnasta, lääkehoidon toteutuksesta ja potilasturvallisuudesta. (L 30.12.2010/1326.)

Suomessa hoitajiksi luokitellaan sairaanhoitaja, lähihoitaja sekä perushoitaja. Suomessa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, eli Valvira, antaa hoitajille ammattioikeudet toimia hoitajana. Lähihoitajat ovat nimikesuojattuja, ja sairaanhoitajat ovat laillistettuja hoitoalan ammattihenkilöitä. Henkilön tulee olla suorittanut laillistetun sairaanhoitajan tai nimikesuojatun lähihoitajan koulutus, tai aiempi vastaava koulutus, kuten perushoitajan koulutus. (Valvira 2017.)

Suomessa hoitajat kokevat enemmän väkivaltaa verraten muihin Pohjoismaihin. Vanhustenhoitotyössä väkivallan yleisyys on havaittu jo aiemmin, mutta sen seuraamuksia tai aiheuttajia on tutkittu vain vähän. Hoitajien kokemaa väkivaltaa karotettiin tutkimuksessa, johon vastasi 1916 lähi-, perus-, ja kodinhoitajaa, joista 58 % työskenteli palveluasumisessa. Tutkimuksen mukaan kotihoidossa väkivalta

ei ole yhtä yleistä kuin laitoshoidossa, jossa jopa 80 % hoitajista kokee väkivaltaa vuosittain. (Josefsson ym. 2018, 1.)

Laitoshoidossa asuvat vanhukset ovat huonokuntoisempia kuin kotona asuvat. Tämä voi vaikuttaa siihen, miksi hoitajat kokevat enemmän väkivaltaista käyttäytymistä laitoshoidossa. Vanhusten heikko kunto, käytöshäiriöt ja kognitiiviset ongelmat olivat yhteydessä siihen, miksi hoitajien kokema väkivalta palveluasumisessa on niin yleistä. (Josefsson ym. 2018, 1–3.)

Vanhusten väkivaltaisuutta ja toimintakykyä yritettiin kartoittaa eräässä tutkimuksessa RAI-mittariston (Resident Assessment Instrument) avulla, mutta kaikissa tutkittavissa organisaatioissa tätä ei käytetty, ja se vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin (Josefsson ym. 2018, 2–3). RAI-järjestelmää käytetään silloin, kun arvioidaan tai tehdään hoito-, kuntoutus- tai palvelusuunnitelmia ikäihmisille. RAI-mittaristo kartoittaa potilaiden toimintakykyä, psyykkistä hyvinvointia, lääkitystä, ravitsemustilaa, avuntarvetta ja yleistä terveydentilaa. RAI-mittaristoja on erilaisiin käyttötarkeoituksiin ja niillä voidaan tulkita asiakkaan vahvuuksia ja heikkouksia. Ympäri vuotisessa hoidossa oleville asiakkaille noin 40 %:lle tehdään RAI-arviointi. (THL 2020 b.)

Hoitajien kokemaan fyysiseen väkivaltaan vaikuttavia tekijöitä olivat vanhusten fyysinen kunto ja kognitiiviset häiriöt, kuten dementia. Käytöshäiriöt olivat taas syy tavaroiden heittelyyn. Tutkimuksesta selviää, että vanhusten fyysinen kunto on enemmän liitoksissa hoitajien kokemaan fyysiseen väkivaltaan, kuin kognitiiviset häiriöt. (Josefsson ym. 2018, 2–3.)

Muistisairaiden dementia-asteen seulonnassa ja seurannassa käytetään Mini-Mental State Examination lyhenteeltään MMSE, joka on jo yleisessä käytössä. Sen avulla voidaan selvittää muistisairaana lyhytmuistia ja tiedonkäsittelyn arviointia. Testissä saadaan tulokseksi numeerinen arvo, jonka maksimipistemäärä on 30. Mitä enemmän muistisairas tekee virheitä, sitä pienemmän pistemäärän hän saa. Mikäli muistisairaalla on selkeitä muistiongelmia, voidaan tehdä CERAD-

kognitiivinen tehtäväsarja, joka on huomattavasti MMSE-testiä laajempi. MMSE-testi ei riitä kuitenkaan muistisairauden diagnosointiin. (Erkinjuntti, Viramo & Rosenvall 2021.)

Vanhusten masennuksen arvioimiseksi on kehitetty geriatrinen depressioasteikko GDS. Asteikko nimetään kysymysmäärän mukaisesti, esimerkiksi GDS-15 sisältää 15 kysymystä. Kysymyksiä voi olla 4, 10, 15 tai 30, ja näihin vastataan joko kyllä tai ei. Tämä on itsearviointiasteikko, joka sopii parhaiten seulontamittariksi, ja tällä kartoitetaan masennusoireita kuluneen viikon ajalta. Mitä isomman pistemäärän testissä saa, sen vaikeampi masennus. (Suomen Alzheimer-tutkimusseura, Viramo, Alhainen, Leppävuori, Erkinjuntti, Huusko, Kivelä, Koivisto, Koponen, Saarela, Sulkava & Vataja 2019.)

Erään tutkimuksen mukaan hoitajien kiire, työn itsenäisyys ja erilaiset ristiriidat ovat merkittävimpiä syitä hoitajien kokemalle väkivallalle vanhustyössä. Tutkimuksessa havaittiin, että laitoshoidossa työskentelevien hoitajien kokema väkivalta vaikuttaa negatiivisesti heidän työhyvinvointiinsa. Sen havaittiin lisäävän stressiä sekä uniongelmia. (Josefsson ym. 2018, 9.)

Väkivaltauhka voidaan minimoida tekemällä hoitajan ja potilaan välisistä vuorovaikutustilanteista kiireettömiä. Hoitohenkilökunnan lisäkouluttamisessa pidettiin tärkeänä osana muistisairaana ja käytöshäiriöisen potilaan oikeanlaista kohtamista. Tärkeää on, että väkivaltatilanteet käsiteltäisiin työpaikalla ja niihin pyritäisiin keksimään ratkaisuja. (Josefsson ym. 2018, 11.)

3.4 Työhyvinvointi

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan turvallista, tuottavaa ja terveellistä työtä, ja se tukee työntekijän sekä työyhteisön elämänhallintaa. Työhyvinvointi vaikuttaa organisaation talouteen, maineeseen ja sen kilpailukykyyn. Työhyvinvointiin liittyy hyvä yhteistyö työyhteisössä, avoimuus, myönteiset palautteet ja rakentava keskustelu ongelmista. Työntekijän voidessa hyvin hän on motivoitunut,

vastuuntuntoinen ja innostuu työstään. Hyvinvoiva työntekijä vaikuttaa positiivisesti yrityksen tuottavuuteen. (TTL 2020.)

Eräässä tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden aggressiivisuuden vaikutuksia hoitajien hyvinvointiin. Tuloksiksi saatiin, että psykiatrisessa hoitoympäristössä hoitajat kokevat vähiten väkivaltaa verrattuna muihin hoitoaloihin. Lääketieteellisessä ja kirurgisessa ympäristössä työskentelevät hoitajat kärsivät useammin uniongelmissa ja psyykkisistä oireista verrattuna psykiatrisessa ympäristössä. Tutkimuksesta tuli esiin se, että psykiatrisessa ympäristössä työskentelevät hoitajat tunnistavat paremmin psyykkiset ongelmansa ja hakevat niihin apua herkemmin kuin muut hoitajat. Tämän takia hyvinvointitutkimukset saattavat näyttää, että psykiatrisessa työympäristössä työskentelevät hoitajat voivat huonommin kuin muut hoitajat. Psykiatrisessa ja akuuteissa ympäristössä työskentelevillä hoitajilla on paremmat työkalut selviytyä stressaavassa työympäristössä ja heillä on parempi koulutus aggressiivisten potilaiden hoitamiseen. Lisäksi heillä on paremmat coping -mekanismit tilanteiden käsittelyyn. (Kivimäki, Pekurinen, Vahtera, Virtanen, Välimäki & Willman 2017.)

Unettomuus

Unettomuudesta puhutaan, kun ihminen ei kykene nukkumaan riittävästi. Se ilmenee nukahtamisvaikeutena, katkonaisena unena tai liian aikaisena heräämisenä. Unettomuudesta puhutaan silloin kun ihminen kärsii uniongelmissa vähintään kolmena yönä viikossa. Unettomuus on hyvin yleistä ja joka kolmas aikuinen kärsii siitä vuoden sisällä. (Huttunen 2018 b.)

Jokainen ihminen tarvitsee yksilöllisen määrän unta, noin 6–9 tuntia yössä. Univajeesta puhutaan, kun hänen unitarpeensa eivät täyty. Uniongelmat vaikuttavat elimistön toimintaan, aineenvaihduntaan, kortisolin tuotantoon ja kilpirauhasen toiminnan kiihtymiseen, jolloin sydämen syke kohoaa. Erityisesti vuorotyötä tekevät altistuvat kasaantuneelle univajeelle, joka vaikuttaa heidän kokonaisvaltaiseen terveyteensä. (Käypähoito 2020.)

Unettomuus aiheuttaa aineenvaihdunnallisista syistä nälän tunnetta, jonka takia elimistö käyttää nopeasti imeytyviä hiilihydraatteja. Näistä syistä univaje ja univelka ovat yksi merkittävimmistä syistä lihomiselle. Univelka aiheuttaa päiväväsymystä, joka heikentää keskittymiskykyä ja aiheuttaa oppimisvaikeuksia. Yksi uniongelmiensa aiheuttaja on pitkäaikainen stressi tai stressaava elämäntilanne. Unettomuutta voi aiheuttaa myös muut psyykkiset sairaudet, runsas alkoholin käyttö, somaattiset sairaudet ja pitkäaikaiset kivut. (Huttunen 2018 b.)

Stressi

Stressistä puhutaan, kun ihmisen elämässä on paljon kuormittavia tekijöitä ja haasteita, niin että hänen sietokykynsä on kovilla. Stressi ei aina ole haitallista ja se saa ihmisen tekemään parhaansa. On tärkeää huomioida, onko stressi ohi menevää vai jatkuvaa. Stressi saa ihmisen kyseenalaistamaan omaa onnistumistaan niin arkisissa kuin tärkeissäkin asioissa. (Sarkkinen 2018.) Stressiä voivat aiheuttaa kiire, työ, melu, ihmissuhdeongelmat, traumaattiset kokemukset tai äkilliset elämänmuutokset. Näistä voi seurata traumaperäinen stressihäiriö tai akuutti stressihäiriö. (Mattila 2018.)

Pitkään jatkunut stressi on haitallinen ihmisen terveydelle ja se voi johtaa työpumukseen. Työperäisestä stressistä tulisi aina keskustella esimiehen kanssa, koska se vaikuttaa ihmisen asenteisiin työtään kohtaan. (Sarkkinen 2018) Stressin aiheuttamia fyysisiä oireita ovat päänsärky, huimaus, sydämentykytys, vatsavaivat ja hikoilu. Psykkisiä oireita ovat erilaiset mielenterveyshäiriöt, kuten masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Oireiden ilmaantuvuus on kuitenkin yksilöllistä. (Mattila 2018.)

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimusaihe valittiin keväällä 2020 ja tutkimussuunnitelma tehtiin saman kevään aikana. Aiheeksi valittiin hoitajien kokema väkivalta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä, sillä aiheesta ei puhuta riittävästi, vaikka tutkimuksien mukaan lähes jokainen vanhustyössä työskentelevä hoitaja kokee väkivaltaa työssään. Tavoite oli tuoda esiin hoitajien kokemaa väkivaltaa ja sen suhdetta hoitajien työhyvinvointiin.

Kesällä 2020 haettiin tutkimuslupaa Vaasan kaupungilta, hakemuksen liitteeksi lähetettiin tutkimussuunnitelma. Tutkimuslupa saatiin Vaasan kaupungilta 21.9.2020. Tämän jälkeen löydettiin aiheelle sopiva kohdeorganisaatio, joka on Vaasan kaupungin omistama palvelutalo, jossa asuu muistisairaita vanhuksia.

4.1 Aineiston kerääminen

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena, eli kvalitatiivisena tutkimuksena, ja aineisto kerättiin haastattelemalla. Haastattelemisen on joustava menetelmä, koska siinä ollaan suorassa vuorovaikutustilanteessa haastateltavan kanssa ja näin ollen voidaan saada enemmän tietoa hoitajien kokemuksista kuin kvantitatiivisesta tutkimuksesta. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 34–43.)

Haastattelun tavoitteena oli kerätä hoitajien kokemuksia heihin kohdistuneesta väkivallasta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä ja saada vastaukset myös muihin tutkimuskysymyksiin. Haastattelut olivat ennalta suunniteltuja vuorovaikutustilanteita ja niiden tavoitteena oli saada luotettavaa tietoa. Haastattelija ohjaa tilannetta, motivoi haastateltavaa sekä pyrkii ylläpitämään keskustelua. Haastatelluista tullut aineistomateriaali käsiteltiin luottamuksellisesti. (Hirsijärvi & Hurme 2001, 34–43.)

Tutkimukseen valikoitui puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jota kutsutaan myös teemahaastatteluksi (Hirsijärvi & Hurme 2001, 47–48). Teemahaastattelu valittiin, koska tutkimuksessa selkeänä teemana oli hoitajien kokema väkivalta

muistisairaiden vanhustyössä, kuinka siihen puututtiin ja miten sitä käsiteltiin. Nämä teemat nousivat esiin aiemmin määriteltyjen tutkimuskysymysten pohjalta.

Teemahaastattelu eteni valitun teeman pohjalta, eikä sitoutunut kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen tutkimukseen. Tutkimus oli fenomenografinen, koska tarkoituksena oli kuvata useamman ihmisen käsityksiä ja kokemuksia muistisairaana vanhuksen väkivaltaisuudesta (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka, b). Aineisto haluttiin kerätä haastattelemalla kyselylomakkeen sijaan, koska ajateltiin, että näin saadaan paremmin hoitajien kokemukset esiin.

Tutkimuksessa oli tarkoitus haastatella niin useaa henkilöä, että tieto saturoitui, eli haastattelut eivät tuottaneet enää merkittävää uutta tietoa (Hirsijärvi & Hurme 2001, 60–61). Tutkimus toteutettiin yksilöhaastatteluna. Haastattelut pyrittiin järjestämään niin, että tutkimustilanne oli mahdollisimman turvallinen ja yksilöllinen haastateltavalle. Tätä ei ryhmähaastattelulla välttämättä olisi saatu aikaan.

Tutkimuksen haastatteluun oli tarkoitus valita tällä hetkellä vanhustyössä työskenteleviä sairaan-, lähi- tai perushoitajia sekä sellaisia hoitajia, joilla on vähintään vuoden työkokemus muistisairaiden vanhusten hoitotyöstä. Koettiin, että vähempi työkokemus ei toisi niin monipuolisia näkökulmia tutkimukselle.

Haastattelut toteutettiin 28.1.2021 kaupungin omistamassa palvelutalossa Vaasassa, haastattelemalla neljää (4) hoitajaa, jotka työskentelevät muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Alkuperäinen tarkoitus oli haastatella 7–10 hoitajaa. Haastattelut toteutettiin hoitajien työaikana ja heidän työpaikallaan, jotta haastatteluun olisi mahdollisimman matala kynnyks osallistua. Tähän saatiin lupa työorganisaatiolta, sillä tämä vaati ymmärrystä ja joustavuutta koko työyhteisöltä. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Tässä tutkimuksessa organisaation johtaja oli ehdottanut haastatteluun osallistujat.

Yksilöhaastatteluihin varattiin aikaa 30 minuuttia jokaista haastateltavaa kohden, mutta aikaa kului 10–25 minuuttia. Varauduttiin suorittamaan haastattelut etänä poikkeusolojen vuoksi, mutta saimme kuitenkin toteuttaa haastattelut

työyksikössä. Tämä järjestely oli parempi, koska haastattelun aiheena oli arka aihe. Haastattelut toteutettiin vallitsevan koronaviruspandemian aikana ja hallituksen ohjeistuksia noudatettiin, kuten noudattamalla hyvää käsihygieniaa, käyttämällä nenä-suusuojia ja turvavälejä pitämällä. Haastattelut järjestettiin kokous-tilassa, jota ei saanut täysin rauhoitettua. Kaksi haastattelua keskeytyi ohikulkijoiden vuoksi.

Kaikilla haastatteluun osallistuneilla hoitajilla on pitkä kokemus hoitotyöstä, he ovat työskennelleet hoitotyössä 8–21 vuotta ja muistisairaiden parissa 4–14 vuotta. Hoitajat kertoivat haastatteluissa kokemuksistaan koko työuransa ajalta, eivätkä vain nykyisestä työpaikastaan. Aineisto äänitettiin kahdella puhelimella, jotta varmistettiin äänitteiden riittävän hyvä laatu. Tämän jälkeen kerätty aineisto kirjoitettiin auki sanasta sanaan eli litteroitiin ja alkuperäiset äänitteet hävitettiin vaitiolo- ja salassapitovelvollisuutta noudattaen.

4.2 Aineiston analysointi ja raportointi

Haastattelujen aineisto pelkistettiin litteroinnin jälkeen ja tutkimuskysymysten vastaukset luokiteltiin tutkimuskysymysten ja muiden haastatteluissa esiin tulleiden teemojen alle. Aineiston analyysi toteutettiin kevään 2021 aikana. Laadullisella analysoinnilla pyrittiin luomaan aineistosta selkeä, jotta se olisi helppo käsitellä. Aineisto pyrittiin tiivistämään säilyttämällä sisällön informaatio ja näin hajanaisesta aineistosta saatiin helpommin ymmärrettävä. (Taanila 2007, 2.)

Tutkimuksesta karsittiin epäoleellinen aineisto tutkimukseen valitun viitekehyksen ja haastatteluteemojen avulla. Aineisto järjestettiin ylä- ja alaluokkiin, jotta jatkoanalysointi helpottuisi. Järjestetystä tiedosta pystyttiin löytämään vastaukset tutkimuskysymyksiin, joiden pohjalta voitiin tehdä johtopäätöksiä, jotka voitiin todentaa aineiston pohjalta. (Taanila 2007, 5–16.) Lisäksi tuloksissa kuvattiin haastateltavien alkuperäisilmaisuja tekstiä rikastuttamaan.

Tutkimuksen tulokset raportoitiin opinnäytetyössä ja niitä pohdittiin kriittisesti. Opinnäytetyön raportti valmistui aikataulun mukaisesti keväällä 2021.

Tutkimustulokset ja niiden pohjalta tehty raportti esitettiin opinnäytetyöseminaarissa, joka toteutettiin etäyhteydellä, koska opinnäytetyö valmistui koronaviruspandemiasta johtuvien poikkeusolojen aikana. Seminaariin kutsuttiin kohdeorganisaatio. Seminaarin jälkeen opinnäytetyö on löydettävissä Theseuksesta.

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteiden pohjalta. Tutkimuksessa oli kolme tutkimuskysymystä, jotka ohjasivat haastatteluiden etenemistä. Haastatteluaineistosta nousi esiin viisi eri teemaa, jotka olivat hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta; väkivaltaan puuttuminen; väkivaltaisten tilanteiden käsittely; väkivaltaisuuden vähättely. Näiden yhdistävänä tekijänä on hoitajien kokema väkivalta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. (Kuvio 1.)

5.1 Hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta

Hoitajien kertoman mukaan he kokevat monenlaista fyysistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Väkivallaksi tutkimuksessa lueteltiin lyöminen, raapiminen, kiinnipitäminen, sylkeminen, nipistely, potkiminen ja tavaroilla heittäminen. Hoitajat kokevat erittäin monipuolista fyysistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä.

”Kaikenlaista, nimittelyä, haukkumista, ihan päälle käymistä, lyömistä, puremista, raapimista, potkimista, kaikkea mahdollista. Tavaroilla heittäminen ja ihan kaikki mitä näihin voi luetella. Kaikki on tullut koettua kyllä tässä työuran aikana.”

Hoitajat kertoivat myös harvemmista tapauksista, joissa muistisairas vanhus on äkillisesti ollut fyysisesti väkivaltainen ilman provosointia ja muistisairas on saattanut äkillisesti yrittää käydä hoitajaan käsiksi. Muistisairaana väkivaltaisuuteen hoitajien kokemusten mukaan voivat vaikuttaa muistisairaana kokemat kivut, kokemukset kohtaamisista hoitotilanteissa sekä hoitajien kiireisyys.

Tutkimuksessa nousi esiin, että muistisairaatt saattavat olla impulsiivisesti väkivaltaisia ja siksi väkivaltatilanteet voivat tulla hoitajille yllätyksenä. Hoitotoimet voivat olla ennalta-arvaamattomia ja voivat sisältää äkkinäisiä lyöntejä tai potkuja, minkä vuoksi hoitajat saattavat ennakoida tilanteita ja esimerkiksi ottaa silmälasit pois ennen hoitotoimia. Hoitotoimet ovat tilanteita, joissa yleisesti ilmenee

fyysistä väkivaltaa, hoitajat kokivat syyn olevan se, että muistisairas vanhus saattavat kokea häpeää tai tuntea olonsa turvattomaksi, koska hoitotoimi saattaa olla niin intiimi.

Hoitajat myönsivät, ettei väkivaltaisuus tunnu heistä hyvältä ja tilanteet saattavat olla ahdistavia, mutta osittain he ajattelivat sen kuuluvan muistisairaahan vanhuksen hoitoon ja näin ollen heidän työhönsä. Jokapäiväinen väkivaltaisuus saattaa vaikuttaa hoitajien työhyvinvointiin, riippuen siitä kuinka raskaaksi he sen kokevat. Väkivaltilanteet voivat aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta, jonka vuoksi ei haluta mennä töihin. Väkivallan sanottiin myös joskus vaikuttavan uneen, mutta osa ei miettinyt väkivaltilanteita enää kotonaan, vaan osasi jättää asian työpaikalleen. Tämä on kuitenkin yksilöllistä ja persoonasidonnaista.

Hoitajista tuntui turhauttavalta, kun he yrittävät parhaansa, ja tekevät työnsä niin hyvin kuin voivat, mutta silti saattavat joutua niin fyysisen kuin henkisenkin väkivallan kohteeksi. Työkuorma olisi hyvä jakaa hoitajien kesken niin, ettei kukaan joudu kohtaamaan useana päivänä peräkkäin toistuvasti väkivaltaista muistisairasta, vaan työn raskaat puolet jakaantuisivat tasaisemmin.

”Itse yrittää parhaansa ja auttaa ja silti tulee nyrkistä”

Hoitajien kokemaksi henkiseksi väkivallaksi nousi haukkuminen, huorittelu ja nimittely. Harvinaisempaan tapaukseen on myös ollut erilaiset uhkailut. Muistisairaahan samojen asioiden toistaminen koettiin henkisesti raskaaksi, mutta sitä ei voi luokitella väkivallaksi. Yleisintä hoitajien kokemaa henkistä väkivaltaa muistisairaiden hoitotyössä on haukkuminen, jota yleensä esiintyy hoitotoimien aikana, eikä se ole yhtä äkillistä kuin fyysinen väkivalta voi olla.

Haukkuminen ja nimittely ei ole hoitajien mielestä mukavaa, mutta he muistuttavat itseään siitä, että heidän hoitamansa vanhukset ovat muistisairaita, eivätkä he välttämättä ymmärrä omaa käytöstään tai sen vaikutusta hoitajiin. Ajoittain henkisen väkivallan tilanteet koettiin todella raskaiksi, jolloin on vaikeaa pysyä

ammattillisena. Tämän vuoksi hoitajat ovat saattaneet poistua hetkeksi tilanteesta rauhoittaakseen itsensä, jotta he kykenevät palaamaan ammatillisina tilanteeseen.

”Piti välillä mennä laskemaan johonkin ja välillä tuli sellainen olo, että voi helvetti, ole sitten. Ei saisi ajatella niin, mutta tuli sellainen olo, että miksi minä ihan oikeasti yritän, kun ei sillä ole mitään vaikutusta.”

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitajat kokevat monenlaista fyysistä ja henkistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Väkivallan kohteeksi tuleminen ei tunnu hoitajista hyvältä ja tilanteet koetaan ahdistaviksi. Henkinen väkivalta usein koettiin turhauttavana tilanteissa, joissa hoitaja yrittää parhaansa, mutta se ei riitä. Positiivinen löydös oli, että väkivaltaisuus harvoin vaikuttaa heidän työhyvinvointiinsa.

5.2 Hoitajien kokemaan väkivaltaan puuttuminen

Muistisairaiden väkivaltaiseen käyttäytymiseen pyritään hoitajien mukaan vaikuttamaan lääkemuutoksilla, esimerkiksi lisäämällä psyykelääkkeitä. Muistisairaana kivaliaisuus saattaa ilmentyä väkivaltaisena käytöksenä, sillä he eivät välttämättä osaa enää ilmaista kipujaan sanoilla. Tämän vuoksi on tärkeää arvioida kriittisesti kipulääkityksen tarvetta. Muistisairaana puheeseen ei voi aina luottaa, joten on tarkasteltava yleistä olemusta, sairauksia ja vammoja. Lisäksi kipuilu voi ilmentyä myös levottomuutena.

Muistisairaana väkivaltaiseen käyttäytymiseen vaikuttaa myös se, kuinka hänet kohdataan. Lisäksi olisi hyvä huomioida, että jotkut vanhukset kokevat mieshoitajat epäsoveliaaksi intiimitilanteissa, kuten pesujen yhteydessä. Nämä asiat hoitajien mukaan pyrittiin ottamaan huomioon suunniteltaessa päivän työnjakoa.

”Kivut ovat melkein ainoat mitä me pystymme vaikuttamaan ja tiettenkin se, että miten kohtaat, se on se kinestetiikka”

Hoitajat eivät ole tutkimuksen mukaan tyytyväisiä siihen, kuinka muistisairaana vanhuksen väkivaltatilanteisiin puututaan. He haluaisivat enemmän konkreettisia

lääkemuutoksia ja tukea ylemmiltä tahoilta. Hoitajia ajoittain syyllistetään siitä, että he kohtaavat muistisairaana väärin, minkä vuoksi he kokevat väkivaltaa. Hoitajille heräsi kuitenkin kysymys, kuinka muistisairas tulisi kohdata, jos hän on väkivaltainen ilman provosointia.

”Minulle on todettu tylästi, että lyömiseen ei ole lääkettä, se on vain hyväksyttävä.”

”Sitä vaan sanotaan, että kohtaaminen on pielessä, mutta ei sitä aina voi vaikuttaa, vaikka kuinka kohtaat rauhallisesti niin saattaa tulla nyrkistä tai haukkumista.”

Tutkimuksessa tuli esille, etteivät hoitajat saa tarvitsemaansa tukea ylemmiltä tahoilta, kuten lääkäriltä tai johtajilta. Hoitajat kokevat, ettei heidän sanaansa oteta tosissaan eikä sitä viedä tarpeeksi eteenpäin. He kokevat tuen puutteen raskaaksi ja ajoittain se vaikuttaa myös heidän työmotivaatioonsa.

”Kuka nyt ottaa asiaksi ja kuka ei, että kyllä yleensä asiaa viedään eteenpäin, yritetään ainakin, että asia menisi lääkärille asti. Voisiko jotakin mieltä, että... En tiedä, jotkut ottavat asiakseen ja toiset eivät, että... Voi jäädä leijumaankin, toisaalta. Ehkä toivoisin enemmän...”

Hoitajien kokemuksen mukaan lääkärit saattavat olla liian varovaisia tehdessään vanhuksien lääketarpeen arvioita ja niiden muutoksia. Syinä tälle ajateltiin olevan heihin kohdistuneet paineet tai kokemattomuus käytöshäiriöiden hoidosta. Hoitajat toivoivatkin, että lääkärit konsultoisivat enemmän vanhuspsykiatria-erikoistuneita erikoisosaajia, mikäli lääkärit ovat epävarmoja tai eivät omaa riittävää osaamista.

”Vanhusten kohdalla, kun lääkehoitoa pidetään todella huonona, se yleinen asenne on, että ei saisi olla lääkkeitä, niin se varmaan sitä kautta juontaa juurensa siihen, että niillä ei tosiaan ole sitten niitä lääkkeitä, mikä tarkoittaa sitä, että hoitajat toimivat nyrkkeilysäkeinä heille, mihin he purkavat sitä paha oloa.”

Tutkimuksessa nousi esiin, että ennen on ollut eri paikkoja pahoista käytöshäiriöistä ja väkivaltaisesta käytöksestä kärsiville muistisairaille, jolloin henkilökunta oli paremmin koulutettu juuri näiden hoitoon. Nykyään kuitenkin nämä samaiset

käytöshäiriöistä kärsivät muistisairaavat on sijoitettu muiden muistisairaiden joukkoon, joilla ei esiinny vastaavia käytöshäiriöitä. Tämä voi pahimmillaan rikkoa koordinomaisen tunnelman ja herättää pelkoa toisissa asukkaissa.

5.3 Hoitajien kokemien väkivaltaisten tilanteiden käsittely

Tutkimuksessa kävi ilmi, ettei hoitajien kokemaan väkivallan käsittelyyn ole virallista kaavaa, eivätkä tutkimukseen osallistuneet hoitajat edes kaipaa sellaista. Useimmiten he käsittelevät väkivaltatilanteita keskenään kahvitauoilla. Asia jakoi mielipiteitä siitä, käsitelläkö asioita tarpeeksi hoitajien mielestä vai ei.

”Kyllä minä ainakin tuon sitä esille, vaikka kahvipöydässä... en pidä itselläni vaan kyllä käyn sitä yleensä läpi, ainakin nyt päällisin puolin mainitsen asiasta.”

Lievemmät ja jokapäiväiset väkivaltatilanteet saatetaan mainita kahvipöydässä, mutta joitain vaikeita tilanteita on kuitenkin käyty läpi myös johtajan kanssa. Näiden keskustelujen pohjalta on laadittu ohjeet, jotta työkuorma saataisiin mahdollisimman tasapuoliseksi, ettei yksittäinen hoitaja rasittuisi liikaa.

Osa hoitajista toivoi, että väkivaltatilanteita käsiteltäisiin enemmän, esimerkiksi palaverien yhteydessä, jotta jokainen saisi kertoa heidän kokemistaan tilanteista tai tilanteet käytäisiin mahdollisimman pian läpi. Näissä palaverissa yhdessä keksittäisiin heti jokin ratkaisu vastaavien tapahtumien ennaltaehkäisemiseksi. Hoitajat kokevat, että kirjatut tilanteet saattavat hukkaa potilastietojärjestelmän suureen tekstimäärään. Tämän vuoksi väkivaltatilanteet unohdetaan, eikä niitä siksi muisteta käsitellä enää myöhemmin, eikä niihin siksi saada muutosta.

5.4 Hoitajien kokeman väkivaltaisuuden vähättely

Tutkimuksessa nousi esiin, että osa hoitajista kokee, ettei heidän kokemaansa väkivaltaa vähätellä. Hoitajat kokivat, ettei heihin kohdistuneeseen väkivaltaan reagoida yhtä herkästi kuin silloin jos väkivallan kohteena ovat omaiset tai muut asukkaat. Joidenkin hoitajien mielestä väkivaltaista käytöstä ei oteta vakavasti, vaan vedotaan sen kuuluvan muistisairauteen. Toiset hoitajat ovat sitä mieltä, että sitä

ei vähätellä ja osa ei osannut sanoa mielipidettään aiheeseen. Tässäkin aiheessa nousi esiin tuen puute ylemmältä taholta, jota hoitajat eivät kokeneet saavansa tarpeeksi.

”En usko, se on kuitenkin joka päivästä työtä. Kyllä se kuuluu siihen työhön, että siitä sitten puhutaan ja mietitään jos olisi jotain mitä muuttaa.”

Tutkimuksessa tuli ilmi myös se, että muistisairaana omaisille saattaa tulla yllätyksenä oman läheisen väkivaltainen käyttäytyminen. Muistisairaana persoona on saattanut muuttua muistisairauden edetessä, jonka vuoksi omaisten on vaikea tunnistaa ja hyväksyä vanhuksen persoonallisuuden muutokset. Muistisairaana omaisten voi olla siksi vaikea uskoa sitä, että heidän oma läheisensä olisi väkivaltainen hoitajia tai toisia asukkaita kohtaan.

”Meidän äitimme ei ole ikinä kiroillut ja nyt yhtäkkiä nyrkit pystyssä tuolla että...”

Hoitajien kokemusten mukaan muistisairaiden vanhusten lääkehoitoon suhtaudutaan kielteisesti ja lääkityksiä pyritään jatkuvasti vähentämään. Tämän takia niihin ei herkästi tehdä lisäyksiä ja siksi lääkitys saattaa olla vajanainen. Vajanainen lääkitys voi ilmentyä väkivaltaisuuksina. Hoitajien mukaan muistisairaana kivut saattavat jäädä huomiotta, koska lääkelistalla on valmiiksi lievä kipulääke.

Tutkimuksessa nousi esiin, että osa hoitajista on sitä mieltä, että väkivaltaisuus kuuluu muistisairaana hoitotyöhön ja siksi siitä ei tehdä haittatapahtumailmoituksia tai sitä ei välttämättä edes kirjata potilastietojärjestelmään. Joidenkin hoitajien mielestä jokapäiväisestä väkivaltaisuuksista ei tarvitse kirjata, osa taas kirjaa tarkasti kaiken tapahtuneen. Asia jakaa mielipiteitä vahvasti.

Hoitajilla ei selkeästi ollut yhtenäistä linjaa raportin kirjaamiseen ja haittatapahtumailmoitusten tekoon. Kaikki mainitsivat siitä, että heitä oli ohjeistettu, ettei haittatapahtumailmoituksia tehdä, jos väkivaltainen käytös on säännöllistä ja ennalta tiedossa. Kaikki olivat sitä mieltä, että jos väkivaltilanteesta tulee jälkiä ihoon, vammoja tai jokin hoitajan omaisuus hajoaa, niin silloin siitä tehdään

haittatapahtumailmoitus. Tällöin hoitajat voivat paremmin todistaa tapahtuneen jälkeensä ja he saavat siitä korvauksen.

”Pegasokseen minä kirjoitan, että hoitovastainen tai hoitomyönteinen.”

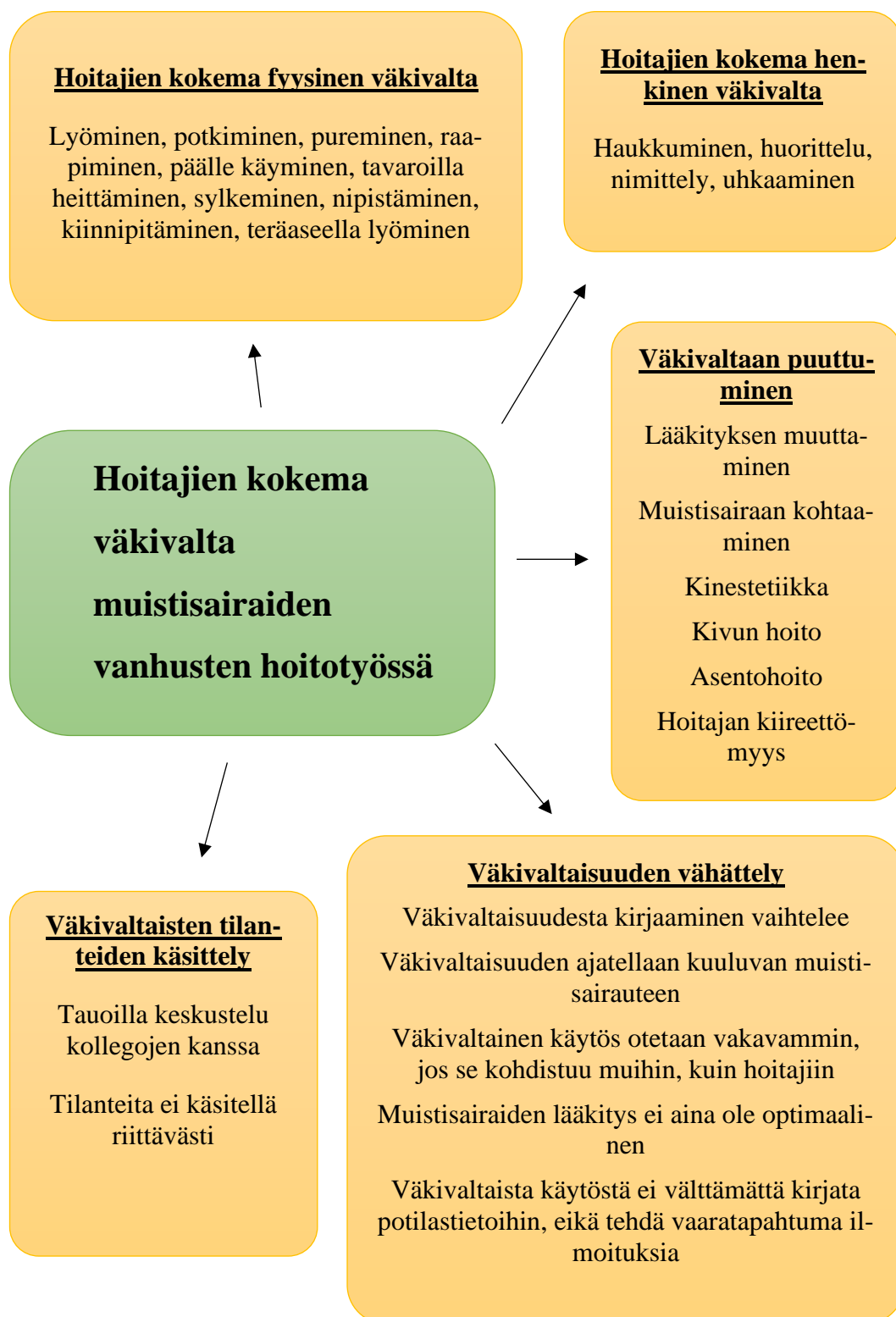
”Itse pyrin siihen, että kirjaan todella tarkkaan, että mitä on tapahtunut. Hyvä etten sanasta sanaan, että mitä on tapahtunut, varmaan muille todella raivostuttavia lukea, mutta kirjaan tarkkaan ja välitän tietoa eteenpäin.”

”Minä ainakin teen ihan kaikesta, mutta olen huomannut, etteivät työkaverit tee ihan kaikesta, se on vähän niin kuin, että se on semmoista, kun niillä on muistisairaus niin ei tehdä... Kyllä minun mielestäni pitäisi tehdä kaikista tilanteista, koska miten niihin voitaisiin puuttua ja sitten jos niitä on useita, niin voitaisiin ehkä puuttuakin siihen asiaan.”

Hoitajat kokevat, ettei heidän alaansa arvosteta tarpeeksi, jonka vuoksi heihin kohdistunutta väkivaltaa vähätellään. Tuen, arvostuksen ja henkilöstön vähäisyys vaikuttavat hoitajien työmotivaatioon. Tämän vuoksi he eivät aina jaksakaan tehdä työtään niin hyvin kuin voisivat. Osa hoitajista kuitenkin vain sivuuttaa heihin kohdistuneen väkivallan.

”Ehkä ne ovat niitä varjopuolia sitten, muuten kyllä tykkään kovaa työstäni. Kaikissa töissä on ne hyvät ja huonot puolet.”

Tutkimuksesta nousee selkeänä esiin se, ettei hoitajiin kohdistunutta väkivaltaa oteta vakavasti ja yleensä vedotaan siihen, että vanhus on muistisairas. Vanhusten lääkitykseen yleensäkin suhtaudutaan kielteisesti, mikä voi olla syy liian vähäiselle lääkitykselle. Tutkimuksesta nousi esiin yllättävä asia kirjaamiseen liittyen, koska hoitajilla ei ole selvää yhteistä ohjeistusta raportin kirjaamisesta tai he eivät ole tietoisia siitä.



Kuvio 1 Hoitajien kokema väkivalta muistisairaahan vanhuksen hoitotyössä

6 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tutkimustuloksia ja sitä, vastaavatko ne tutkimuskysymyksiin. Lisäksi tuloksia peilataan teoreettiseen viitekehykseen. Lopuksi pohditaan tutkimuksen luotettavuutta, eettisyyttä sekä tutkijoiden yhteistyötä ja heidän omaa oppimistansa.

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

Hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta

Tutkimuksesta nousee selkeästi esiin, että hoitajat kokevat monenlaista fyysistä väkivaltaa työssään. Jokainen tutkimukseen osallistunut hoitaja kertoi kokevansa väkivaltaa työssään. Tämä ei tuonut mitään uutta tietoa tutkittavasta aiheesta, koska tämä tulos on todennettu jo aikaisemmissa tutkimuksissa. Tulokset vahvistivat olemassa olevan tiedon. (Josefsson ym. 2018, 1.) Erään tutkimuksen mukaan aggressiivista käytöstä esiintyy niillä muistisairailta, joilla esiintyy kognition heikentymistä ja masennusta (Margari ym. 2012).

Hoitajat kertoivat tilanteista, joissa muistisairas käyttäytyy väkivaltaisesti ilman provosointia. Tämä nousi esiin myös tutkimuksen teoreettisessa viitekehyksessä. Erään tutkimuksen mukaan esimerkiksi frontaalilohkodementiaa sairastavat ovat usein aggressiivisia ilman provosointia. Alzheimerin tautia sairastavat ovat taas aggressiivisempiä hoitohenkilökuntaa kohtaan, mikäli hoitaja on äkkipikainen ja hyökkäävä muistisairasta kohtaan. Tutkimuksesta ei noussut esiin mitä muistisairautta hoitajien hoitamat muistisairaavat sairastavat, mutta sen voisi ottaa esiin hoitoa suunniteltaessa. Muistisairaudet vaikuttavat eri lailla aivojen toimintaan ja siten muistisairaahan käytökseen. (Canadian Nursing Home 2017.)

Hoitajan kokemaan väkivaltaan puuttuminen

Hoitajat pääosin kokivat, ettei väkivaltaiseen käytökseen puututa tarpeeksi. Hoitajat eivät osanneet nimetä muita tapoja vaikuttaa muistisairaahan käytökseen kuin

kipu- ja psyykelääkityksen sekä muistisairaahan kohtaamisen. Käytöshäiriöihin ja aggressiiviseen käytökseen vaikuttavat myös kivut ja ravitsemuksen tila sekä lääkkeiden haittavaikutukset. Lisäksi myös psykososiaaliset syyt voivat aiheuttaa muistisairaassa väkivaltaisuutta, kuten hoitajien huono työhyvinvointi. (Eloniemi- Sulka & Savikko 2009, 238.)

Muistisairaiden kipulääkitykseen tulee kiinnittää erityisen tarkkaa huomiota, koska he eivät välttämättä pysty itse ilmaisemaan kipua. Kipu voi ilmentyä esimerkiksi levottomuutena (Talaslahti ym. 2019). Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kokemukset vahvistivat sen, että henkilökunnan vähäisyys ja kiire aiheuttavat muistisairaissa väkivaltaisuutta. Tämä tulee esiin myös teoreettisessa viitekehysessä. (Josefsson ym. 2018, 9.)

Eräissä tutkimuksissa tuli esiin, että kognition laskulla ja masennuksella on yhteys aggressiiviseen käytökseen. Muistisairaahan masennuksen arviointiin voidaan käyttää GDS-testiä. (Margari ym. 2012.) Muistisairaiden käytöshäiriöitä voidaan hoitaa erilaisilla masennus-, psyyke- ja kipulääkkeillä. Muistisairaus kuitenkin muuttaa hermoverkostoja, jonka vuoksi lääkkeille ei saada samanlaista vastetta kuin terveelle ihmiselle. Muistisairaahan kärsiessä vakavasta masennuksesta turvaudutaan masennuslääkitykseen silloin, jos hän ei hyödy muistisairauden lääkityksestä tai lääkkeettömistä toiminna. Jos lääkityksestä ei ole apua, voidaan turvautua sähköhoitoon. (Talaslahti ym. 2019.)

Muistisairaiden kohtaamisella on vaikutus siihen, kuinka muistisairas kohtelee kohtaajaansa. Kuten teoreettisesta viitekehuksesta ilmenee, Alzheimerin tautia sairastavat ovat aggressiivisempiä hoitohenkilökuntaa kohtaan, mikäli hoitaja on äkkipikainen tai hyökkäävää kohdatessaan muistisairaahan. (Canadian Nursing Home 2017). Haastattelussa nousi esiin, että olisi suotavampaa mennä hoitotilanteisiin yksin, jotta tilanteet eivät olisi uhkaavia muistisairaalle ja näin voitaisiin ehkäistä väkivaltaista käyttäytymistä. Tätä ei aina ole mahdollista, jos muistisairas on fyysisesti raskashoitoinen ja siksi tarvitsee kaksi hoitajaa hoitotoimiin.

Tutkimuksesta nousi esiin, ettei vaikeista käytöshäiriöistä kärsiville muistisairaille ole enää omaa hoitopaikkaa, vaan he asuvat yhdessä muiden muistisairaiden kanssa. Tämä on ristiriitaista, koska he saivat parempaa hoitoa käytöshäiriöihin erikoistuneessa yksikössä. 90 %:lla muistisairaista esiintyy jonkin asteisia käytöshäiriöitä taudin edetessä (Käypähoito 2017).

Hoitajien tavat käsitellä väkivaltaa

Tutkimuksesta nousi esiin, ettei hoitajilla ole virallista kaavaa, jolla väkivaltatilanteita käsiteltäisiin työyhteisössä, eikä osa myöskään kaivannut sellaista. Yleistä oli, että tapahtuneista väkivaltatilanteista keskusteltiin tauoilla. Aihe myös jakoi mielipiteitä siitä, käsiteltiinkö tapahtumia tarpeeksi vai ei. Haastatteluun osallistuneista puolet kuitenkin toivoivat, että väkivaltatilanteita käsiteltäisiin enemmän. Hoitajat ehdottivat, että asia voitaisiin ottaa esiin palavereissa, koska silloin useampi henkilö ja eri ammattiryhmiä olisi läsnä. Tällöin voitaisiin jakaa vinkkejä ja keksii ratkaisuja tilanteiden lievittämiseen ja ennaltaehkäisyyn.

Yhtenä toiveena oli, että tilanteet käsiteltäisiin mahdollisimman pian tapahtumien jälkeen, jolloin ne olisivat vielä tuoreessa muistissa, eivätkä ne unohtuisi tai hukkuisi potilastietojärjestelmään. Positiivista oli, että vaikeimpiin tilanteisiin saatiin johtajan tuki ja väkivaltatapahtumat käytiin yhdessä läpi. Lisäksi tilanteiden ehkäisemiseksi kehitettiin yhteiset toimintamallit. Tällä säästettiin jokaisen hoitajan työhyvinvointia. Hoitajista huokui epävarmuus ja he eivät uskaltaneet kertoa kaikkia ajatuksiaan. Epäselväksi jäi, miksi hoitajat ovat epävarmoja puhuessaan heihin kohdistuvasta väkivallasta ja sen käsittelystä. Kokevatko hoitajat epäkohtien esiin tuomisen epämukavaksi?

Erään tutkimuksen mukaan psykiatrisessa ympäristössä työskentelevillä hoitajilla on paremmat valmiudet käsitellä väkivaltatilanteita työssään kuin muilla hoitajilla, vaikka kaikkien hoitajien työympäristöissä kohdataan väkivaltaisia potilaita (Kivimäki ym. 2017). Tästä herää kysymys, miksi kaikille hoitajille ei anneta sopivaa koulutusta väkivaltaisten potilaiden hoitamiseen ja niiden käsittelyyn? Hoitajille

voitaisiin myös kokeilla opettaa coping -mekanismeja, joiden avulla he voisivat käsitellä heihin kohdistunutta väkivaltaa.

Hoitajien kokeman väkivallan vähättely

Muistisairaiden väkivaltaisuutta pidetään aiheena, josta ei puhuta ja sitä pidetään osittain vain normaalina. Yleinen ajatus on, että se kuuluu työhön, eikä asiaan puututa tarpeeksi. Huolestuttavasti tuli esille se, ettei moni pidä sitä ongelmana, johon tarvitsisi puuttua. Haastattelujen aikana osasta hoitajista huokui epävarmuus ja he miettivät sanojaan tarkasti, kuin varmistaakseen, etteivät sano mitään sopimatonta.

Haastatteluissa kävi ilmi, että suurin osa omaisista ei voi ymmärtää sitä, että oma läheinen voi olla väkivaltainen. Omaisten olisi hyvä tietää, mitä ihmiskehossa tapahtuu muistisairauden edetessä. Muistisairaus voi vaikuttaa ihmisen persoonallisuuteen, kuten frontaalilohkodementiassa, joka rappeuttaa aivojen etuosaa, jossa sijaitsee persoonallisuus (Canadian Nursing Home 2017). Hoitajien pitäisi osata kertoa omaisille muistisairauksien vaikutuksista aivoihin ja ihmisen persoonallisuuteen sekä käyttäytymiseen.

Tutkimuksesta ilmeni, ettei hoitajille ole yhtäläistä toimintamallia siihen, kuinka väkivaltilanteet tulisi raportoida ja milloin pitää tehdä haittatapahtumailmoitus. Haastateltavilla oli täysin eri näkemykset aiheesta. Johtuuko tämä siitä, ettei ylempi taho ole antanut selkeitä ohjeita, vai onko kyseessä viestinnän vajanaisuus?

6.2 Etiikka

Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisussa (2019) käsiteltyjen eettisten periaatteiden mukaan. Ennen tutkimuksen aloittamista haettiin lupa Vaasan kaupungilta tutkimuksen suorittamiseen. Lupaanomuksen liitteenä oli saatekirje haastateltaville sekä opinnäytetyön tutkimussuunnitelma. Saatekirjeessä käytiin läpi lyhyesti opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuskysymykset.

Haastatteluun osallistumisen oli tarkoitus olla haastateltaville vapaaehtoista, mutta osa haastatteluun tulleista oli määrätty työorganisaation puolesta ja tämä saattoi vaikuttaa heidän motivaatioonsa osallistua haastatteluun ja heidän haastatteluvastauksiinsa. Haastateltavilta kysyttiin haastattelun nauhoittamiseen lupa ennen haastattelujen alkua. Haastateltavilla oli oikeus keskeyttää haastattelu milloin tahansa ilman seurauksia.

Haastatteluista kerätty aineisto käsiteltiin niin, että haastateltavien henkilöiden anonymiteetti säilyi, ja haastateltavien identiteetti pysyi salassa. Lainaukset muotoiltiin siten, että haastateltavien murre ei tule esiin. Aineisto säilytettiin salassapitovelvollisuutta noudattaen ja haastateltavien yksityisyyttä suojellen sekä tuhoettiin, kun niitä ei enää tarvittu. Haastattelut ja aineiston raportointi suoritettiin niin, ettei siitä aiheutunut merkittävää haittaa haastatteluun osallistuneille, eikä myöskään tutkimusluvan myöntäneelle organisaatiolle.

Helsingin julistuksessa (2013) määritellään haavoittuvainen ryhmä ja yksilö sellaisiksi, joille aiheutuu haittaa tutkimukseen osallistumisesta. Haastatteluun osallistuvat hoitajat eivät suoranaisesti lukeutuneet haavoittuvaiseen ryhmään, mutta hoitajien kokemasta väkivallasta ei juurikaan puhuta. Hoitaja voi altistua tutkimuksesta aiheutuvalle lisähaitalle puhuessaan vaikeasta aiheesta ja tuodessaan sitä esille, koska hoitajat puhuivat muun muassa ylempien tahojen toiminnasta. Näissä tilanteissa hoitajat voivat olla haavoittuvaisia, ja tämä tuli huomioida haastatteluissa ja niiden etenemisissä. Tutkimuksen raportissa huomioitiin hoitajien haavoittuvaisuus ja siksi tulokset kerrotaan vain yleisellä tasolla, jolloin haastatteluun osallistuneita ei voida tunnistaa raportista. Haastatteluun osallistui pieni määrä hoitajia, jonka vuoksi on vaikea taata heidän anonyymiyttänsä.

6.3 Luotettavuus

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava, onko tekijä tullut sokeaksi omalle tutkimukselleen, jolloin tutkimustuloksissa voi ilmetä virhepäätelmiä. Tähän on riski varsinkin silloin, jos tutkimuksella on vain yksi tekijä.

(Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197.) Tällä tutkimuksella oli kaksi tekijää, joka mahdollisti vuoropuhelun tutkittavasta aiheesta eikä kumpikaan päässyt sokeutumaan tutkimukselle. Tekijöillä on henkilökohtaisia kokemuksia muistisairaiden vanhusten hoitotyöstä, joka ajoittain hankaloitti tutkimuksen objektiivista analysointia. Tekijät kuitenkin pystyivät tunnistamaan tämän asian itsestään ja kitkemään omat mielipiteensä pois keskittymällä täysin tutkimusaineistoon. Tutkimuksen analyysi tehtiin puhtaasti tutkimusaineiston pohjalta ja sitä peilattiin teoreettiseen viitekehykseen.

On olemassa erilaisia suosituksia, joilla voidaan edistää kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta. Cuba ja Lincoln (1981 ja 1985) ovat esittäneet luotettavia arviointikriteerejä kvalitatiiviselle tutkimukselle ja niitä käytetään edelleen. Kriteeristö muodostuu neljästä kriteeristä, joita ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus ja vahvistettavuus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 197–198.)

Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tulokset kuvataan niin selkeästi, että lukijankin on helppo ymmärtää ne. Tuodaan esiin, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat olleet tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Tutkimusaineiston hyvä kategoriointi kertoo myös tutkimuksen uskottavuudesta. Tutkijan on tärkeää kuvata analyysi mahdollisimman tarkasti, jottei alkuperäismerkitys muutu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tutkimusaineisto kategorioitiin haastattelusta nousseiden viiden teeman alle. Näitä teemoja olivat hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta, väkivaltaan puuttuminen, väkivaltaisten tilanteiden käsittely ja väkivaltaisuuden vähättely. Teemojen yhdistävä tekijä on hoitajien kokema fyysinen ja henkinen väkivalta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä.

Siirrettävyys kertoo siitä, kuinka hyvin tulokset ovat siirrettävissä toiseen kontekstiin eli tutkimusympäristöön. On tärkeää kuvata tutkimuskonteksti, osallistujien valinta ja aineiston keruu sekä analysointi, jotta toinen tutkija voi seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tähän tutkimukseen osallistui vain neljä hoitajaa. Tekijät kokivat tiedon saturoituneen, eli haastattelut eivät

tuottaneet uutta tietoa tutkimukselle. Suppea vastaajamäärä voi kuitenkin vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja sen tulosten yleistämiseen. Tästä tutkimuksesta ilmeni vahvasti se, että hoitajat kokevat väkivaltaa työssään ja tämä tieto on aikaisemmin todennettu eräässä tutkimuksessa. Siinä tutkimuksessa todettiin, että laitoshoidossa työskentelevistä hoitajista 80 % kokee väkivaltaa vuosittain (Josefsson ym. 2018, 1.) Voidaan siis todeta, että tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat jo olemassa olevan tiedon.

Kvalitatiivisen tutkimuksen raportissa lainaukset ovat yleisiä, ja näillä tuodaan esiin tutkimuksen luotettavuutta. Tulee kuitenkin pohtia tutkimuskohtaisesti, kuinka pitkiä lainauksia käytetään ja kuinka usein niitä käytetään. Pitkät lainaukset voivat luoda jäsentymättömän kuvan analyysistä. Eettisestä näkökulmasta on hyvä varmistaa, ettei lainauksen kertoja ole tunnistettavissa, jolloin on hyvä muuttaa alkuperäislainaukset yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Tämän tutkimuksen tuloksissa käytettiin paljon lainauksia, jotka on muokattu yleiskielelle haastateltavien anonymiteetin suojelemiseksi, ilman että lainausten sisältö muuttuu. Lainauksia käytettiin siksi, jotta teksti rikastuisi ja havainnoisi tuloksia paremmin lukijalle.

6.4 Yhteistyö ja oma oppiminen

Oppinäytetyöprosessin aloittaminen oli hankalaa, koska siitä ei ollut aiempaa kokemusta. Opinnäytetyön tekoa hankaloitti hieman se, että sen tekeminen aloitettiin aikaisessa vaiheessa opintoja, jolloin opinnäytetyöprosessia ei ollut vielä käsitelty opintojen yhteydessä. Opinnäytetyöprosessi opetti tekijöilleen kärsivällisyyttä ja hyväksyntää, ettei kaikkeen voi vaikuttaa. Lisäksi opittiin enemmän muistisairauksista ja käytöshäiriöistä sekä niiden hoidosta. Aihe on ollut mielenkiintoinen ja siitä löydetty tieto on ollut opettavaista sekä tulevaisuutta ajatellen hyödyllistä. Aikataulusta tehtiin tarkoituksen mukaisesti pidempi, kuin alun perin oli aikomus. Tämä oli kuitenkin parempi vaihtoehto koronaviruspandemiasta johtuvan poikkeustilan vuoksi. Prosessi oli pitkä ja haastava, koska asiat eivät edenneet suunnitellusti, tekijöistä riippumattomista syistä.

Tutkimussuunnitelman tekeminen oli osittain vaikeaa kokemattomuuden vuoksi. Opettavaista ja mielenkiintoista oli etsiä ja lukea aiheesta tietoa teoreettista viitekehystä tehdessä. Haastatteluihin oli vaikea valmistautua, koska tilanne oli vieras tekijöille. Litterointi ja aineiston käsittely oli tutkimuksen uuvuttavin osuus. Litteroinnin jälkeen tulosten kirjaaminen oli mielekkäintä ja se etenekin nopeasti. Opinnäytetyön tekoa helpotti se, että työ tehtiin parityöskentelynä. Toisesta tekijästä sai tarvittaessa tukea sekä ajatuksia ja mielipiteitä pystyttiin pohtimaan yhdessä. Aineisto on salassa pidettävää materiaalia ja oli hyvä, että asiasta pystyi keskustelemaan toisen kanssa. Tutkimuksen tekoa olisi helpottanut, jos aineistoa olisi ollut kattavammin. Näin tuloksista olisi saatu sisällöltään rikkaampia.

Tutkimuksen tekijöillä oli samanlainen käsitys tutkimuksen aiheesta, aikataulusta ja tutkimuksen etenemisestä. Tutkimusta tehtiin yhdessä ja näin molemmat pystyivät ilmaisemaan oman mielipiteensä raportin sisältöön. Näin tekstistä tuli monipuolisempi, kuin jos se olisi kirjoitettu itsenäisesti. Kohdeorganisaation kanssa yhteistyö sujui hyvin ja tekijät olivat kiitollisia siitä, että saivat tehdä tutkimuksen heidän yksikköönsä. Tutkimuksen tekijöiden ja ohjaavan opettajan välinen työskentely sujui moitteetta. Ohjaava opettaja oli helposti lähestyttävä ja häneltä sai apua aina tarvittaessa. Häneltä sai hyviä työkaluja ongelmatilanteiden ratkomiin ja oli henkisenä tukena koko prosessin ajan. Häneltä sai rakentavaa palautetta, jonka avulla tutkimusraporttia sai kehitettyä paremmalle tasolle.

6.5 Tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen johtopäätökset ovat, että hoitajat kokevat fyysistä ja henkistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Hoitajilla ei ole konkreettisia työkaluja, joilla puuttua väkivaltaisuuteen. Heillä ei ole selkeitä keinoja käsitellä heihin kohdistunutta väkivaltaa.

Jatkotutkimusaiheita olisi:

- Kuinka paljon lääkärit tietävät muistisairaana käytöshäiriöiden hoidosta?
- Onko kinestetiikalla vaikutusta muistisairaana aggressiivisuuteen hoitotilanteissa?
- Käytöshäiriöistä kärsivän muistisairaana kokema väkivalta hoitotoimien aikana.

LÄHTEET

- Atula, S. 2019 a. Lewyn kappale- tauti. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 13.5.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105
- Atula, S. 2019 b. Vaskulaarinen dementia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 13.5.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106
- Bildjuschkin, K. Ewalds, H. Hietamäki, J. Kettunen, H. Koivula, T. Mäkelä, J. Nipuli, S. October, M. Peltonen, J. & Siukola, R. 2019. Väkivaltakäsitteiden sanasto. Helsinki. Julkaisuarkisto Julkari. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu. 28.4.2020 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139150/URN_ISBN_978-952-343-211-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Canadian Nursing home. 2017. Why aggression is expressed differently in Alzheimer's and fronto-temporal dementia. Volume 28, 3. Viitattu 14.5.2020. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.puv.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=1c10020f-909b-422b-90a1-7da99728fb1c%40pdc-v-sessmgr01>
- Eloniemi- Sulkava, U. 2009. Muistisairaana ihmisen ja hänen perheensä tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. 119–231. Toim. Voutilainen, P. Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro oy.
- Eloniemi- Sulkava, U. & Savikko, N. 2009. Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Gerontologinen hoitotyö. 232–246. Toim. Voutilainen, P. Tiikkainen, P. Helsinki. WSOYpro oy.
- Erkinjuntti, T. Viramo, P. & Rosenvall, A. Mini-Mental State Examination (MMSE). Käypähoito. Viitattu 10.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/xmedia/hoi/hoi50044d.pdf>
- Helsingin julistus. Lääkäriliitto. Viitattu 8.5.2020. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/helsingin-julistus/>
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki. Yliopistopaino.
- Huttunen, M. 2018 a. Dementia. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 5.3.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358
- Huttunen, M. 2018 b. Unettomuus. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 13.5.2020 https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534

Josefsson, K. Sinervo, T. & Vehko, T. 2018. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa? Tutkimuksesta tiivistä 9. 2018. THL. Helsinki. Viitattu 28.4.2020. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136184/URN_ISBN_978-952-343-101-0.pdf?sequence=1

Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 8.5.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699

Kivimäki, M. Pekurinen, V. Vahtera, J. Virtanen, M. Välimäki, M. & Willman, L. 2017 Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *International journal of environmental research and public health*. Viitattu 9.4.2021 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5664746/#B22-ijerph-14-01245>

Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. *Suomalainen Lääkärikirja Duodecim*. Käypähoito. Viitattu 15.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>

L 30.12.2010/1326. Terveystuolilaki. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 16.4.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Margari, F. Siculo, M. & Spinelli, L. 2012. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatr Dis Treat* 8: 347–53. *British Journal of Neuroscience Nursing*. August/September 2012. Vol 8. No 4. 205. Viitattu 10.3.2021

Mattila, A. 2018. Stressi. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto – Duodecim. Viitattu 13.5.2020. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976

Muistisairaudet. Käypähoito- suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2017. Viitattu 5.3.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s24>

Saaranen- Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006 a. Aineisto- ja teorialähteisyys. Menetelmäopetus. Viitattu 29.4.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_3.html

Saaranen- Kaupilla, A. & Puusniekka, A. 2006 b. Fenomenografia. Menetelmäopetus. Viitattu 14.5.2020. https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kvali/L5_1.html

Sarkkinen, M. 2018. Stressiä vai työuupumusta? Lopulta pinnistelykään ei auta. TTL. Viitattu 19.5.2020. <https://www.ttl.fi/tyopiste/stressia-vai-tyouupumusta-lopulta-pinnistelykaan-ei-auta/>

Suomen Alzheimer -tutkimusseura. Viramo, P. Alhainen, K. Leppävuori, A. Erkinjuntti, T. Huusko, T. Kivelä, S-L. Koivisto, K. Koponen, H. Saarela, T. Sulakava, R. & Vataja, R. 2019. Geriatriinen depressioasteikko (GDS). Suomalainen lääkärilehti Duodecim. Käypähoito. Viitattu 10.3.2021. <https://www.kaypahoito.fi/pgr00024>

Taanila, A. 2007. Laadullisen aineiston analyysi. Oulun Yliopisto. Viitattu 29.4.2020. <https://docplayer.fi/423803-Laadullisen-aineiston-analyysi.html>

Talaslahti, T. Vataja, R. Ginters, M. & Koponen, H.2019. Muistisairauspotilaan vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Verkkoartikkeli. Suomalainen lääkärilehti Duodecim. Viitattu 9.3.2021. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2019/21/duo15228>

THL. 2019. Muistisairaudet. Verkkoartikkeli. Viitattu 5.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

THL. 2020 a.Väkivallan muodot. Verkkoartikkeli. Viitattu 18.4.2020. https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tyon_tueksi/vakivallan-ehkaisy/vakivallan-muodot

THL. 2020 b. Tietoa RAI-järjestelmästä. Verkkoartikkeli. Viitattu 19.5.2020 <https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/palvelutarpeiden-arviointi-rai-jarjestelmalla/tietoa-rai-jarjestelmasta>

TTL 2020. Työhyvinvointi. Viitattu 29.4.2020. <https://www.ttl.fi/tyoyhteiso/tyohyvinvointi/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019, 3. Ihmiseen kohdistuva tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteen eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 8.5.2020 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarvioinnin_ohje_2019.pdf

Unettomuus. Käypä-hoitosuositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020, b.Viitattu 20.5.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#readmore>

Valvira. 2017. Ammattioikeudet. Verkkoartikkeli. Viitattu 18.4.2020. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Ylikarjula, S. 2011. Vanheneminen kielletty? Elämänkokemuksen puolustus. Helsinki. Kirjapaja.

LIITE 1.**Saatekirje**

Hei,

olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä hoitajien kokemasta väkivallasta muistisairaiden vanhusten hoitotyössä.

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla hoitajiin kohdistuvaa fyysistä ja henkistä väkivaltaa muistisairaiden vanhusten hoitotyössä. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten hoitajien kokemaan väkivaltaan puututaan ja miten sitä käsitellään työyhteisössä sekä sen vaikutuksia työhyvinvointiin.

Toteutamme tutkimuksemme haastatteleamalla vanhustyössä työskenteleviä hoitajia. Haastattelut suoritetaan puhelimitse vallitsevan tilanteen vuoksi tai hoitajien työpaikalla ja niihin varataan 30–60 minuuttia aikaa sekä ne suoritetaan hoitajien työaikana. Haastattelut tallennetaan analysointia varten, jonka jälkeen ne tuhotaan asianmukaisesti. Haastattelut tehdään syksyn aikana. Toivoisimme haastatteluihin noin 7–10 hoitajaa, joilla on vähintään vuoden työkokemus muistisairaiden vanhusten hoitotyöstä.

Kiitos mielenkiinnostanne!

Ystävällisin terveisin

Annika Parviainen

Viivi Yli-Karhu

LIITE 2. Tiedonhakutaulukko

Tietokanta Pvm.	Hakusanat	Rajaukset	Osumien määrä	Käytettyjen julkaisujen määrä
Medic 8.3.2021	"Memory Disorders" AND "Aggression"		1	0
Medic 8.3.2021	"Memory Disorders" AND "Violence"		3	0
CHINAL 8.3.2021	MM "Memory Disorders" AND MM "Aggression"	2010-2020 aged: 65+ years aged, 80 & over Full text	46	1
PubMed 9.3.2021	memory disorder AND aggression	10 years Free full text	163	0