



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Jutta Reinman

MUISTISAIRAUDESTA JOHTUVAN
AGGRESSIIVISUUDEN
KOHTAAMINEN JA VAIKUTUKSET
HOITAJAAN

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus
2019

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyö

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Jutta Reinman
Opinnäytetyön nimi	Muistisairaudesta johtuvan aggressiivisuuden kohtaaminen ja vaikutukset hoitajaan
Vuosi	2019
Kieli	suomi
Sivumäärä	45 + 3 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, millaista aggressiivista käytöstä muistisairailta esiintyy ja millaisissa tilanteissa ne aiheutuvat. Selvitettävänä oli myös, millaisia tuntemuksia aggressiivinen käytös hoitajille aiheuttaa ja uskaltavatko hoitajat puhua tuntemuksistaan ääneen. Tarkoituksena oli myös saada tietoa, millaista tukea hoitajat kaipaavat – ja millaista tukea he ovat jo saaneet. Tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaana aggressiivisen käytöksen ilmenemisestä ja vaikutuksista hoitajiin sekä kartoittaa mahdollisia tuen tarpeita sekä keinoja tuen antamiseen.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään muistisairauksien esiintyvyyttä ja yleisyyttä sekä diagnostiikkaa, oireita ja hoitoa. Työssä tuodaan esille myös muutamia muistisairauden muotoja, kuten esimerkiksi Alzheimerin tauti sekä tarkennetaan demencian käsite. Teoriatiedossa perehdytään muistisairauksiin liittyviin käytösoireisiin, joihin tutkimuksen aihealueena oleva aggressiivisuus vahvasti liittyy. Lopussa käsitellään vielä hoitohenkilökunnan tarvitseman tuen teoriapohjaa liittyen aggressiivisen muistisairaana hoitamiseen.

Tutkimuksen kohderyhmänä toimivat erään Vaasan palveluasumisen yksikön hoitajat. Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin kvalitatiivisella kyselylomakkeella, jonka tuloksia analysoidessa käytettiin apuna induktiivista sisällönanalyysiä sekä osittain myös SPSS-tilasto-ohjelmaa sen selkeiden taulukoiden vuoksi. Kyselyyn vastasi yhteensä 18 hoitajaa.

Tutkimustulosten mukaan jokainen yksikön hoitajista oli kokenut aggressiivista käyttäytymistä muistisairaana toimesta. Yleisimmäksi aggressiivisuuden muodoksi todettiin huitominen ja kiinni tarttuminen. Aggressiivisuutta kerrottiin esiintyvän eniten jokapäiväisissä toiminnoissa, peseytymisessä ja pukeutumisessa, asukkaaseen kohdistuvassa toimenpiteessä sekä rajoituksessa. Hoitajien yleisimmät reaktiot aggressiivisen tilanteen yllättäessä olivat ärsyyntyminen sekä turhautuminen. Hoitajat kokivat saaneensa tukea aggressiivisen muistisairaana kohtaamiseen pääasiassa työkavereiltaan. Lähes yksimielisesti kuitenkin toivottiin nykyistä enemmän tukea.

Avainsanat muistisairaus, aggressiivisuus, hoitajan kokemukset, tuki

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyö

ABSTRACT

Author	Jutta Reinman
Title	Encountering Aggression of a Patient with a Memory Disorder and the Effect of It on a Nurse
Year	2019
Language	Finnish
Pages	45 + 3 Appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The purpose of this research was to find out what kind of aggressive behaviour there is among people with a memory disorder and in what kind of situations. The goal was to find out also what kind of support is needed and received. The aim was to produce information about the topic, the effects on the nurses and to find out what kind of support is needed.

The theoretical part deals with the incidence and frequency of memory disorders, diagnostics, symptoms and the treatment. Some forms of memory disorders are presented, eg. Alzheimer's Disease and also the concept of dementia is discussed. Behavioural issues related to memory disorders are discussed. Also the need for support among nursing personnel is looked at.

The target group was one intensified sheltered home in Vaasa. The study was carried out as a qualitative research. The material was collected with a quantitative questionnaire. The material was analysed with inductive content analysis method and with SPSS-programme. The questionnaire was responded by 18 nurses.

Every nurse of this research has experienced aggressive behaviour. The most general forms of aggressive behaviour were laying about and seizing the nurses. The nurses told that there is aggressive behaviour during activities of daily living, washing and getting dressed and also during different procedures and when restricting the patient.

The most general reactions of the nurses were getting annoyed and frustrated. The nurses felt that they mainly received support for encountering an aggressive patient with a memory disorder from their colleagues. Almost everyone hoped for more support in the future.

Keywords A person with a memory disorder, aggression, nurse's experiences, support

SISÄLLYS

Tiivistelmä

ABSTRACT

- 1 johdanto
- 2 muistisairaudet
 - 2.1 Dementia
 - 2.2 Yleisimmät dementian aiheuttajat
 - 2.3 Muistisairauksien esiintyvyys ja ehkäisy
- 3 käytösoireet muistisairauksissa
- 4 hoitohenkilökunnan tarvitsema tuki
 - 4.1 Riittävän osaamisen varmistaminen
 - 4.2 Työolosuhdemuuttajat ja henkilöstömitoitus
 - 4.3 Oman käytöksen vaikutus lopputulokseen
 - 4.4 Fyysinen rajoittaminen
 - 4.5 Lääkehoito
- 5 tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset
- 6 tutkimuksen toteutus
 - 6.1 Tutkittavien valikointi
 - 6.2 Aineiston keruu
 - 6.3 Aineiston analysointi ja raportointi
 - 6.4 Tutkimuksen eettisyys
- 7 tutkimustulokset
 - 7.1 Taustatiedot
 - 7.2 Muistisairaahan aggressiivisen käytöksen ilmeneminen
 - 7.3 Hoitajien kokemukset muistisairaahan aggressiivisesta käyttäytymisestä
 - 7.4 Hoitajien uskallus puhua tuntemuksistaan
 - 7.5 Hoitajien kokemus jo saadusta tuesta
 - 7.6 Hoitajien kokemus toivotusta tuesta

8 johtopäätökset ja pohdinta

8.1 Johtopäätökset

8.2 Oppimisprosessi

8.3 Tutkimusetiikka ja tutkimuksen luotettavuus

8.4 Jatkotutkimusaiheita

LÄHTEET

LIITTEET

TAULUKKOLUETTELO

Taulukko 1. Työkokemuksen jakautuminen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.....	
.....23	
<u>Taulukko 2.</u> Ikäryhmien jakautuminen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.....	
.....24	
Taulukko 3. Haluttomuus mennä asukashuoneeseen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.....	
.30	

LIITELUETTELO

LIITE 1. Kyselylomakkeiden saatekirje

LIITE 2. Kyselylomake

LIITE 3. Esimerkki sisällönanalyysistä koskien tilanteita, joissa aggressiivista käyttäytymistä muistisairaalta on ilmennyt (kysymys numero 6)

johdanto

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, miten ja millaisissa tilanteissa muistisairaahan aggressiivinen käytös hoitajille ilmenee sekä millaisia tuntemuksia aggressiivinen käytös hoitajissa aiheuttaa. Tarkoituksena oli myös selvittää, jakavatko hoitajat kokemuksiaan ja tuntemuksiaan työyhteisönsä kanssa sekä millaista tukea hoitajat kaipaavat – ja millaista tukea ovat jo saaneet. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaahan aggressiivisen käytöksen ilmenemisestä ja vaikutuksista hoitajiin sekä kartoittaa mahdollisia tuen tarpeita sekä keinoja tuen antamiseen.

Tutkimuksen aihealue koettiin tärkeäksi, koska tutkijan oman kokemuksen mukaan muistisairautta ja siihen liittyvää aggressiivisuutta esiintyy jatkuvasti. Ajankohtaiseksi aiheen tekee se, että Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan muistisairautta sairastavia on pitkäaikaishoidossa paljon ja heidän määrä lisääntyy entisestään. Koska aggressiivisuus kuuluu osana muistisairauksiin (Suontaka-Jamalainen 2011), hoitajat tulevat kohtaamaan työssään jatkossa entistä enemmän aggressiivisiä muistisairaita. Tämä tarkoittaa myös hoitajien jaksamisen kuormittumista ja siksi tutkijan mielestä hoitajien kokemuksia ja jaksamista onkin tärkeää tutkia. Kuten Sulkava, Viramo ja Eloniemi-Sulkava (1999, 3) toteavat, muistisairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset ovat usein hoitajille itse kognitiivisia puutosoireita haastavampia.

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä yhden Vaasan kaupungin palveluasumisen yksikön kanssa. Tutkimuksen kohteeksi valikoitiin yksikkö, jonka asukkaiden taustoista ei ollut tietoa. Haluttiin saada realistinen kuva siitä, miten paljon hoitajat kohtaavat muistisairaahan aggressiivista käyttäytymistä tavallisessa palveluasumisen yksikössä, joka ei ole erikoistunut muistisairaisiin.

Tutkimus ja sen tulokset voivat tuottaa hyötyä kyseiselle palveluasumisen yksikölle, sillä tutkimuksen avulla on mahdollisuus saada tietoa hoitajien kokemuksista muistisairaahan aggressiivisuuteen liittyen. Tuloksia voidaan

hyödyntää käytännössä, kun tiedetään, mitä tuen keinoja hoitajat kaipaisivat työssäjaksamiseen. Tuloksia hyödyntämällä saatetaan saada aikaan parannusta työhyvinvoinnissa.

muistisairaudet

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, jossa muisti heikkenee. Muistisairaus heikentää muistin lisäksi myös muita tiedonkäsittelyn, eli kognition, osa-alueita. Muisti voi heikentyä useista erisyistä, joista osa voi olla ohimeneviä ja parannettavissa olevia. Ikääntyvän väen merkittävien muistiongelmien taustalla on kuitenkin usein etenevä muistisairaus.

Muistiliiton (2018) mukaan etenevät muistisairaudet rappeuttavat tautia sairastavan aivoja heikentäen samalla toimintakykyä. Etenevään muistisairauteen ei ole olemassa parantavaa hoitoa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Erkinjutin (2010, 75) mukaan tavoitteena onkin oikean diagnoosin tekeminen, muistioireita pahentavien tekijöiden hoito, vaaratekijöiden hallinta, lääkehoidon toteuttaminen, eheän hoitoketjun varmistaminen sekä yksilöllinen kuntoutussuunnitelman laatiminen. Muistisairauksien taudinmäärittäminen ja hoidon arviointi edellyttävät kokemusta sekä erityistä osaamista. Mikäli diagnoosia ei voida tehdä, mutta merkkejä etenevästä muistisairaudesta huomataan, tulee potilas asettaa seurantaan säännöllisesti 6-12 kuukauden välein. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus, 2018.) Varhaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella voidaan parantaa muistisairaiden toimintakykyä, vaikkei tautia parantavaa hoitoa olekaan keksitty. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

2.1 Dementia

Etenevä muistisairaus johtaa lopulta dementiaoireyhtymään. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oireyhtymä, josta puhutaan silloin, kun sekä muisti että joku muu tiedonkäsittelyn osa-alue on heikentynyt niin paljon, että päivittäiset toiminnot eivät enää onnistu ongelmitta. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2018.) Heikentymä voi olla esimerkiksi kielellinen häiriö, tahdonalaisten liikkeiden häiriö, havaintotoiminnan häiriö tai toiminnan ohjaamisen häiriö (Erkinjuttu & Huovinen 2008, 54). Useimmiten jossain dementian vaiheessa ilmenee myös muutoksia käyttäytymisessä ja tunteiden ilmaisussa. Tämän lisäksi

tavallisia ovat myös muun muassa toistuvat kysymykset samasta aiheesta, aloittekyvyttömyys, ajan ja paikan muistamisen vaikeus sekä vaikeiden tilanteiden välttely. (Muistiliitto 2018.) Dementia häiritsee merkittävästi selviytymistä jokapäiväisistä haasteista (Juva 2018).

Dementia voi olla ohimenevä, etenevä tai pysyvä tila. (Erkinjutti 2010, 86.) Ohimenevästä dementiasta voi olla kyse esimerkiksi silloin, kun dementiaoireet aiheuttaa keskushermoston sairaus, joka on jäänyt diagnosoimatta ja siten hoitamatta. Tällaisia sairauksia voivat olla muun muassa Parkinsonin tauti, aivokasvaimet sekä kilpirauhasen vajaatoiminta. Myös vitamiinien puutostila, lääkkeiden liiallinen käyttö tai myrkytys voivat olla ohimenevän dementian taustalla. Varsinkin iäkkäillä myös vakava masennus voi aiheuttaa dementiaa muistuttavan tilan, joka menee ohi yleensä asiaankuuluvalla lääkityksellä. (Huttunen 2017.)

2.2 Yleisimmät dementian aiheuttajat

Yleisimmät syyt etenevään tai pysyvään dementiaan ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkierron häiriöistä johtuva dementia sekä aivovammat (Huttunen, M 2017). Huttusen (2018) mukaan Lewyn kappale -tauti lukeutuu harvinaisiin eteneviin muistisairauksiin, kun taas Erkinjutti & Huovinen (2008, 90) kuvaavat Lewyn kappale -taudin olevan kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus.

Yleisin etenevä muistisairaus on Alzheimerin tauti. Alzheimerin taudin on todettu olevan etenevien muistioireiden ja dementian syynä ainakin 70 %:ssa tapauksista (Käypä hoito -suositus 2018). Kuten muihinkaan eteneviin muistisairauksiin, myöskään Alzheimerin tautiin ei ole keksitty parantavaa hoitoa (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos 2018). Sulkavan (1999, 5) mukaan taudin aiheuttava syy on edelleen tuntematon. Taudille on tyypillistä hidas alku ja tasainen eteneminen. Muistin ja oppimisen heikentyminen ovat ensimmäinen oire sairaudesta. Jo taudin varhaisessa vaiheessa uuden oppiminen hankaloituu ja tuoreiden asioiden muistaminen heikkenee. Älylliset toiminnot heikkenevät. Myös puheen sujuvuus

sekä toiminnan suunnittelu ja ohjanta heikkenevät. Taudin tyypillinen kesto on 12-15 vuotta. (Sulkava 1999, 5.)

Aivoverenkiertohäiriöistä aiheutuva muistisairaus on toiseksi yleisin dementiaa aiheuttava muistisairaus. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvää muistisairautta kutsutaan myös vaskulaariseksi dementiaksi. Sen taudinkuvaan liittyy monimuotoiset oireet, joista osa voi muistuttaa paljon Alzheimerin taudin oirekuvaa. Taustalla voi olla useita aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoinfarkti, aivoverenvuoto tai aivojen syvien osien hapenpuutteesta johtuva vaurio. Aivoverenkiertohäiriön jälkeen noin neljäsosa sairastuu verenkiertoperäiseen muistisairauteen. Vaskulaarinen dementia on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla ja selvästi yleisempi iäkkäämmällä väestöllä. (Atula 2015).

Kolmanneksi yleisin dementiaa aiheuttava sairaus on Lewyn kappale -tauti. Sitä sairastaa 10-15 prosenttia kaikista muistisairaista. Taudinkuvaan kuuluvat muun muassa älyllisen toiminnan ja puheentuoton heikentyminen sekä Parkinsonin taudin kaltaiset oireet kuten kehon jäykkyys ja hitaus, kasvojen ilmeettömyys ja askelten lyheneminen. Myös harhat, äkkipikaisuus ja selittämättömät kaatumiset kuuluvat taudinkuvaan. Lewyn kappale -tautiin sairastuneet ovat keskimäärin nuorempia, kuin Alzheimer-potilaat. Ennuste on vaihtelevainen; tauti voi kestää alle viisi vuotta tai jatkua jopa kymmeniä vuosia. (Erkinjutti & Huovinen 2008, 92.)

2.3 Muistisairauksien esiintyvyys ja ehkäisy

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan Suomessa on tällä hetkellä arviolta yli 190 000 muistisairasta henkilöä. Arviolta 14 500 henkilöä sairastuu muistisairauteen vuosittain, mutta merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta (Käypä hoito -suositus 2018). Dementian esiintyvyys lisääntyy merkittävästi iän myötä (Erkinjutti & Huovinen 2008, 55). Suurin osa sairastuneista on yli 80-vuotiaita (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Juontaka-Samalaisen (2011) mukaan yli 50% kaikista keskivaikeaa tai vaikeaa

dementiaa sairastavista hoidetaan ympärivuorokautisissa hoitopaikoissa (Stakes 2009; Juva ym. 2010). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan suurin osa – kolme neljästä – pitkäaikaishoidossa olevista vanhuksista sairastaa muistisairautta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan muistisairautta sairastavien määrä tulee kasvamaan, kun ihmiset elävät entistä pidempään. Eurooppalaisten ennusteiden mukaan muistisairaiden määrä tulee moninkertaistumaan vuoteen 2050 mennessä. Koko maailmanlaajuisesti muistisairautta sairastavien määrä onkin kasvamassa räjähdysmäisesti.

Ikä on todettu tärkeimmäksi riskitekijäksi muistisairauksien kannalta. Lopulta kliinisten oireiden synnyn määrää kuitenkin ikä yhdessä muiden aivojen toimintaa heikentävien tekijöiden kanssa. Terveellisten elämäntapojen noudattaminen sekä aivojen terveydestä huolehtiminen koko elämän ajan on paras keino ehkäistä muistisairauksia, tiedonkäsittelyn heikentymistä sekä dementiaa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.) On huomattu, että muistisairauksiin liittyvien riskitekijöiden vähentämisellä on todennäköinen yhteys pienempään riskiin sairastua muistisairauteen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Tämä on tärkeää, sillä ei ole pystytty osoittamaan, että riskitekijöiden hoito muistisairauden jo puhjettua olisi hyödyllistä. Ainoastaan liikunnan on todettu olevan avuksi muistisairaana päivittäisten toimintojen suorituksessa. (Muistisairaudet: Käypä hoito -suositus 2018.)

käyttöoireet muistisairauksissa

Vaikka dementiaan johtavat sairaudet heikentävät pääasiassa potilaan kognitiivisia toimintoja, aiheuttavat ne myös käyttäytymisen muutoksia (Sulkava, Viramo, Eloniemi-Sulkava 1999, 3). Muistisairaus heikentää aivojen otsalohkon toimintaa, jonka seurauksena norminmukainen käyttäytyminen vaikeutuu – muistisairas saattaa ilmaista tunteitaan avoimemmin kuin muut, terveet ihmiset. Otsalohkon toimintavaikeuksien vuoksi muistisairaahan käytös voi olla välillä hallitsematonta ja estotonta. (Muistiliitto 2017.)

Sulkavan ym. (1999, 14) mukaan käyttöoireiden syntyyn vaikuttaa dementoituneen henkilön persoonallisuus sekä ympäristö, jossa hän elää. Käyttöoireet ovat tavallisia taudin edettyä vaikeaan vaiheeseen. Sulkava ym. (1999, 20) toteavat, että dementian edettyä omien tunteiden säätelykyky vaikeutuu, mikä voi johtaa mielen ja ajattelun kaotisuuteen – se taas purkautuu usein käyttäytymisen häiriönä. Usein tutussa ympäristössä, kuten kotona, käyttöoireet ovat vähäisempiä (Sulkava ym. 1999, 14).

Suontaka-Jamalaisen (2011) mukaan aggressiivisuus ja ahdistuneisuus kuuluvat tyypillisesti muistisairauden käyttöoireisiin (Suhonen ym. 2008; Vataja 2010). Aggressiivisuus on tavallisesti oire keskivaikeaan dementiaan edenneellä potilaalla (Sulkava ym. 1999, 5). Vatajan (2014, 49) mukaan aggressiivisuutta ja levottomuutta on todettu esiintyvän 30% :lla yli 65-vuotiaista muistisairaista. Vataja (n.d) toteaa, että aggressiivisuus on psykoosi- ja masennusoireiden rinnalla yksi merkittävimmistä laitoshoitoon johtavista seikoista inkontinenssin ohella. Erkinjutti & Huovinen (2008) toteavat, että seurantatutkimuksissa on todettu, että aggressiiviset käyttöoireet ovat pitkäkestoisia ja ne jatkuvat muita käyttöoireita todennäköisemmin kuolemaan saakka.

Suontaka-Jamalainen (2011) on tutkinut Pro Gradu -tutkielmassaan muistisairaiden käyttöoireiden ilmenemistä vanhuspsykiatrisella osastolla. Tutkimustuloksissa aggressiivisuus todettiin yhdeksi tyypillisimmistä

käyttösoireista. Tutkimuksessa todettiin, että aggressiivisuus oli yleisempää vaikeasti dementoituneilla, kuin lievästi tai keskivaikeasti dementoituneilla potilailla. Käyttösoireiden arvioinnissa hän käytti kolmea dementiapotilaiden toimintakyvyn arviointiin soveltuvaa mittaria. Tutkittavien keski-ikä oli 78 vuotta. Osallistujista 64% oli naisia. Tutkimukseen osallistuneilla tyypillisin muistisairaus oli keskivaikeaan tilaan edennyt Alzheimerin tauti. (Suontaka-Jamalainen 2011, 2.) Tämä on mielenkiintoista, sillä Suontaka-Jamalaisen mukaan (2011) tutkimuksessa tutkittujen muiden käyttösoireiden kohdalla ei havaittu merkitsevää yhteyttä eri vaikeusasteiden välillä.

Sulkavan ym. (1999, 22) mukaan aggressiivisuus voi esiintyä verbaalisena tai fyysisenä tekona. Alanen, Santala ja Leinonen (2006) tuovat ilmi, että verbaalinen aggressiivisuus on jopa hieman yleisempää kuin fyysinen aggressiivisuus. Margari ym. (2012) ovat todenneet, että sekä verbaalinen että fyysinen aggressiivisuus voivat olla suoraan sidonnaisia vanhuksen masentuneisuuteen, mutta toteavat myös, etteivät yhteydet dementian, masentuneisuuden ja aggressiivisuuden välillä ole kunnolla määriteltyjä.

Fyysinen aggressiivisuus purkautuu monesti epätarkoituksellisesti liiallisena voimankäyttönä tai joskus jopa suoranaisena väkivaltana. Muistisairaalla aggressio voi olla kytköksissä esimerkiksi vain tietynkaltaisiin tilanteisiin, jotka laukaisevat aggressiivisen käytöksen. (Sulkava ym. 1999, 22.) Esimerkiksi peseytymisissä potilas saattaa kokea tilanteen ahdistavaksi, loukkaavaksi, tai häkellyttäväksi, joka saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen (Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käyttösoireet: Käypä hoito -suositus 2016). Toisaalta aggressio voi näyttäytyä myös jatkuvana vihamielisyytenä (Sulkava ym. 1999, 22). Vatajan (n.d) mukaan muistisairaahan aggressiivinen käytös voi purkautua esimerkiksi huutamisena, kiroiluna, ovien paiskomisena, huonekalujen ym. heittelynä, syljeskelynä, raapimisena, tönimisenä, itsensä vahingoittamisena, tahallisenä kaatumisena/heittäytymisenä, seksuaalisena aggressiivisuutena, ruoan heittelynä ja riskitilanteiden järjestämisenä.

Saarnio & Isola (2010) kuvaavat artikkelissaan tutkimustuloksiaan liittyen tutkimukseensa, jossa tarkasteltiin hoitajien kokemuksia tilanteista, joissa dementoitunut vanhus käyttäytyy haasteellisesti. Saarnion ja Isolan tutkimus perustuu kahteen erilliseen kyselytutkimukseen, jotka suoritettiin vuosina 2004 ja 2009. Vuonna 2004 kyselyyn vastasi yhteensä 339 hoitajaa. Vuonna 2009 vastaajia oli vähemmän, yhteensä 114 hoitajaa. Tutkimuksessa hoitajat saivat kuvata vapaamuotoisesti omia kokemuksiaan. Saarnio & Isola (2010) saivat selville tutkimuksessaan, että fyysinen aggressiivisuus saattoi ilmetä hyvinkin eriasteisena väkivaltaisuuksena. Lievimmillään tutkittavat olivat kuvanneet aggressiivisuuden esiintyvän esimerkiksi sylkemisenä, toisen asukkaan tukistamisena tai hoitajan nipistämisenä. Hoitajat olivat kuitenkin olleet todistamassa myös tilannetta, jossa vanhus oli uhannut veitsellä.

Saarnion & Isolan (2010) tutkimuksessa tutkittavat kuvasivat, että verbaalinen eli sanallinen aggressiivisuus esiintyi huutamisenä, komentamisenä ja haukkumisena. Vanhuksen huutaminen saattoi olla hyvinkin pitkäkestoista. Saarnio ja Isola (2010) tuovat tutkimuksessaan ilmi, että verbaalinen häirintä aiheutti pelkoa ja levottomuutta muissa vanhuksissa (McMinn & Draper, 2005).

Suontaka-Jamalaisen (2011) mukaan muistisairaiden haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa on yleistä (Noro 2004). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (2018) selvisi, että erityisesti vanhustyössä väkivaltakokemukset ovat erityisen yleisiä. Jopa 80% laitoshoidossa työskentelevistä on kokenut väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Laitoshoidon alaluokkia tarkasteltaessa kuitenkin palveluasumisessa väkivaltakokemuksia oli vähemmän kuin muissa laitoshoidon muodoissa. Kotihoidossa väkivallan ilmeneminen ei ollut yhtä yleistä kuin laitoshoidossa. On huomioitavaa, että laitoshoidossa asukkaat ovat selkeästi huonokuntoisempia kuin kotihoidossa, mikä selittää väkivaltaisuuksien siintymisen eroja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan huolestuttavaa on se, että Suomessa väkivallan kokemukset vanhustyössä ovat yleisempiä kuin muissa pohjoismaissa niin laitos- kuin kotihoidossakin.

Sulkavan (1999, 22) mukaan muistisairaiden aggressio purkaantuu yleensä hoitajiin, mutta joskus myös omaisiin tai jopa toisiin potilaisiin. Nämä käyttäytymisen muutokset ovat yleensä sekä potilaalle itselleen, mutta myös omaisille sekä hoitajille itse kognitiivisia puutosoireita haastavampia. (Sulkava ym. 1999, 3.) Saarnion & Isolan (2010) tutkimustuloksista selvisi, että hoitotilanteissa vastustaminen sekä muihin potilaisiin sekä hoitajiin kohdistuva häirintä ja aggressiivisuus koettiin hoitajien mielestä haasteellisena. Juontaka-Samalaisen (2011) mukaan laitoshoidossa työskentelevät hoitajat kokivat käytösoireiden aiheuttaman stressin suurempana kuin kotihoidossa työskentelevät hoitajat. Tämä selittynee sillä, että Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2018) tekemän tuoreen tutkimuksen mukaan kotihoidossa yleisin väkivallan ilmenemismuoto oli henkinen väkivalta, kun taas laitoshoidossa väkivalta ilmeni yleisimmin ruumiillisena väkivaltana.

Suomen suurimman sosiaali- ja terveystieteiden ammattijärjestön Tehyn puheenjohtaja Millariikka Rytönen kertoo Älä riko hoitajaasi -työsuojelun teemaseminaarissa 29.10.2018 että hoitajiin kohdistuva väkivalta on erityisen yleistä vanhustyössä ensihoidon, vammaishoidon ja psykiatrisen hoitotyön ohella. Hän jatkaa, että myös kotisairaanhoidossa väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet, koska jatkuvasti yhä suurempi osa vanhuksista hoidetaan kotona mahdollisimman pitkään. Hän kertoo, että joka kolmas Tehy -liittoon kuuluvista on kokenut fyysistä väkivaltaa työssään ja enemmän kuin joka kymmenes on joutunut työssään potilaan seksuaalisen häirinnän kohteeksi. Tehyn jäsenistä 49 % on sairaanhoitajia ja 21 % lähihoitajia. Rytönen kuvailee, että Tehyn jäseniä lyödään, raavitaan, potkitaan, tönitään, käydään päälle, huoritellaan, kosketellaan ja heidän nähden masturboidaan. Farkhondeh, Mohammad, Masood & Peyman (2013) tuovat tutkimustuloksissaan hienosti esille esimerkkejä siitä, mitä hoitajien arki vanhustyössä voi olla. Heidän tutkimukseensa osallistuneet hoitajat ovat kuvanneet arkeaan Alzheimerin tautia sairastavien kanssa työskennellessä esimerkiksi näin:

”Jotkut kiroilevat paljon ja ovat huonotuulisia. Me pidämme alitajuisesti etäisyyttä heihin. Jotkut eivät anna meidän edes lähestyä heitä juttelemalla. Eivät edes silloin kun antaisimme heille heidän lääkkeensä. He alkavat huutaa. He kiroilevat pahasti.” (Shahrzad ym. 2013.)

”Minä yritän hallita potilaiden aggressiivisuutta, mutta minun yritykseni ovat ohimeneviä. He alkavat huutaa ja käyttäytyä aggressiivisesti uudelleen. Joskus en tiedä mitä minun kuuluisi tehdä. Tarvitsen enemmän tietoa tämänkaltaisista potilaista.” (Shahrzad ym. 2013.)

Suontaka-Jamalainen toteaa pro gradu -tutkielmassaan, että aggressiivinen käytös aiheuttaa stressiä ympäristölleen. Tutkittavien hoitajien mielestä joka kymmenennen potilaan käytösoireet olivat paljon tai erittäin paljon rasittavia. Joka viides hoitaja koki, että potilaiden levottomuus ja aggressiivisuus kuormittavat melko paljon. Tutkimustuloksissa tulikin selville, että hoitajien mielestä mm. juuri aggressiivisuus koettiin yhtenä muistisairaiden kuormittavimpana oireena. Havaittiin myös, että ympärivuorokautisessa hoidossa työskentelevät hoitajat kokivat käytösoireiden aiheuttaman stressin suuremmaksi, kuin kotihoidossa työskentelevät. (Suontaka-Jamalainen 2011, 30.) Myös Alanen ym. (2006) toteavat artikkelissaan, että hoitohenkilökunnan on vaikea tulla toimeen aggressiivisten ja hoitotoimenpiteitä vastustelevien dementiapotilaiden kanssa, sillä käytösoireet voivat saada aikaan vaaratilanteita.

Saarnion & Isolan (2010) tutkimuksessa mielenkiintoista oli se, että hoitajat itse suhtautuivat kriittisesti omaan toimintaansa, kun kuvasivat vanhuksen haasteelliseen käyttäytymiseen johtaneita syitä. Hoitajat kokivat, että heidän omalla käytöksellään oli vaikutusta siihen, provosoituuko vanhus käyttäytymään haasteellisesti. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että dementoituvien vanhusten hoidossa hoitajilla on käytössään lääkettämiäkin hoitokeinoja, joita hyödyntämällä voi kokea onnistuneensa haasteellisen vanhuksen kanssa. Hoitajat olivat käyttäneet esimerkiksi luovuuttaan hyväkseen; hoitajat olivat saattaneet esimerkiksi vaihtaa hoitavaa henkilöä kesken hoitotoimenpiteiden – ja siten

saaneet parempia tuloksia aikaan. Hoitajat olivat saattaneet käyttää apunaan myös toiminnallisia virikkeitä, kuten laulua tai muistelua. Myös hoitajien omaa persoonallisuutta oli hyödynnetty, jotta haastavat tilanteet oli saatu hallintaan. (Saarnio & Isola 2010, 9–10.)

hoitohenkilökunnan tarvitsema tuki

Hoitajat, jotka työskentelevät käytösoireisten potilaiden kanssa, tarvitsevat paljon tukea jaksukseen huolehtia usein hyvin epäkiitolliselta vaikuttavasta tehtävästään. On tärkeää, että välitöntä hoitotyötä tekevien työtä aidosti arvostetaan ja työn haasteet tunnustetaan (Koponen & Saarela 2010, 490). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan oikeudenmukaisella johtamisella sekä toimivalla tiimityöllä on vaikutusta hoitajien väkivallan kokemiseen työyksikössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2018) muistuttaa myös, että mikäli uhka- tai väkivaltatilanne on päässyt hoitotyössä tapahtumaan, on tärkeää, että työpaikalla olisi valmis toimintamalli asian käsittelemiseksi sekä vastaavien tilanteiden ennaltaehkäisemiseksi.

4.1 Riittävän osaamisen varmistaminen

Juva, Voutilainen, Huusko & Eloniemi-Sulkava (2010, 523) toteavat, että muistisairaiden hyvän ympärivuorokautisen hoidon kulmakivi on osaava ja riittävä henkilökunta yhdistettynä korkeatasoiseen lääketieteelliseen asiantuntemukseen, osaavaan ja ammatilliseen johtamiseen sekä sopivaan hoitoympäristöön. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan henkilökunnan koulutuksen tarvetta korostetaan muistisairaana ja käytöshäiriöisen asiakkaan kohtaamisessa. Työnohjauksessa on mahdollista soveltaa koulutuksessa opittua omiin asiakkaisiin. Myös Sulkavan ym. (1999) mukaan hoitohenkilöstön kouluttaminen ja jaksamisen tukeminen kuuluvatkin muistisairaiden aggressiivisten oireiden hoidon peruslinjaan. Jaksava hoitaja on ammattitaitoinen ja motivoitunut työhönsä sekä näkee työnsä merkityksellisenä. Kun hoitohenkilöstö voi hyvin, on edellytykset hoidon onnistumiselle olemassa. (Juva ym. 2010, 524.)

TunteVa®-toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä ihmisen kohtaamiseen. Sen avulla voidaan parantaa muistisairaana elämänlaatua ja sen luvataan auttavan myös hoitajien työssäjaksamisessa sekä työhyvinvoinnissa heidän työskennellessään

muistisairaiden parissa. TunteVa®-toimintamallin sisältöä jaetaan hoitajille suunnattuna koulutuksena, jossa käydään läpi menetelmän historiaa, sen periaatteita ja mahdollisuuksia sekä muistisairaahan kohtaamista ja käyttäytymisen ymmärtämistä. TunteVa®-toimintamallin tavoitteena on luoda vahva luottamussuhde hoitajan ja asiakkaan välille. Menetelmän luvataan lievittävän käytösoireita ja jopa vähentävän lääkkeiden käyttöä. Menetelmän kehutaan myös lisäävän hoitajan viihtymistä työssään ja vaikuttavan positiivisesti koko työyhteisön ilmapiiriin ja jaksamiseen. (Tunteva -toimintamallin perusteet 2018.)

4.2 Työolosuhdemuuttajat ja henkilöstömitoitus

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan merkittävimpiä tekijöitä väkivaltaisista tilanteista selitettäessä ovat rooliristiriidat, työn itsenäisyys sekä kiire. Vaikka nykyisenkaltaisella henkilöstömitoituksella ei näytä olevan yhteyttä henkilöstön kokemaan väkivaltaan, voidaan henkilöstömäärällä selittää merkittävästi kiirettä hoitotyössä. Näin ollen myös riittävä henkilöstömäärä voidaan laskea tärkeäksi tekijäksi väkivallan esiintymisen suhteen. Työn organisointi on myös olennaista väkivallan esiintymisen suhteen. Kun työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa työnsä suunnitteluun – esimerkiksi ajoittamalla hoitotoimet asiakkaan kannalta otollisempaan aikaan – voidaan välttyä väkivaltaisilta tilanteilta. Uhka- ja väkivaltatilanteiden ehkäisyssä myös parityöskentely nähdään merkittävässä roolissa. Laitoshoidossa myös riittävän pienet yksiköt on todettu levollisemmiksi ja ne ennaltaehkäisevät osaa muistisairaiden käytöshäiriöistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

4.3 Oman käytöksen vaikutus lopputulokseen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2018) mukaan hoitajan oma henkilökohtainen käytös liitetään myös uhka- ja väkivaltatilanteiden mahdollisuuteen ja muodostumiseen. Jokaisella hoitajalla tulisi olla ammatillinen työote ja toimintatapa asiakkaan kohtaamistilanteissa. Alan ammattilaisena hoitajan tulisi pyrkiä toiminnallaan kiireettömyyteen ja joustoon päivittäisten

toimien sekä hoitojen toteuttamisajankohtien kohdalla. Sulkava ym (1999, 14) toteavat, että dementoituneen käytöstä ajatellessa kanssaihmissen asenteilla sekä ympäristön tunnelmalla on merkitystä. Myös työpaikan henkistä ilmapiiriä alentavat ihmissuhdeongelmat ovat omiaan altistamaan käytösoireiden syntymiselle (Sulkava ym 1999, 14).

Sulkava ym (1999, 22) sanovat, että tilannesidonnaisessa aggressiossa hoitajan tulisi pyrkiä joko muuttamaan tilannetta tai omaa suhtautumistaan tilanteeseen. Mikäli hoitaja käyttäytyy epäarvostavasti, kohdellen dementoitunutta ymmärtämättömästi tai pakottavasti suhtautuen, aiheutuu usein käytösoireita (Sulkava ym 1999, 14). Hoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu tietoisuus muistisairaana ihmisen viestinnässä tapahtuvista muutoksista. Hoitajan tulee havaita muistisairaana eri tavoin ilmaisemat viestit ja osata suhteuttaa oma kommunikointinsa muistisairaana tarpeiden mukaisiksi. Sanattomilla viestinnän keinoilla, kuten kosketuksella, etäisyydellä, kehon asennoilla, pään liikkeillä, kasvojen ilmeillä, katsekontaktilla, äänen painotuksella ja voimakkuudella sekä toiminnan ja hengityksen rytmillä, on sairauden edetessä yhä suurempi merkitys. Ne ovat tärkeitä vuorovaikutuksen välineitä muistisairaana kohtaamisessa. (Haapala, Burakoff & Martikainen 2013.)

4.4 Fyysinen rajoittaminen

Saarnion (2018) mukaan vanhusten fyysinen rajoittaminen on ollut ja on edelleen yleinen käytäntö useiden maiden laitoshoidossa. Fyysisten rajoitteiden avulla pyritään lisäämään vanhusten turvallisuutta sekä estämään ympäristöä häiritsevää käytös. Rajoitteiden avulla saadaan myös päivittäiset hoitotoimenpiteet sujumaan paremmin. Saarnion (2018) suorittamassa tutkimuksessa tuli ilmi, että rajoittamista käytettiin tilanteissa, joissa vanhus häiritsee ympäristöään eli toisia vanhuksia ja hoitajia. Vanhus saattoi tällöin käyttäytyä fyysisesti tai verbaalisesti aggressiivisesti, olla sekava, levoton tai vaellella ympäri osastoa mukaan lukien

toisten vanhusten huoneet. Tutkimuksessa havaittiin hoitajan työuupumisella olevan yhteyksiä fyysisten rajoitteiden käyttöön. (Saarnio 2018.)

4.5 Lääkehoito

Aggressiivisten kohtaamisten ehkäisyssä myös potilasta hoitavan lääkärin tuki on olennaista. Hänen kanssa pyritään räätälöimään potilaalle tarpeenmukainen lääkehoito. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018.) On haastavaa osata seurata lääkkeen tehoa ja puuttua lääkehoitoon oikein ja oikeaan aikaan. Pitää muistaa esimerkiksi se, että lääkkeen vaste on hyvin erilainen riippuen siitä, mihin vaiheeseen muistisairaus on edennyt (Terve.fi 2018). Laitoshoidossa hoitoyksikön hoitajat seuraavat lääkityksen tehoa jatkuvasti ja säännöllisen tilannearvion tekee yksikön lääkäri 6–12 kk välein (Koivisto 2018). Mäkelän (2018) mukaan parhaimmillaan hoitohenkilökunnan on helpompi keskittyä muistisairaahan rauhalliseen kohtaamiseen, kun hänen lääkityksensä on kunnossa ja käytösoireet hallinnassa.

tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista aggressiivista käytöstä muistisairaille esiintyy ja millaisia tunteita aggressiivinen käytös hoitajille aiheuttaa. Tarkoituksena oli myös selvittää, uskaltavatko hoitajat puhua ääneen tunteistaan, millaista tukea hoitajat kaipaavat ja millaista tukea he ovat joutuneet hoidettaessaan muistisairasta.

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Miten ja millaisissa tilanteissa muistisairaan aggressiivinen käytös ilmenee?
- Miten hoitajat kokevat muistisairaan aggressiivisen käytöksen?
- Uskaltavatko hoitajat keskustella tunteistaan?
- Millaista tukea hoitajat toivoisivat aggressiivisten muistisairaiden parissa työskentelyyn?

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa muistisairaan aggressiivisen käytöksen ilmenemisestä ja vaikutuksista hoitajiin sekä kartoittaa mahdollisia tuen tarpeita sekä keinoja tuen antamiseen.

tutkimuksen toteutus

Tutkimuksen toteutus piti sisällään erilaisia vaiheita ja huomiota vaativia asioita. Tämä luku pitää sisällään tutkimusentekoprosessissa huomioituja asioita, joita tuli vastaan muun muassa tutkimuskohteen valinnassa, aineistonkeruussa ja aineiston analysoinnissa sekä eettisyydessä. Nämä aiheet on eritelty alla omien otsikoidensa alla.

6.1 Tutkittavien valikointi

Tutkimuksen kohteeksi valittiin yksi Vaasan palveluasumisen yksikkö, jossa muistisairautta esiintyy talon asukkailla. Yksikön asukkaista ja heidän mahdollisesta aggressiivisuudestaan ei ollut ennakkotietoa tutkimuspaikkaa valittaessa. Tutkimuksen toteutuksen mahdollisuudesta keskusteltiin palveluasumisen yksikön johtajan kanssa ja hänen osoitettuaan kiinnostuksensa tutkimusta kohtaan, haettiin tutkimuslupa kaupungilta. Tutkimus suoritettiin kyseisessä palveluasumisen yksikössä kesällä 2018 (aikavälillä 18.6. – 19.7.).

Tutkimukseen sai osallistua koko kyseisen palveluasumisen yksikön hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökuntaan kuului sekä sairaanhoitajia että perus- ja lähihoitajia. Myös hoitoalan opiskelijoilla – jotka olivat yksikössä kesätöissä – oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen vastaamalla kyselylomakkeeseen.

6.2 Aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena lomakekyselynä (liite 2), jotta jokaisella hoitajalla olisi mahdollisuus osallistua tutkimukseen täysin anonymisti. Kvalitatiivisen kyselylomakkeen tutkija laati itse. Kyselylomakkeessa kerättiin vastaajista muutamia taustatietoja, joiden yhteyttä saataviin tuloksiin haluttiin tarkastella. Nämä olivat vastaajan ikä sekä työkokemus hoitoalalta.

Yhteensä kysymyksiä laadittiin 14. Kyselylomake sisälsi neljä täysin avointa kysymystä, seitsemän strukturoitua kysymystä sekä kolme puoliavointa monivalintakysymystä, joissa oli yhdistettynä sekä strukturoitu että avoin osuus.

Kyselylomakkeet tulostettiin ja toteutettiin paperisina versioina. Ne jaettiin jokaisen yksikön osaston kansliaan. Kyselylomakkeiden yhteyteen laadittiin lyhyt saatekirje (liite 1), josta selvisi kyselyyn vastaajille muun muassa tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Kyselyiden vastauksille osoitettiin suljettu laatikko, jossa vastaukset pysyivät tallessa ja katseilta piilossa.

Yksikön työvuorolistoilla oli yhteensä 38 hoitajaa tutkimuksen aloitushetkellä. Tavoitteena oli saada mahdollisimman paljon vastauksia kyselyihin. Ihanne olisi ollut, mikäli jokainen listoilla oleva hoitaja olisi vastannut kyselylomakkeeseen. Vastauksia saatiin yhteensä kuitenkin vain 18 ja vastausprosentti oli 47 %. Täytetyistä kyselylomakkeista kaikki olivat kelvollisia, eikä yhtään jouduttu hylkäämään.

6.3 Aineiston analysointi ja raportointi

Ensin kyselylomakkeet numeroitiin sattumanvaraisessa järjestyksessä analysointia varten. Kerätty aineisto käytiin läpi ja tulokset analysoitiin käyttäen apuna induktiivista sisällönanalyysiä että SPSS-tilasto-ohjelmaa. SPSS tilasto-ohjelmaa käytettiin lähinnä sen avulla saatavien selkeiden taulukoiden vuoksi.

Kerätyn aineiston kvantitatiivinen osuus (seitsemän kysymystä vastauksineen) syötettiin SPSS -tilasto-ohjelmaan (Statistical Package for Social Sciences), joka muunsi saadut vastaukset tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Saadut tulokset käsiteltiin sekä prosentteina että lukumäärinä taulukoita apuna käyttäen.

Avoimia sekä puoliavoimia monivalintakysymyksiä oli yhteensä seitsemän. Ne analysoitiin käyttäen apuna induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistettävästi tai että tutkittavien ilmiöiden suhteet saadaan

selväsi esille. Sisällönanalyysissä olennaista on, että tutkimusaineistosta erotellaan samankaltaisuudet sekä eroavaisuudet toisistaan. Induktiivisessa sisällönanalyysissä siirrytään konkreettisesta aineistosta sen käsitteelliseen kuvaukseen. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Sisällönanalyysiä tehdessä aineisto ensin pelkistettiin. Latvalan & Vanhanen-Nuutisen (2001) mukaan pelkistäminen on tutkimustehtävän mukaisten kysymysten esittämistä aineistolle ja ”aineiston vastaukset” ovat pelkistettyjä ilmauksia, jotka kirjataan ylös aineiston termein. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin ensin sekaisin niin kutsuttuun pesulistaan siinä järjestyksessä, jossa ne vastauslomakkeista luettiin. Tämän jälkeen ne ryhmiteltiin samankaltaisuuksien perusteella allekkain. Aineiston ryhmittelyn tarkoitus on etsiä pelkistettyjen ilmausten yhtäläisyyksiä sekä eroavaisuuksia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Seuraavaksi pelkistetyt analyysiyksiköt ryhmiteltiin ala-, ylä- ja pääluokiksi. Esimerkiksi kysymyksen kuusi kohdalla alaluokiksi muodostuivat seuraavat; jokapäiväiset toiminnot, peseytyminen ja pukeutuminen, asukkaaseen kohdistuva toimenpide/rajoitus, kateus sekä psyykkisen läsnäolon/ymmärryksen vaje. Näistä muodostettiin abstrahointia käyttäen yläluokkia, joihin kuuluivat fyysiset tilanteet ja psyykkiset tilanteet. Abstrahointivaiheessa yhdistetään samansisältöisiä luokkia niin, että saadaan yläluokkia (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001). Yläluokista saatiin pääluokaksi tilanteet, joissa muistisairaahan aggressiivisuus on ilmennyt. Liitteenä lopussa on esitetty esimerkkinä kysymys numero 6:n vastauksista toteutunut sisällönanalyysi (liite 3).

6.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusetiikan mukaan tutkijan on pyrittävä minimoimaan tutkittavalle aiheutuvat riskit ja haitat (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177). Tutkimusta tehdessä noudatettiin eettisiä ohjeita. Koska tutkimus käsittelee

nimenomaan ihmisten henkilökohtaisia tuntemuksia ja ajatuksia, on eettisyys erityisen tärkeää. Eettisyydestä huolehdittiin tutkimuksen jokaisessa vaiheessa.

Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista ja tutkimukseen vastaaminen suoritettiin anonymisti eli nimettömästi. Huolehdittiin siitä, että täytetyt kyselylomakkeet pysyivät suljetussa laatikossa aineistonkeruun ajan. Kyselylomakkeiden sisällön pääsi näkemään vain tutkija tulosten analysointia tehdessään. Tulosten analysoinnin jälkeen kaikki tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti erittäin pieniksi osiksi silputtuina, jottei se päätyisi kenenkään muun luettavaksi.

Kyselylomakkeen alussa kyseltävissä taustatiedoissa huomioitiin tutkimuksen eettiset periaatteet: osa mielenkiintoisista taustatiedoista jätettiin pois. Olisi ollut mielenkiintoista tietää esimerkiksi vastaajan sukupuoli, mutta koska yksikössä työskenteleviä mieshoitajia oli tutkimuksen aloitushetkellä vain yksi, jätettiin tämä taustatieto kysymättä, jotta anonymiteetti säilytettiin.

Myös vastaajan ikä ja työkokemus jaoteltiin kolmeen vuosiryhmään, ettei vastaajan henkilöllisyys pääsisi paljastumaan tarkan työvuosikuvauksen ja iän perusteella. Tutkimustulosten analysointivaiheessa päätettiin kuitenkin yhdistää alle 5 vuoden ja 5-10 vuoden työkokemus yhdeksi ryhmäksi, alle 10 vuoden työkokemukseksi, jotta vastaajien anonymiteetti varmasti säilyisi. Vastaajien ikäryhmittymissä oli myös suuria painottumia tiettyyn ikähaarukkaan, jonka vuoksi ikäryhmän tarkastelu suhteessa saatuihin tuloksiin jätettiin pois. Ei haluttu, että muutamien muihin ikäryhmiin kuuluvien vastauksia voitaisiin yhdistää heihin ikäryhmien perusteella.

tutkimustulokset

Tässä luvussa käsitellään tutkimustuloksia, joita tehdystä tutkimuksesta on saatu. Tutkimustuloksissa käsitellään sekä tutkittavien taustatietoja että niiden mahdollista yhteyttä saatuihin tuloksiin. Tutkimustuloksia on osittain selkeytetty taulukoiden avulla.

7.1 Taustatiedot

Tutkimuksen aloitushetkellä kyseisessä palveluasumisen yksikössä oli yksikön johtajan mukaan työvuorolistoilla 38 hoitajaa. Täytettyjä kyselyitä palautettiin 18, joista kaikki olivat käyttökelpoisia. Aineistonkeruun aikana yksikön hoitajat olivat vuorotellen vuosilomilla, jolla saattaa olla vaikutusta palautettujen kyselylomakkeiden määrään.

Vastaajien työkokemuksen määrä hoitotyöstä jaoteltiin aineistoa analysoitaessa uudelleen. Kyselylomakkeissa työkokemusta koskevat vastausvaihtoehdot olivat alle 5 vuotta, 5-10 vuotta sekä yli 10 vuotta. Uusi jaottelu tehtiin, koska keskimmäisen ryhmän edustajilta saatiin vain muutama vastaus ja tutkija näki tämän ongelmallisena tutkimukseen vastanneiden anonymiteetin säilyttämisen kannalta. Yhdistämällä alle 5 vuoden ja 5-10 vuoden työkokemus yhdeksi ryhmäksi, voitiin luottaa, että vastaajien anonymiteetti säilyy, eikä ketään voida yhdistää saatuihin vastauksiin. Työkokemuksen jakautuminen on kuvattuna taulukon avulla (ks. taulukko 1).

Taulukko 1. Työkokemuksen jakautuminen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.

Vastausvaihtoehdot	Frekvenssi	Prosentti
alle 10v		
yli 10v	8	44,4
Yhteensä		

	10	55,6
	18	100,0

Vastaajilta selvitettiin taustatiedoissa myös ikää jaoteltuna kolmeen eri ikäryhmään. Kun vastaajien iän huomattiin kuitenkin jakautuvan hyvin yksipainotteisesti ikäryhmään 30-60 vuotta, päätettiin iän analysointi suhteessa saatuihin tuloksiin jättää pois. Eettisten ongelmien ohella kyseisillä vastaajamäärillä ei koettu olevan myöskään merkitystä niin, että saatuja vastauksia voitaisiin yleistää edes yksikön sisällä ikäryhmille olennaisiksi. Ikäryhmiin jakautuminen vastaajien kesken on esitetty alla (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Ikäryhmien jakautuminen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.

Vastausvaihtoehdot	Frekvenssi	Prosentti
alle 30		
30-60	4	22,2
yli 60		
Yhteensä		
	13	72,2
	1	5,6
	18	100,0

7.2 Muistisairaahan aggressiivisen käytöksen ilmeneminen

Kaikki (n=18) kyselyyn vastanneet hoitajat olivat kokeneet aggressiivista käytöstä muistisairaalta asukkaalta. Kyseiset hoitajat toivat esille laajan kirjon, miten muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen oli heille ilmennyt. Tutkimuksessa eriteltiin kokemukset, jotka ovat tapahtuneet vastaajalle itselleen sekä kokemukset, jotka ovat tapahtuneet vastaajan työkaverille. Muistisairaahan aggressiivisuus esiintyi sekä fyysisesti että verbaalisesti. Enemmän aggressiivisuuden koettiin kuitenkin olevan fyysistä. Kyselyyn vastanneet hoitajat listasivat yhteensä 12 erilaista tapaa, miten muistisairaahan aggressiivisuus näkyy. Verbaalisia aggressiivisuuden keinoja listattiin huomattavasti vähemmän, yhteensä neljä.

Vastanneet hoitajat itse olivat kokeneet muistisairaahan aggressiivisen käyttäytymisen ilmenevän nimittelyinä, kiroiluna, huutamisena, seksuaalisena uhkailuna, huitomisena, potkimisena, raapimisena, sylkemisenä, irvistelynä, hiusten repimisenä, puremisena, kiinni tarttumisenä, lyömisenä, nyrkiniskuina, tavaroiden heittelynä sekä ulosteen heittelynä. Näistä huitominen oli selvästi yleisin aggressiivisuuden ilmenemismuoto, sillä sitä oli joutunut jokainen (n=18) kyselyyn vastannut kokemaan. Muistisairaahan huutamista oli todistanut 89 % (n=16) vastaajista. Huutamisen rinnalla melkein yhtä yleistä olivat olleet nimittely sekä raapiminen, joita kertoivat kokeneen 83 % (n=15) vastaajista. Kiinni tarttuminen ja potkiminen olivat myös melko yleisiä aggressiivisuuden ilmenemismuotoja. Niitä oli kokenut 72 % (n=13) vastanneista. Melko yleistä oli myös sylkeminen, sillä 67 % (n=12) kertoi joutuneensa tilanteeseen, jossa päälle oli syljetty. Puolet (n=9) vastaajista oli joutunut muistisairaahan puremisen kohteeksi. Tavaroiden heittelyä oli seurannut 28% (n=5) vastaajista. Vastaajista 11 % (n=2) toivat esille hoitajien käsien repimisen ja puristamisen yhtenä aggressiivisuuden keinona. Kiroilua, seksuaalista uhkailua, irvistelyä, nipistelyä, ulosteiden heittelyä, lyömistä, nyrkiniskuja sekä hiusten repimistä ilmoitti kokeneensa vain yksittäiset hoitajat. Vastanneista hoitajista kaksi (n=2) koki myös

vastaanhangoittelun ja hoitotoimenpiteiden estämisen aggressiivisena käyttäytymisenä.

Kysyttäessä vastaajan työkavereiden kokema aggressiivisuuden ilmenemistä, saatiin vastauksiksi nimittely, huutaminen, huitominen, potkiminen, raapiminen, pureminen, sylkeminen, kiinni tarttuminen, tavaroiden heittäminen sekä ulosteiden päälle heittäminen. Näistä eniten mainituin oli kiinni tarttuminen, jota tiesi työkavereilleen tapahtuneen kaikki (n=18) vastaajat. Melkein kaikki (n=17) tiesivät työkavereidensa todistaneen myös muistisairaana nimittelyä ja huutamista hoitajiin kohdistuen. 89% (n=16) vastaajista tiesi työkavereihinsa kohdistuneen huitomista, potkimista ja raapimista muistisairaana toimesta. Vastaajista 78 % (n=14) tiesi työkavereidensa joutuneen puremisen ja sylkemisen uhriksi. Suuri osa, 67 % (n=12), tiesi muistisairaana heittäneen tavaroita työkavereidensa paikalla ollessa. Kaksi (n=2) vastaajaa tiesi työkaverinsa nähneen ulosteen heittäneen muistisairaana toimesta.

Yhteenvedon voidaan todeta, että muistisairaana huitominen sekä kiinni tarttuminen olivat aggressiivisuuden ilmenemismuotoja, joita jokainen kyselyyn vastannut hoitaja tiesi tapahtuvan. Huutaminen ja nimittely muistisairaana toimesta todettiin myös niin yleiseksi, että melkein jokainen tiesi niitä tapahtuneen. Esille nostamisen arvoiseksi aggressiivisuuden muodoksi nousivat myös potkiminen ja raapiminen, joita suuri osa vastanneista tiesi tapahtuneen.

Hoitajien kokemat aggressiivisuuden aiheuttajat luokiteltiin saatujen vastausten perusteella fyysisiin ja psyykkisiin tilanteisiin. Yhteensä aggressiivisuutta aiheuttavia tilanteita kuvattiin 14 (n=14). Vastaajista neljä (n=4) oli jättänyt kyseisen vastauskentän täysin tyhjäksi. Suurin osa (n=11) aggressiivisuutta laukaisevista tilanteista luokiteltiin fyysisiksi. Fyysiset tilanteet jakautuivat jokapäiväisiin toimintoihin, peseytymiseen ja pukeutumiseen, asukkaaseen kohdistuvaan toimenpiteeseen sekä rajoitukseen. Kyselyyn vastanneet hoitajat kuvailivat aggressiivista käytöstä aiheuttavia fyysisiä tilanteita mm. näin:

- ”Yleensä tilanteeseen liittyy joku hoitotoimenpide tai asukkaan toiminnan rajoittaminen”
- ”Peseytyminen ja pukeutuminen aiheuttivat asukkaalle vastaanhangoittelua”
- ”Asukasta kuiviteltu sänkyyn”
- ”Suihkutilanteessa aggressiivista käytöstä”

Psyykkisiä tilanteita, joissa aggressiivisuutta esiintyy, hoitajat kuvasivat huomattavasti vähemmän (n=3) kuin fyysisiä tilanteita. Psyykkiset tilanteet jakautuivat psyykkisen läsnäolon ja ymmärryksen vajaukseen sekä kateuteen. Näistä hoitajat antoivat seuraavanlaisia esimerkkejä:

- Kateus toisen saamasta huomiosta
- Ei enää ymmärtänyt mitä tapahtuu
- Piti minua jonakin toisena henkilönä

7.3 Hoitajien kokemukset muistisairaahan aggressiivisesta käyttäytymisestä

Kysyttäessä muistisairaahan aggressiivisen käyttäytymisen aiheuttamia tunteita hoitajissa, saatiin vastaukseksi laaja kirjo erilaisia tunnetiloja. Ärsyyntymistä tunnusti tunteneensa 61 % (n=11) kyselyyn vastanneista hoitajista. Turhautumista oli kokenut vastaajista 50 % (n=9). Hämmennystä kertoi tunteneensa 44 % (n=8). Myös huvittuneisuus koettiin yhdeksi tunnereaktioksi ja se oli hoitajan reaktion yhtä yleinen kuin hämmennys – huvittuneisuutta oli kokenut vastaajista 44 % (n=8). 39 % (n=7) kyselyyn vastanneista hoitajista kertoi pelänneensä muistisairaahan käyttäytyessä aggressiivisesti. 28 % (n=5) vastaajista oli kokenut epävarmuutta ja 22 % (n=4) kertoi tunteneensa hermostumisen tunnetta aggressiivisen tilanteen yllättäessä. Vastaajista kaksi tunnusti tunteneensa myös sääliä asukasta kohtaan. Yksittäisenä tapauksena mainittiin koetuksi tuntemukseksi myös viha. Vain kaksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen ollut saanut vastaajassa aikaan minkäänlaista tunnereaktiota.

Tarkasteltaessa alle 10 vuoden ja yli 10 vuoden työkokemuksen omaavien hoitajien vastauksia erikseen, voitiin huomata, että hämmennys, epävarmuus ja hermostuminen olivat hieman yleisempää vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla kuin enemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla. Selvästi yleisempää vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla näytti olevan huvittuneisuus ja turhautuminen. Vastaavasti tuloksista voitiin erottaa, että ne hoitajat, jotka omasivat yli 10 vuoden työkokemuksen alalta, tunsivat ärsyyntymistä enemmän kuin alle 10 vuoden työkokemuksen omaavat henkilöt. Yli 10 vuoden työkokemuksen omaavista hoitajista jopa 70 % koki ärsyyntymistä muistisairaana käyttäytyessä aggressiivisesti. Pelon tunne oli jakautunut hyvinkin tasaisesti molempiin ryhmiin kuuluvien vastaajien kesken. Molemmista työkokemuksen perusteella jakaantuneista ryhmistä ilmoittautui yksi, joka ei tuntenut mitään erityistä tunnetta aggressiivisten tilanteiden aikana tai niiden jälkeen.

Kyselylomakkeilla selvitettiin myös, ovatko hoitajat kokeneet haluttomuutta mennä asukashuoneeseen, koska ovat tienneet asukkaalla olevan taipumusta käyttäytyä aggressiivisesti. Kaikista vastaajista yli puolet (56 %) oli kokenut joskus haluttomuutta mennä asukashuoneeseen aggressiivisen tilanteen pelossa. 33 % vastaajista ilmoitti, ettei ollut koskaan tuntenut haluttomuutta mennä asukashuoneeseen kun taas vastaajista kaksi (11 %) oli tuntenut usein haluttomuutta mennä asukashuoneeseen (ks. taulukko 3).

Taulukko 3. Haluttomuus mennä asukashuoneeseen SPSS-tilasto-ohjelmalla analysoituna.

Vastausvaihtoehdot		Frekvenssi	Prosentti
	kyllä, usein	2	11,1
	joskus	10	55,6
	en koskaan	6	33,3

	Yhteensä	18	100,0
--	----------	----	-------

Tarkasteltaessa eroja alle 10 vuoden ja yli 10 vuoden työkokemuksen omaavien hoitajien vastauksissa, huomattiin, että vähemmän työkokemusta omaavat hoitajat eivät kokeneet haluttomuutta mennä asukashuoneeseen yhtä usein kuin enemmän työkokemusta kerryttäneet hoitajat. Vähemmän työkokemusta omaavista hoitajista 50 % (n=4) vastasi, ettei ole koskaan halunnut jättää menemättä asukashuoneeseen aggressiivisen tilanteen pelossa, kun taas enemmän työkokemusta omaavista hoitajista vain 20 % (n=2) oli samaa mieltä. Vastaavasti alle 10 vuoden työkokemuksen omaavista hoitajista 0% tunsivat usein halua olla menemättä asukashuoneeseen, kun taas yli 10 työkokemuksen omaavista hoitajista vastaavaa tunnetta oli tuntenut 20 % (n=2).

Puolet (50 %) kyselyyn vastanneista hoitajista toi ilmi, että omalla käyttäytymisellä pystyy vaikuttamaan muistisairaahan aggressiivisuuteen ja sen jatkumiseen tai loppumiseen. Vastauksissa tuotiin esille hoitajan tarve pysyä rauhallisena, ammatillinen työote sekä provosoitumattomuus, jotta tilanne saataisiin takaisin hallintaan.

7.4 Hoitajien uskallus puhua tuntemuksistaan

Kyselyyn vastanneiden hoitajien käsitys tuntemustensa ääneen puhumisesta oli hyvin yksiselitteinen. Kaikki vastaajat (n=18) olivat sitä mieltä, että heidän työkaverinsa olivat puhuneet avoimesti ääneen tuntemuksistaan, joita muistisairaahan aggressiivinen käyttäytyminen heissä oli herättänyt. Suurin osa (n=13) vastaajista koki myös, että he itse olivat puhuneet avoimesti omista tuntemuksistaan liittyen muistisairaahan aggressiiviseen käytökseen. Vain alle kolmasosa (28 %, n=5) oli sitä mieltä, ettei heillä ollut tarvetta puhua ääneen

työyhteisössään omista psyykkisistä tuntemuksistaan liittyen muistisairaana aggressiiviseen käyttäytymiseen.

Erot alle 10 vuoden ja yli 10 vuoden työkokemuksen omaavien hoitajien välillä jakautuivat jonkun verran. Yli 10 vuoden työkokemuksen kartuttaneet hoitajat olivat lähes yksimielisiä siitä, että kokivat tarvetta puhua tuntemuksistaan työpaikallaan. Heistä 90 % koki tarvetta puhua tuntemuksistaan ääneen. Vain yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei hänellä ollut tarvetta puhua tuntemuksistaan muille työpaikallaan. Alle 10 vuoden työkokemuksen omaavilla vastausjako ei ollut yhtä selkeästi jakautunut, sillä heistä 63% koki tarvetta puhua tuntemuksistaan ääneen kun taas 38 % piti tuntemuksistaan ääneen puhumista tarpeettomana. Tiivistettynä voidaan sanoa, että enemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla oli jonkin verran enemmän tarvetta puhua tuntemuksistaan, kuin vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla.

7.5 Hoitajien kokemus jo saadusta tuesta

Kysyttäessä hoitajien mielipidettä siitä, millaista tukea he olivat saaneet koskien muistisairaana aggressiivista käyttäytymistä, saatiin vastauksiksi kolmeen eri kategoriaan kuuluvia tuen muotoja. Nämä kategoriat olivat tutkijan ryhmittelyn jälkeen henkinen tuki, konkreettinen tuki sekä ei lainkaan saatua tukea. Henkiseksi tueksi luokiteltiin työkavereilta, sairaanhoitajalta sekä omaisilta saatava tuki ja ymmärrys. Konkreettista tukea taas olivat työpaikalla järjestetty Tunteva-koulutus sekä lääkärin apu lääkkeiden määräämisessä aggressiiviselle asukkaalle. Ei tukea ollenkaan -kategoriaan luokiteltiin kuuluvaksi hoitajien tuntemusten vähättely, syyttäminen sekä tuen puuttuminen kokonaan.

Työkavereiden antama tuki nousi vastauksissa esille eniten. Vastaajista 44 % (n=8) mainitsi työkavereiden tuen merkityksellisyyden kertoessaan saamastaan tuesta. Vastanneista hoitajista kaksi oli kokenut myös sairaanhoitajalta sekä asukkaiden omaisilta saatavan tuen ja ymmärryksen merkityksellisenä. Sairaanhoitajalta mainittiin myös saaneen neuvoja, joita oli pidetty tärkeänä.

Kaksi vastaajaa ilmoitti, että hoitajien tuntemuksia yritetään ymmärtää, mutta ei maininnut, miltä taholta.

Lääkärin tekemät lääkemääräykset koki vastaajista kaksi yhtenä tuen muotona aggressiivisen muistisairaana kanssa toimimisessa. Heistä toinen oli sitä mieltä, että lääkemääräyksiä oli saatu nihkeästi, vaikka niille olisi vastaajan mielestä ollut tarvetta. Toinen vastaajista taas näki asian niin, että lääkkeitä oli määrätty aggressiivisuuteen jo ennaltaehkäisevästikin. Yhteensä kolme hoitajaa mainitsi, että olivat saaneet omaksi tuekseen koulutusta. Näistä kolmesta hoitajasta yksi kertoi järjestetyn koulutuksen olleen Tunteva -koulutusta. Hänen kokemuksensa mukaan koulutuksessa harjoitellut asiat olivat kuitenkin vaikeita toteuttaa käytännössä.

28 % (n=5) vastanneista hoitajista oli sitä mieltä, ettei tukea ole saatu aggressiivisten muistisairaiden kanssa työskentelyyn liittyen. Näistä viidestä vastaajasta kolme koki, että hoitajien tuntemuksia vähätellään. Yksi heistä mainitsi, että vähättelyä on koettu johtajan toimesta. Yksi oli sitä mieltä, että hoitajia jopa syytetään lääkärin toimesta siitä, että hoitaja itse on tehnyt jotain väärin, jonka vuoksi muistisairas on käyttäytynyt aggressiivisesti.

7.6 Hoitajien kokemus toivotusta tuesta

Vastaajista yhteensä 39 % (n=7) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen, joka koski toivottua tukea. Kysymykseen vastanneista hoitajista 91 % (n=10) ilmoitti kaipaavansa nykyistä enemmän tukea muistisairaana aggressiiviseen kohtaamiseen. Nämä hoitajat toivoivat saavansa enemmän

- ymmärrystä työkavereiltaan sekä esimieheltään
- avointa keskustelua aiheeseen liittyen
- toistensa tukemista työyhteisön kesken
- tietoa, miten aggressiivisissa kohtaamisissa tulisi toimia
- tukea lääkäriltä lääkemääräyksiin liittyen

- henkilökuntaa työvuoroihin

Lisäksi toivottiin esimiehen asenteen muutosta ja vähättelyn lopettamista. Kaikista kysymykseen vastanneista hoitajista vain yksi ainoa oli sitä mieltä, että sen hetkisen tuen määrä oli riittävä, eikä enempää tukea tarvittu.

johtopäätökset ja pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista aggressiivista käytöstä muistisairailta esiintyy ja millaisissa tilanteissa ne aiheutuvat. Selvitettävänä oli myös, millaisia tuntemuksia aggressiivinen käytös hoitajille aiheuttaa ja uskaltavatko hoitajat puhua tuntemuksistaan ääneen. Tarkoituksena on myös saada tietoa, millaista tukea hoitajat kaipaavat – ja millaista tukea he ovat jo saaneet. Tavoitteena taas oli tuottaa tietoa muistisairaana aggressiivisen käytöksen ilmenemisestä ja vaikutuksista hoitajiin sekä kartoittaa mahdollisia tuen tarpeita sekä keinoja tuen antamiseen. Tässä osiossa käydäänkin läpi tutkimuksen pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä. Lisäksi pohditaan tutkijan omaa oppimista, tutkimusetiikkaa sekä tutkimuksen luotettavuutta. Lopussa esitetään myös mahdollisia jatkotutkimusaiheita.

8.1 Johtopäätökset

Jokainen kyselyyn vastannut hoitaja oli kokenut aggressiivista käytöstä muistisairaana toimesta. Tämä tukee Suontaka-Jamalaisen (2011) näkemystä siitä, että aggressiivisuus kuuluu tyypillisesti muistisairauden käytösoireisiin. Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (2018) selvisi, että jopa 80 % laitoshoidossa työskentelevistä hoitajista oli kokenut väkivaltaa viimeisen vuoden aikana. Ei siis ihme, että myös tämän tutkimuksen tulos oli yhdensuuntainen. Hoitajat kertoivat aggressiivisuuden ilmenneen sekä fyysisesti että verbaalisesti. Suuremmaksi osaksi aggressiivisuuden kerrottiin kuitenkin esiintyvän fyysisessä muodossa, joka on ristiriidassa Alasen ym. (2006) kanssa, sillä heidän mukaan verbaalinen aggressiivisuus on fyysistä yleisempää.

Kaikki vastaukset huomioon ottaen, yleisimmät aggressiivisuuden esiintymismuodot olivat huitominen ja kiinni tarttuminen. Niitä tiesi tapahtuneen jokainen kyselyyn vastannut hoitaja. Hyvin yleistä oli ollut myös huutaminen, nimittely, potkiminen sekä raapiminen. Melko yleiseksi aggressiivisuuden ilmenemismuodoksi mainittiin pureminen, päälle sylkeminen sekä tavaroiden

heittäly. Tutkimustulosteni yleisimmät aggressiivisuuden ilmenemismuodot olivat paljolti samoja, joita myös Vataja (n.d) luettelee esimerkkeinä aggressiivisuuden ilmenemisestä muistisairailta.

Kuten Sulkava (1999, 22) toteaakin, muistisairaahan aggressio voi olla kytköksissä esimerkiksi vain tietynkaltaisiin tilanteisiin. Hoitajat luokittelivat muistisairaahan aggressiivisuuden ilmenevän sekä fyysisissä että psyykkisissä tilanteissa. Suurin osa aggressiivisuutta laukaisevista tekijöistä oli kuitenkin fyysisiä tilanteita. Fyysiset tilanteet liittyivät hoitotoimenpiteisiin, asukkaan toiminnan rajoittamiseen, peseytymiseen, pukeutumiseen sekä suihkussa käymiseen. Myös Käypä hoito -suosituksissa 2016 kerrotaan, että esimerkiksi peseytymisissä potilas saattaa kokea tilanteen ahdistavaksi, loukkaavaksi, tai häkellyttäväksi, joka saattaa johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Tämä osoittautui hyvinkin todeksi tutkimustuloksia tulkitessani. Psyykkisiä aggressiivisuuden aiheuttajia olivat psyykkisen läsnäolon ja ymmärryksen vaje sekä kateus. Tämänkaltaisille aggressiivisuuden aiheuttajille ei löytynyt pohjaa hankitusta teoriasta.

Suontaka-Jamalaisen Pro gradu -tutkielmassa (2011, 30) todettiin, että aggressiivinen käytös aiheuttaa stressiä ympäristölleen. Ei siis ihme, että ärsyyntymistä oli kokenut yli puolet tutkimukseen osallistuneista ja turhautumista puolet osallistuneista. Hieman alle puolet kertoivat tunteneensa hämmennystä tai huvittuneisuutta. Huomionarvoista oli, että hämmennys, epävarmuus ja hermostuminen oli hieman yleisempää vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla kuin enemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla. Selkeästi yleisempää vähemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla näytti olevan huvittuneisuus ja turhautuminen. Vastaavasti enemmän työkokemusta omaavilla hoitajilla esiintyi vähemmän työkokemusta omaavia hoitajia enemmän ärsyyntymistä muistisairaahan käyttäytyessä aggressiivisesti. Vain kaksi vastanneista kertoi, ettei muistisairaahan aggressiivinen käytös aiheuttanut vastaajassa minkäänlaisia tuntemuksia.

Hoitajat kokivat saaneensa tukea muistisairaahan aggressiivisuuden kohtaamiseen sekä henkisellä että konkreettisella tasolla, mutta osa oli myös sitä mieltä, ettei

tukea oltu saatu ollenkaan. Saadun tuen kerrottiin muodostuneen suurimmaksi osaksi keskustelusta ja ymmärryksestä työkavereiden kesken. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2018) muistuttaakin, että toimivalla tiimityöllä on vaikutusta hoitajien väkivallan kokemiseen työyksikössä. Vastaajat, jotka kokivat, ettei tukea oltu saatu ollenkaan, kokivat myös, että hoitajia oli syyllistetty sekä heidän tunteuksiaan vähätelty. Koponen & Saarela (2010, 490) painottavatkin, että olisi tärkeää, jotta välitöntä hoitotyötä tekevien työtä aidosti arvostettaisiin.

Koponen & Saarela (2010, 490) ovat sitä mieltä, että hoitajat, jotka työskentelevät käytösoireisten potilaiden kanssa, tarvitsevat paljon tukea jaksakseen työssään muistisairaiden parissa. Lähes kaikki tutkimukseen vastanneet ilmoittivat kaipaavansa nykyistä enemmän tukea aggressiivisen muistisairaahan kohtaamiseen. Ainoastaan yksi vastaajista oli sitä mieltä, ettei tuen lisääminen missään muodossa ollut tarpeen.

8.2 Oppimisprosessi

Kokonaisuutta ajatellen, opinnäytetyöprosessi sujui ongelmitta ja sujuvasti. Tutkija oppi prosessin aikana paljon kvalitatiivisen tutkimuksen perusteista sekä miten tutkimusta tehdään ja toteutetaan. Tutkimussuunnitelmaa tehdessä koko opinnäytetyön prosessi avautui uudella lailla ja tutkija ymmärsi paremmin, mitä lopputuloksen pitäisi olla. Toteutettu tutkimus oli tutkijan ensimmäinen. Onneksi kuitenkin opintojen tutkimuskurssit antoivat hyvän perehdytyksen tutkimuksen tekoon. Opinnäytetyön prosessin aikana oppi myös yhteistyötaitoja, sillä yhteistyötä tuli projektin aikana tehdä useammankin tahon kanssa, kuten opinnäytetyön tilanneen yksikön sekä opinnäytetyön ohjaajan kanssa.

Aiheen valinta tuntui luontevalta ja onnistuneelta koko prosessin ajan. Siitä oli mielekästä sekä etsiä tietoa että tulkita tutkimustuloksia. Kirjoittaminen itsessään tuntui heti alussa luontevalta, mutta lähteiden etsimisen ja lähteiden merkitsemisen kanssa kului aikaa. Nämäkin kuitenkin kehittyivät tutkimusprosessin edetessä, vaikkakin tutkija huomasi, miten nopeasti

lähdemerkintäsäännöt olivat unohtuneet jo esimerkiksi viikon kirjoitustauon jälkeen. Lähdeluettelon kanssa hankaluuksia oli eniten.

Tutkimusta tehdessä vahvistui onnistunut päätös siitä, että oli kannattavaa tehdä opinnäytetyö yksin. Yksin tekemällä sai tehdä työtä silloin kun aikaa oli. Toisinaan aikaa löytyi päivällä, toisinaan yöllä. Mikäli opinnäytetyön teossa olisi ollut mukana pari, olisi yhteisen ajan löytämisessä varmasti ollut vaikeuksia. Kun on tottunut tekemään asiat omalla tavallaan, olisi luultavasti ollut myös vaikeuksia sopeuttaa yhteen kahden ihmisen kirjoittamaa tekstiä. Toisen kirjoittama teksti ei olisi luultavasti ollut sitä mitä haetaan. Kun työ tehdään yksin, on etuna myös se, että työn lopullinen arvosana on juuri oman tasoinen.

Tutkimussuunnitelman laatiminen vei yllättävän vähän aikaa keväällä 2018. Hyvinkin nopeasti päästiin toteuttamaan itse tutkimusta ja keräämään tietoa kyselylomakkein. Kesällä tutkimuksen teossa oli tauko aineistonkeruuta lukuun ottamatta. Opinnäytetyöprosessia aloitettaessa tavoitteeksi asetettiin, että tutkimus olisi valmis keväällä 2019. Syksyn 2018 koittaessa, huomattiin työn valmistuvan kuitenkin nopeampaan tahtiin kuin alun perin oli suunniteltu ja työ valmistuikin ennen joulua.

8.3 Tutkimusetiikka ja tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusta tehdessä tulisi noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (Hirsjärvi ym. 2007, 23–24). Tätä ohjetta tutkimuksen tekijä pyrki noudattamaan tehdessään tutkimusta. Tulokset kirjattiin kuten ne olivat, niitä ei muutettu eikä vääristetty. Jokainen vastaus käytiin huolellisesti läpi ja sieltä poimittiin tutkimuskysymysten kannalta olennainen tieto. Hirsjärven ym. (2007, 25) mukaan tutkimuksen teossa tutkittavien itsemääräämisoikeuden huomioiminen on yksi tärkeimmistä lähtökohdista. Siitä pidettiin kiinni myös tässä tutkimuksessa. Ketään ei pakotettu tai lahjottu vastaamaan, vaan vastaaminen oli täysin vapaaehtoista eikä vastaaja hyötynyt siitä

mitenkään. Vapaaehtoisuus tuotiin esille jo saatekirjeessä (Liite 1), joka oli luettavissa ennen kyselylomakkeen tarkastelua.

Yksityisyyden suojelemiseksi on tärkeää, ettei tutkimustietoja luovuteta tutkimusprosessiin kuulumattomille (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176, 179). Tämä oli alusta asti ehdoton sääntö, joka toteutui myös ehdoitta. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljettuun laatikoon, jonka varmisti tutkija itse. Aineistonkeruun jälkeen tutkija huolehti, ettei kyselylomakkeita nähty kukaan muu kuin tutkija itse. Tutkija kuljetti ne henkilökohtaisesti kotiinsa ja säilytti muilta saamattomissa niin kauan, kunnes tutkimustulokset oli saatu kirjattua ylös. Tämän jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

Tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia tarkastelemalla voidaan arvioida tutkimuksen luotettavuutta. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, ovatko saadut vastaukset olleet sellaisia kuin oli tarkoitus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tässä tutkimuksessa validiteetti toteutui hyvin. Saadut vastaukset oli tarkoituksen mukaisia ja niistä saatiin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009, 152) mukaan reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten pysyvyyttä, jolla pyritään saamaan ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettia voidaan arvioida käyttämällä sitä eri aineistoissa. Tulosten ollessa samansuuntaisia, reliabiliteetin voidaan ajatella toteutuneen. Reliabiliteetti toteutui tässä tutkimuksessa osittain. Saadut tutkimustulokset olivat pääasiassa samansuuntaisia, kuin aiemmin tehtyjen tutkimusten tulokset sekä teoria, jota aiheesta oli kirjoitettu. Osittain kuitenkin nousi esille myös eroavaisuuksia, kuten esimerkiksi fyysisen ja verbaalisen aggressiivisuuden osuus kaikesta aggressiivisuudesta. Tutkimuksen otos oli kuitenkin melko pieni, joka heikentää reliabiliteetin toteutumista.

Ulkoisella validiteetilla viitataan siihen, miten hyvin tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2009, 80, 152). Tässä tutkimuksessa ulkoinen validiteetti ei toteudu juurikaan tutkimuksen pienen otoksen vuoksi. Vastauksia saatiin sen verran vähän, ettei tutkimustuloksia juurikaan voida yleistää perusjoukkoon. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, että asetettu mittari mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoitettu mittaavan (KAMK 2016). Tässä tutkimuksessa asetettu mittari oli kyselylomake, joka antoi hyvin vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kyselylomaketta laatiessa yritettiin se pitää mahdollisimman yksinkertaisena ja helppona vastata. Vastaamisen helppoutta tavoiteltaessa täysin avoimia kysymyksiä asetettiin vain neljä. Täysin avoimet kysymykset koettiin kuitenkin tarpeellisiksi, sillä tutkimuksessa haluttiin myös saada täysin vastaajälhtöistä materiaalia, joka ei perustu annettuihin vaihtoehtoihin. Kyselylomake esi-testattiin ennen aineistonkeruuta alalle kuuluvalla henkilöllä, joka ei kuitenkaan työskennellyt kyseisessä yksikössä. Esitestauksessa ei havaittu ongelmia. Kyselylomakkeita läpikäydessä huomattiin kuitenkin, etteivät kaikki olleet jaksaneet vastata täysin avoimiin kysymyksiin.

8.4 Jatkotutkimusaiheita

Yksi jatkotutkimusaihe voisi olla vastaava tutkimus, joka kattaisi koko Vaasan alueen palveluasumisen yksiköt. Olisi mielenkiintoista saada tietoa, millaisia tuloksia saataisiin huomattavasti suuremmalla otannalla – nimenomaan Vaasan alueelta. Laajempaa tutkimusta toteuttavan olisi mielenkiintoista päästä myös vertailemaan, olisivatko tämän tutkimuksen tulokset yhteneväisiä koko Vaasan laajuisen tutkimuksen tuloksiin. Kattavamman tutkimuksen jälkeen pystyttäisiin myös arvioimaan sitä, onko yhtä yksikköä koskevan tutkimuksen tulokset millään lailla yleistettävissä perusjoukkoon.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös laajemmalla otannalla toteutettu tutkimus mies- ja naishoitajien välisistä eroista muistisairaana aggressiivisuuden kohtaamisessa ja siitä aiheutuviissa tuntemuksissa. Toisaalta myös se, millaisia fyysisiä haittoja tai vammoja muistisairaana aggressiivinen kohtaaminen on

hoitajille aiheuttanut, olisi mielenkiintoista saada selville. Tämä tutkimus keskittyi nimenomaan hoitajien psyykkisiin tuntemuksiin.

LÄHTEET

Alanen H-M, Santala M, Leinonen E. 2006. Psykoosilääkkeet dementiapotilaan käyttösoireiden hoidossa – hyötyä vai haittaa? Suomen lääkärilehti 61, 35, 3459.

Atula, S. Vaskulaarinen dementia. Viitattu 11.9.2018. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Edu.fi. Psykologian käsitteitä. Viitattu 9.4.2018.

www.edu.fi/download/118525_psykologian_kasitteita.pdf

Erkinjutti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Muistisairaudet, 86-90. Toim. Erkinjutti T, Rinne J, Soininen H. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Erkinjutti T. 2010. Yleiset syyryhmät. Teoksessa Muistisairaudet, 74-75. Toim. Erkinjutti T, Rinne J, Soininen H. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Erkinjutti T, Huovinen M. 2008. Kun muisti pettää. Muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet. 3. uudistettu painos. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Haapala P, Burakoff K & Martikainen K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia. Viitattu 2.11.2018.

<http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/27/3/tietoisu.pdf>

Hiltunen L. Graduaineiston analysointi. Viitattu 14.4.2018. Jyväskylän yliopisto. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/aineiston_analysointi2.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Huttunen, M. 2017. Dementia. Viitattu 11.9.2018. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358

Josefsson K., Sinervo T., Vehko T. Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa? Tutkimuksesta tiiviisti 9, huhtikuu 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Kamk.fi. Opinnäytetyöpankki. Luotettavuus. Viitattu 21.11.2018.

https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimat_eriaali/Luotettavuus

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

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. 2009, 176–179. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Koivisto A. 2018. Onnistunut muistisairauden lääkehoito - yksilöllinen suunnitelma ja säännöllinen seuranta. Viitattu 2.11.2018.
http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Koivisto_Onnistunut%20muistisairauden%20lkehoito.pdf

Koponen H, Saarela T. 2010. Hoitoympäristö. Teoksessa Muistisairaudet, 490. Toim. Erkinjuttu T, Rinne J, Soininen H. Helsinki. Kustannus oy Duodecim.

Latvala E & Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 23-29. Toim. Janhonen S & Nikkonen M. Helsingin. Werner Söderström Osakeyhtiö.

Margari F, Sicolo M, Spinelli L, Mastroianni F, Pastore A, Craig F, Petruzzelli M. 2012. Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. Viitattu 18.4.2018. Teoksessa Neuropsychiatr Disease and Treatment. <http://europepmc.org/articles/PMC3415308>

Muistiliitto.fi. Muistisairaudet. 2017. Viitattu 12.9. 2018
<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>

Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2018. Viitattu 9.4.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito -suositus. Koponen H & Vataja R. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2016. Viitattu 2.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00524>

Mäkelä M. 2018. Muistisairaudet ja lääkehoito. Viitattu 2.11.2018.
<https://www.laakehoidonturva.fi/muistisairaudet/>

Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Käypä hoito -suositus. Muistisairauksien Käypä hoito -työryhmä. Suomalainen lääkäri-seura Duodecim, 2016. Viitattu 24.4.2018.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044>

Rytkönen M. Älä riko hoitajaasi -työsuojelun teemaseminaari. 2018.
<https://www.youtube.com/watch?v=2oFAG6GEuds>

Saarnio R. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Memo -lehti. Suomen muistiasiantuntijat. Viitattu 2.11.2018.

<http://www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=150&issue=2010-01&lang=fi>

Saarnio R, Isola A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. *Gerontologia* 24, 4, 323, 331-332.

Shahrzad Y, Farkhondeh S, Mohammad H, Masood F & Peyman P. 2013. Living with and Caring for Patients with Alzheimer's Disease in Nursing Homes. *Journal of Caring Sciences*. Viitattu 2.11.2018.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4134156/>

Sulkava R, Viramo P & Eloniemi-Sulkava U. 1999. Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Espoo. Janssen-Cilag Oy.
<http://www.muistiasiantuntijat.fi/media-files/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf>

Suontaka-Jamalainen K. 2011. Muistisairaana käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Pro gradu -tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto.

Terve.fi. Lääketieteen sanasto. Viitattu 9.4.2018.
<http://www.terve.fi/laaketieteen-sanasto/?search=aggressiivisuus>

Terve.fi. Alzheimer-lääkitys pitää osata myös lopettaa tarvittaessa, sanoo lääkäri. Viitattu 2.11.2018.
<https://www.terve.fi/artikkelit/84198-alzheimer-laakitys-pitaa-osata-myo-lopettaa-tarvittaessa-sanoo-laakari>

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Muistisairaudet. 2018. Viitattu 16.4.2018
<https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Tunteva -toimintamallin perusteet. Viitattu 21.11.2018.
<https://www.koulutus.fi/koulutukset/stadin-ammatti-ja-aikuisopisto/tunteva-toimintamallin-perusteet-513091>

Juva K. 2018. Muistihäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.9.2018.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706

Vataja R. 2014. Muistisairaana käyttäytymisen muutosten kirjo. Teoksessa Muistisairaana kuntouttava hoito 49. Toim. Hallikainen M, Mönkäre R, Nukari T. & Forder, M. Helsinki. Duodecim.

LIITE 1

Hei!

Olen sairaanhoitajaopiskelija Vaasan ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä aiheesta ”Muistisairaudesta johtuvan aggressiivisuuden kohtaaminen ja vaikutuksen hoitajaan”.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaisia psyykkisiä tunteita hoitajille aiheutuu aggressiivisen muistisairaahan hoitamisesta. Tarkoituksena on myös selvittää, uskalletaanko mahdollisista tunteista puhua ääneen työyhteisössä. Tutkimuksella selvitetään myös, millaista tukea hoitajat tarvitsisivat, jotta jaksaisivat paremmin muistisairaahan aggressiivisen käytöksen kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, mutta olisin erittäin kiitollinen mikäli mahdollisimman moni kyselyyn vastaisi!

Vastaamisen saa suorittaa työaikana yksikönjohtajan luvalla. Kyselylomakkeet palautetaan niille tarkoitettuun suljettuun laatikkoon, jotta taataan täysi anonymiteetti. Kysely on vapaaehtoinen ja sen voi halutessaan keskeyttää koska tahansa. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja kyselylomakkeet pysyvät salassa koko tutkimusprosessin ajan. Vain tutkija näkee vastauslomakkeet ja hän hävittää ne aineistonkeruun ja analysoinnin jälkeen.

Valmis opinnäytetyö julkaistaan ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöpankissa Theseuksessa. Otan mielelläni vastaan mahdolliset kysymykset joko henkilökohtaisesti tai sähköpostitse.

Kiitos vaivannäöstäsi!

Terveisin Jutta Reinman

Opinnäytetyön ohjaava opettaja on Suvi Kallio

LIITE 2

Vastausohjeet: Valmiista vastausvaihtoehdoista valitse vähintään yksi, voit valita myös useamman vaihtoehdon. Huom. Vastauksissa voit hyödyntää myös aiempaa kokemusta, mikäli sellaista löytyy esimerkiksi edesmenneestä asukkaasta tai aiemmasta työpaikasta.

1. Vastaajan ikä

alle 30 / 30-60 / yli 60

2. Vastaajan työkokemus alalta vuosina

alle 5 / 5-10 / yli 10

3. Onko sinuun kohdistunut aggressiivista (sanallista tai fyysistä) käytöstä muistisairaana toimesta?

kyllä / ei

4. Millaista aggressiivista käytöstä sinuun on kohdistunut muistisairaana toimesta?

nimittelyä / huutamista / huitomista / potkimista / raapimista / puremista / sylkemistä / kiinni tarttumista / tavaroiden heittelyä / jotain muuta, mitä?

.....

5. Millaisia tuntemuksia sinuun kohdistunut aggressiivinen käytös on sinussa aiheuttanut?

hämmentystä / epävarmuutta / pelkoa / turhautumista / ärsyyntymistä / hermostumista / huvittuneisuutta / jotain muuta, mitä?

.....

6. Palauta mieleesi tilanne, jossa olet kokenut aggressiivista käytöstä muistisairaana toimesta. Kuvaile omin sanoin millaisesta tilanteesta oli kyse, sekä miten itse reagoit tapahtuneeseen.

.....

7. Oletko joskus kokenut, että haluaisit jättää menemättä tietyn asukkaan huoneeseen, koska huoneessa saattaa olla vastassa aggressiivisesti käyttäytyvä muistisairas?

kyllä, usein / joskus / en koskaan

8. Oletko kokenut tarvetta puhua työkavereillesi psyykkisistä tuntemuksistasi koskien aggressiivisen muistisairaahan kohtaamista?

kyllä / en

9. Mikäli olet puhunut psyykkisistä tuntemuksistasi ääneen, miten siihen on reagoitu? Koetko, että sinua on kuunneltu ja että sinua on ymmärretty? Onko tuntemuksesi sivuutettu?

.....

10. Onko sinun tietääksesi johonkin toiseen työntekijään kohdistunut aggressiivista käytöstä muistisairaahan toimesta?

kyllä / ei

11. Miten muistisairaahan aggressiivinen käytös on tietääksesi ilmennyt toisille työntekijöille?

nimittelynä / huutamisena / huitomisena / potkimisena / raapimisena / puremisena / sylkemisenä / kiinni tarttumisenä / tavaroiden heitteilynä / jotenkin muuten, miten?

.....

12. Oletko kuullut muiden hoitajien puhuvan avoimesti ääneen omista psyykkisistä tuntemuksistaan liittyen aggressiivisen muistisairaahan kohtaamiseen?

kyllä / en

13. Millaista tukea toivoisitte muistisairaahan aggressiivisen käytöksen kohtaamiseen?

.....

14. Millaista tukea olette nykyisessä työyhteisössänne saaneet aggressiivisen muistisairaahan kohtaamiseen?

.....

Kiitos vaivannäöstäsi ja vastauksestasi!

LIITE 3

Esimerkki sisällönanalyysistä koskien tilanteita, joissa aggressiivista käyttäytymistä muistisairaalla on ilmennyt (kysymys numero 6).

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
-Päivittäiset toiminnot	Jokapäiväiset toiminnot		Tilanteet, joissa muistisairaalla aggressiivisuus on ilmennyt
-Jokapäiväiset asiat		Fyysiset tilanteet	
-Jokainen työvuoro			
	Peseytyminen ja pukeutuminen		
-Suihkutustilanteet			
-Pesut			
-Kuivittelu			
-Peseytyminen			
-Pukeutuminen			
-Hoitotoimenpide	Asukkaaseen kohdistuva toimenpide		
-Toiminnan rajoittaminen	Toiminnan rajoittaminen		
-Kateus huomiosta	Kateus	Psyykkiset tilanteet	
-Toisena henkilönä pitäminen			

	Psyykkisen läsnäolon tai ymmärryksen vaje		
-Tapahtuman ymmärtämättömyys			