



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Minna Lepistö

Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdattaessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Vanhustyön ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Opinnäytetyö

27.8 2021

Tekijä Otsikko	Minna Lepistö Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire
Sivumäärä Aika	49 sivua + 9 liitettä 27.8.2021
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Tutkinto-ohjelma	Vanhustyön ylempi AMK
Ohjaaja	Yliopettaja Kaija Matinheikki-Kokko
<p>Suomen väestön ikääntymisen myötä myös muistisairaukset lisääntyvät. Muistisairauksista on tullut kansantauti, joka koskettaa sairastunutta itseään sekä hänen omaisiaan. Muistisairaus vaikuttaa heikentävästi kognitiivisiin taitoihin ja saattaa aiheuttaa myös käytösoireita, jotka voivat viedä lopulta laitoshoitoon. Muistisairauden aiheuttamia käytösoireita on tutkimuksien mukaan rauhoitettu usein lääkkeellisesti. Suomessa tilastojen mukaan, käytetään paljon rauhoittavia lääkkeitä muistisairaiden hoidossa. Muistisairaiden hoitoa on kehitetty, ja hyvään hoitoon kuuluvat lääkkeettömät hoitotyön keinot sekä muistisairauden hoitoon tarkoitettut lääkkeet.</p> <p>Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli kerätä tietoa ryhmäkodissa tapahtuvaa muistisairauden aiheuttaman käytösoireen kohtaamista lääkkeettömin hoitotyön keinoin. Opinnäytetyön haastatteluun osallistuneet hoitajat työskentelivät muistisairaiden kanssa ja kaikilla oli erilaisia kokemuksia muistisairaudesta johtuvista käytösoireista. Hoitajia haasteltiin yksilöllisesti teemahaastattelun mukaisesti. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Yhteistyötahona toimi Helsingissä sijaitseva Omakotisäätiö, jossa on viisi muistisairaille kohdennettua ryhmäkotia, käsittäen yhteensä 75 asukaspaikkaa.</p> <p>Tutkimusosion tuloksena ilmeni, kuinka hoitajat käyttivät erilaisia lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ryhmäkodissa, muistisairaana kohtauksissa ja haastavien tilanteiden rauhoittamisissa. Työnantajan tarjoamat erilaiset vuorovaikutukseen keskittyvät koulutukset antoivat motivaatiota hoitajille työssään ja antoivat hoitajille tukea hoitokäytäntöihin. Hoitajat saivat myös työnantajalta tukea työlleen käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdatessaan muistisairaana, jolla on haastava käytösoire.</p> <p>Koulutuksien vaikutuksena oli myös hoitokulttuurin muuttuminen ryhmäkodissa. Lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttö lisääntyi ja lääkkeellisen rauhoittamisen käyttö vähentyi. Rauhoittavien lääkkeiden vähentämisellä oli vaikutusta asukkaan toimintakyvyn säilymiseen sekä hyvinvointiin ja se lisäsi hoitajien motivaatiota käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja.</p> <p>Hoitotyön kehittämisessä koulutuksilla on suurta merkitystä. Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja pitäisi sisällyttää enemmän hoitajien koulutukseen ja täydennyskoulutuksia kannattaa suosia motivoitaessa ja sitouttaessa hoitohenkilökuntaa.</p>	
Avainsanat	Muistisairaus, käytösoire, lääkkeetön hoitotyön keino, vuorovaikutus, hoitohenkilökunta.

Author(s) Title	Minna Lepistö Nurses' experiences of using non-drug nursing care in the face of a memory disorder with a challenging behavioral symptom
Number of Pages Date	49 pages + 9 appendices 27 August 2021
Degree	Nurse university of applied sciences
Degree Programme	Master's Degree Programme in Human Ageing and Services
Instructor	Kaija Matinheikki-Kokko, Principal Lecturer
<p>As the Finnish population ages, memory disorders also increase. Memory disorders have become a common disease that affects the affected person as well as his or her relatives. Memory disease impairs cognitive skills and may also cause behavioral symptoms that can eventually lead to institutional care. According to research, behavioral symptoms caused by memory disease have often been sedated with medication. According to statistics in Finland, a lot of sedatives are used to treat memory disorders. The treatment of memory disorders has been developed, and good care includes non-drug means of nursing as well as drugs for the treatment of memory disorders.</p> <p>The purpose of this qualitative thesis was to gather information about the encounter of a behavioral symptom caused by a memory disorder in a group home by non-drug means of nursing. The nurses who participated in the thesis interview worked with memory patients and all had different experiences of behavioral symptoms due to memory disease. Caregivers were interviewed individually according to the thematic interview. The material obtained from the interviews was analyzed by content analysis. The co-operation partner in Helsinki is the Detached Foundation, which has a total of 75 residences, including a group home for people with memory problems.</p> <p>The result of the research section revealed how nurses used different non-drug means of nursing in a group home, in encounters with a memory disorder, and in calming challenging situations. The various interaction-focused trainings provided by the employer provided motivation to caregivers in their work and provided caregivers with support for everyday care practices. Nurses also received support from their employer for their work to use non-drug nursing tools when confronted with a memory disorder with a challenging behavioral symptom.</p> <p>The training also had the effect of changing the care culture in the group home. The use of non-drug treatment options increased and the use of drug sedation decreased. Reducing sedatives had an impact on a resident's ability to function as well as well-being and increased caregivers' motivation to use non-drug nursing tools.</p> <p>Training plays a major role in the development of nursing. Non-drug nursing means and should include more nursing training and in-service training should be favored in motivating and engaging nursing staff.</p>	
Keywords	Memory disease, behavioral symptom, non-drug means of nursing, interaction, nursing staff.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoite	2
3	Teoreettiset lähtökohdat	3
3.1	Muistisairaahan hoito pitkäaikaishoidossa	4
3.2	Muistisairaus	5
3.3	Käyttöoire	5
3.3.1	Lääkkeetön hoito	7
3.3.2	Lääkkeellinen hoito	8
3.4	Hoitohenkilökunta	10
3.4.1	Itsemääräämisoikeus	11
3.4.2	Vuorovaikutus	11
4	Opinnäytetyön toteutus	12
4.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	12
4.2	Yhteistyötaho	13
4.3	Aineiston keruu	13
4.4	Aineiston analyysi	14
5	Tulokset	16
5.1	Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä muistisairaahan haastavien käyttöoireiden kohtaamisissa	17
5.1.1	Lääkkeettömät hoitotyön keinot ryhmäkodissa	17
5.1.2	Muistisairaudesta johtuvia haastavia tilanteita ryhmäkodissa	22
5.1.3	Lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutukset	24
5.1.4	Arjen sujuvuus ryhmäkodissa	26
5.2	Onnistumiset motivoivat hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja	28
5.3	Hoitajan kokemus tuen saamisesta lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytössä	29
6	Johtopäätökset	32
6.1	Tulosten tarkastelu	34
7	Pohdinta	40
7.1	Eettisyys	42
7.2	Luotettavuus	43

7.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	44
Lähteet	45
Liitteet	
Liite 1. Teemahaastattelurunko	
Liite 2. Tutkittavan informointilomake	

1 Johdanto

Celsus (noin 14–37 jKr) oli roomalainen lääketieteen historioitsija, joka käytti ensimmäisenä ammattisanaa dementia, joka koostuu latinan kielen kahdesta sanasta de = pois, mens = mieli (Haltia 2015: 24; Vataja 2010: 23). Dementia-sanaa on käytetty yleisesti kuvaamaan muistisairauksia, mutta 2000-luvulla on alettu käyttämään dementianimityksen sijasta muistisairauksien tautinimityksiä (Hallikainen & Mönkäre 2014: 17).

Etenevät muistisairaudet ovat Suomessa suuri haaste taloudellisesti sekä kansanterveydellisesti. Vuosittain todetaan noin 14 500 uutta muistisairautta, joista yleisempiä eteneviä muistisairauksia on Alzheimerin tauti, erilaiset vaskulaariset aivosairaudet, Lewyn kappaletauti, Frontotemporaalinen dementia, alkoholidementia sekä Parkinsonin dementia. Dementia on oireyhtymä, johon kuuluvat muistihäiriön lisäksi kielellinen häiriö, toiminnanohjauksen ongelma, hahmotushäiriö sekä kätevyuden häiriö. (Muistiliitto 2017.)

BPSD (*behavioral and psychological symptoms of dementia*) tarkoittaa käytösoireita, joihin Suomessa luetaan dementoituneen ihmisen havainnoitavat käyttäytymisen muutokset sekä psykologiset oireet, joiden taustalla on yleensä useita eri syitä (Sulkava 2010: 133). Muistisairautta sairastavan käytösoireena voi esiintyä esimerkiksi moninaisia syömishäiriöitä, levottomuutta ja vaeltelua, jotka voivat lisääntyä iltaa kohden, erilaisia uni-häiriöitä, fyysistä ja verbaalista aggressiivisuutta, persoonallisuuden muuttumista, psyykoottisia oireita, estotonta käyttäytymistä, masennusta sekä ahdistuneisuutta. Apatia eli alakuloisuus on yleistä muistisairaudessa, jota ei saa sekoittaa masennukseen. (Erkinjuntti & Alhainen & Rinne & Huovinen 2006: 127—132; Vataja 2010: 18, 91—95; Sulkava 2010: 133.)

Kirjallisuuden perusteella lääkkeettömiä hoitotyön keinoja on, esimerkiksi Yhdysvalloissa kehitetty Validaatiotekniikka (Feil. 1993: 5), josta Suomessa on sovellettu ja kehitetty TunteVa-menetelmä muistisairaahan henkilön kohtaamiseen perustuen vuorovaikutustaitoihin (Pohjavirta, Sipola & Lumijärvi 2002: 1). Suomalainen yritys Memocate on kehittänyt vuorovaikutustaitoja, kuinka kohdata muistisairas. Yritys tarjoaa koulutusta, jossa harjoitellaan vuorovaikutusta, sanallista tai sanatonta. (Hirvonen 2019.) Namaste Care on palvelumuoto, jossa hoitaja kohtaa kiireettömästi rauhallisessa ympäristössä muistisairaahan ikäihmisen keskittyen vuorovaikutukseen ja kosketukseen (Namaste Care

Quality of life until the end of life. n.d.). Namaste Care on kehitetty vuonna 2003 keskivaikean muistisairaahan hoivan tueksi Amerikassa. Kinestetiikka on auttava toimintamalli, joka perustuu keholliseen vuorovaikutukseen. Tällä voidaan tukea turvallisuuden tunnetta, kun muistisairas kokee pystyvänsä liikkeeseen (Hantikainen & Lappalainen 2015: 5–6). Englannissa on kehitetty 1990-luvulla Management of Actual or potential Aggression, joka lyhennetään MAPA. Suomeksi se tarkoittaa haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyä sekä hallintaa ja sitä voidaan soveltaa muistisairaiden hoitotyössä työkaluna hoitohenkilökunnalle. Mapa-koulutuksella voidaan lisätä hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitoja ja uhkaavien tilanteiden ennakointia haastavien ja aggressiivisten henkilöiden kohtaamisessa. (Suomen mapa® keskus. n.d.)

Laadullinen tutkimus, jossa pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä, soveltuu hoitotyön tutkimukseen hyvin. Teemahaastattelussa kerätty tieto on sidoksissa tutkimusyhteisöön, josta se on hankittu. (Kylmä & Juvakka 2017: 79.) Yhteistyötahona toimii Omakotisäätiö, joka sijaitsee pääkaupunkiseudulla. Omakotisäätiöllä on ryhmäkoteja, joista viidessä tarjotaan muistisairaille pitkäaikaisasumista ja hoivaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä kohdatessa muistisairaita, joilla on haastavia käytösoireita. Millaisia lääkkeettömiä hoitotyön keinoja henkilökunta käyttää ja miten ne vaikuttavat muistisairaahan ikäihmisen rauhoittumiseen? Onko henkilökunnalla aikaa käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja muistisairaahan rauhoittamisessa? Aihe on tärkeä, jotta muistisairaiden haastavien käytösoiretilanteiden kohtaamista lääkkeettömin hoitotyön keinoin voidaan helpottaa tiedolla. Tutkimuskysymys on, millaisilla lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla hoitaja kohtaa muistisairaahan, jolla on haastava käytösoire.

2 Tutkimuksellisen opinnäytetyön tavoite

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa hoitohenkilökunnan kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä muistisairaahan haastavissa käytösoiretilanteissa. Lisäksi tavoitteena on kerätä hoitajien kokemuksia kohdata muistisairas, jolla on haastava käytösoire, ja käytösoireen rauhoittamisesta lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä tietoa, kuinka hoitohenkilökunta voi kohdata lääkkeettömällä hoitotyön keinolla muistisairaahan, jolla on haastava käytösoire, sekä lisätä tietoa lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä haastavissa hoitotilanteissa.

Opinnäytetyön tavoitteena on muistisairaiden ikäihmisten hoivassa tiedon jakaminen ympärivuorokautisessa hoivayksiköissä antamalla hoitohenkilökunnalle ymmärrystä ja toimintatapoja kohdata muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Tavoitteena on kerätä tietoa ja kokemuksia ryhmäkodin hoitohenkilökunnalta.

Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisia lääkkeettömiä hoitotyön keinoja henkilökunta käyttää kohdatessaan muistisairaana, jolla on haastava käytösoire ja millaisia muistisairauden käytösoireista johtuvia haastavia tilanteita hoitajat kohtaavat?
2. Millaisia vaikutuksia hoitajat ovat havainneet lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttämisestä haastavan käytösoireen kohtaamisessa ja millaisia hoitotyön keinoja hoitajat käyttävät ryhmäkodin sujuvassa arjessa?
3. Mikä motivoi hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ja millaista tukea hoitajat ovat kokeneet saaneensa käyttäessään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja?

3 Teoreettiset lähtökohdat

Haku teoreettisista taustoista on tehty vuosilta 2000-2020 seuraavista kotimaisista sekä ulkomaisista tietokannoista: Google Scholar -tietokannasta erilaisilla dementia-treatment ja non-pharmacological sanoilla. PudMed-tietokannasta non-pharmacol' OR no-pharmacol'. Hakusanoina käytin termejä muistisairaus, käytösoireet, käytöshäiriö, kohtaaminen, lääkkeettömät hoitotyön keinot.

Suomalaista empiiristä tutkimusta muistisairaana haastavan käytösoireen kohtaamisesta lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla ei löytynyt, vaikka useisiin tietokantoihin tehtiin erilaisilla hakusanoilla hakuja. Sen sijaan Google Scholar -tietokannasta löytyi teoreettiseen taustaan tieteellistä materiaalia, esimerkiksi Iso-Britanniassa vuonna 2016 oli tutkittu lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutuksia muistisairaiden hoidossa, kattavassa etnografisessa tutkimuksessa, johon osallistui neljä hoitokotia (Backhouse & Killett & Penhale & Gray 2016).

3.1 Muistisairaahan hoito pitkäaikaishoidossa

Muistiliiton toimesta on Hoitotyön tutkimussäätiö toteuttanut laajan katsauksen tutkimusnäyttöön perustavasta tiedosta, lääkkeettömistä hoitotyön keinoista muistisairaiden hoidossa, kooten tiedon raportiksi. Katsauksessa oli käytetty vuoden 2015 jälkeen saatuja tutkimustuloksia, jotka oli toteutettu meta-analyysillä. Katsauksessa todetaan vahvimman myönteisen näytön olevan kongitiivisten menetelmien käytössä esimerkiksi muistelu, valokuvien katselu tai muistipelit, yhdistettyinä muihin lääkkeettömiin hoitotyön keinoihin. Myös liikuntaharjoitteet tukevan muistisairaahan selviytymistä päivittäisistä toiminnoistaan. Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja voidaan pitää turvallisina muistisairaahan hoidossa. Lääkkeettömät hoitotyön keinot eivät vaikuttaneet negatiivisesti muistisairaahan päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. (Tuomikoski & Parisod & Oikarainen & Silta-
nen & Holopainen. 2019: 8, 20.)

Eri tutkimusten mukaan Suomessa käytetään paljon lääkkeellisiä ja fyysisiä rajoitteita rauhoittaessa muistisairaita, joilla on haastavia käytösoireita (Kuronen 2017; Sipiläinen 2016; Valkohaapa 2014; Räsänen 2011; Saarnio 2009). Suomalaisten tutkimusten tarkasteluissa esille tuli hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin parantamisen lisäksi tiedon monipuolistaminen lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä hoivatilanteissa ja niiden lisäämisen tavoittelu muistisairaahan käytösoireen rauhoittamisessa haastavassa tilanteessa. Uudemmassa kirjallisuudessa on paljon tietoa lääkkeettömien hoitotyön keinoista ja niiden vaikutuksista löytyy kertomakirjallisuutta.

Kurosen (2017) tutkimuksessa tärkeäksi nousi ymmärrys siitä, kuinka ikäihmisen tyydyttämättömät tarpeet mm. emotionaalinen epämukavuus ja ymmärretyksi tuleminen liittyvät käyttäytymisen poikkeavuuksiin. Hoitoympäristöllä todettiin olevan vaikutusta käytösoireiden syntyyn (Kuronen 2017). Samoin Backhouse ym. (2016) tutkimuksessa todettiin kodinomaisella hoitoympäristöllä olevan vaikutusta, kun siirryttiin lääkkeellisestä rauhoittamisesta lääkkeettömiin hoitotyön keinoihin (Backhouse ym. 2016).

Iso-Britanniassa ja Yhdysvalloissa on pyritty vähentämään vuoden 2010 jälkeen antipsykoottisten lääkkeiden määräämistä muistisairaahan käytösoireisiin. Tietoisuus antipsykoottisten lääkkeiden tehon rajallisuudesta muistisairaahan käytösoireen muuttamisessa sekä lääkkeiden vakavat haittavaikutukset, joille muistisairaat ovat herkkiä, on vähentänyt lääkkeiden käyttöä. Sen sijaan on pyritty lisäämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja, esimerkiksi muistisairaahan huomion kiinnittämisessä muualle, vieressä kävelemisellä,

juttelulla tai tarjoamalla kupillinen teetä, eli yksinkertaisilla keinoilla, joilla muistisairaahan käyttösoireita voidaan rauhoittaa ja ennalta ehkäistä. (Backhouse ym. 2016.)

3.2 Muistisairaus

Tässä opinnäytetyössä muistisairaudella tarkoitetaan etenevää sairautta, joka heikentää ihmisen muistia ja aivojen tiedonkäsittelyn osa-alueita. Etenevistä muistisairauksista tilastollisesti yleisin Suomessa on Alzheimerin tauti, erilaiset vaskulaariset aivosairaudet, Lewyn kappaletauti, Frontotemporaalinen dementia, alkoholidementia sekä Parkinsonin dementia. Dementia on oireyhtymä, johon kuuluu muistihäiriön lisäksi kielellinen häiriö, toiminnanohjauksen ongelma, hahmotushäiriö sekä kätevyys häiriö. (Muistiliitto 2017. Erkinjuntti & Remes & Rinne & Soininen 2015: 18–22.)

Usein työikäisten ihmisten muistioireiden taustalla on tarkkaavaisuuden keskittymisen ongelma ei niinkään muistiongelma. Kuitenkin jokaisen muistioireisen vastaanotolle haakeutuvan ihmisen tutkiminen varsinkin haastattelemalla on ensisijaisen tärkeää. (Paajanen & Remes. 2015: 32–33.) Vaikka muistisairaus on enemmänkin ikäihmisten tauti niin sitä tavataan myös työikäisillä, jopa 30-vuotiailla ihmisillä. Etenevässä muistisairaudessa ihmisellä säilyy pidempään kyky suoriutua päivittäisistä perustoiminnoista, kun taas tavanomaisten asioiden hoitaminen alkaa vaikeutua (Tuomikoski ym. 2019: 6).

Muistisairauden etenemisessä tulee usein ongelmaksi lääkkeen ottamisen jättäminen koska ei ole sairauden tunnetta, sekä ruokailu, kun ruoka ei maistu eikä ole nälän tunnetta. (Lönroos & Sillanpää 2014: 225; Tuovinen & Lönroos 2008: 212.) Lopulta dementoituminen lisää ympärivuorokautiseen hoivaan joutumista sekä kuoleman vaaraa. Eri muistisairauksissa on eri pituisia elinajan ennusteita, mutta kuolleisuus on noin 2,4-kertainen verrattuna ei muistisairaisiin ikäihmisiin. Varsinkin Alzheimerin taudin ennusteen uskotaan parantuvan lääketieteellisen kehityksen seurauksena. (Viramo & Sulkava. 2015: 35–42.)

3.3 Käyttösoire

Muistisairaalla käyttäytymisen poikkeavuudet ovat yleisiä koska aivot rappeutuvat laajalaisesti vaurioittaen samalla järjestelmää, joka säätelee käyttäytymistä, että tunnetiloja (Erkinjuntti & Huovinen 2008: 188). Käyttäytymisen muutokset voivat olla hyvinkin voimakkaita muutoksia tai poikkeavat voimakkaasti normaalista käyttäytymisestä, tällöin

puhutaan jo käytösoireen sijasta käytöshäiriöstä. Suuret muutokset potilaan käyttäytymisessä, jotka potilas itse tai hänen läheinen voi kokea haitallisiksi, vaikuttaen potilaan elämänlaatuun, ovat hoidollisesti merkittävämpiä kuin itse muistioireet tai kognitiiviset muutokset. (Vataja 2017: 54–56.)

Käytösoireena voi esiintyä esimerkiksi apatiaa, masennusta, ahdistuneisuutta, levotonta kuljeskelua, ruokahaluttomuutta, ylikorostunutta seksuaalikäyttäytymistä, näköharhoja, aggressiota, ärtyneisyyttä, mielialojen nopeaa vaihtelua, univaikeuksia, harhaluuloja, mustasukkaisuutta, tavaroiden keräily tai kätkeminen (Hallikainen 2014: 45; Vataja 2017: 56; Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008: 118; Erkinjuntti & Alhainen & Rinne & Huovinen 2006: 128–132). Käytösoireen laukaisevia tekijöitä voi olla esimerkiksi kipu, matala verenpaine, muu fyysinen vaiva, oman fyysisen tai henkisen tilan puolustaminen, turhautuminen, liian vaativa tilanne, pelko, turvattomuus ja tilanne, joka aiheuttaa ahdistusta (Eloniemi-Sulkava & Sulkava 2008: 125).

Käytösoireiksi luetaan esimerkiksi kuljeskelu, itsensä vahingoittaminen, huutelu, esineiden syöminen, yliseksuaalisuus sekä tavaroiden näpistely ja piilottaminen, joihin ei lääkahoito auta. Muistisairauden hyvään hoitoon kuuluvat käytösoireiden tunnistaminen ja niiden hoitaminen. Jos lääkkeettömät hoitotyön keinot eivät auta tilanteessa, voidaan haastavista käytösoireesta kärsivää muistisairasta auttaa lääkeshoidolla. Muistisairas on herkkä lääkeshoidon sivuvaikutuksille, joten lääkkeitä pitäisi käyttää harkitusti ja aloittaa pienillä annostuksilla, joita voidaan tarvittaessa suurentaa pienin lisäyksin. (Erkinjuntti ym. 2006: 132,134; Sulkava 2010: 135.) Käypä hoito -suosituksissa muistutetaan lääkeshoidon tarpeellisuuden arvioinnista säännöllisin ajoin ja sen mukaan lääkeshoitoa pitäisi muuttaa, kun oireet väistyvät tai muuttuvat. Vaikeiden oireiden psykoosilääkeshoidossa-kin säännöllisen arvioinnin tarpeellisuutta sekä lääkeshon käytön ajanjaksoa korostetaan. (Muistisairaudet 2017.)

Muistisairas ei tee tahallaan asioita väärin (Kelo & Launiemi & Takaluoma & Tiittanen 2015: 221). Käytösoireet ovat muistisairauden aiheuttamaa ja kuuluvat siten merkittävästi taudin kuvaan. Niiden merkitys on sairastuneelle itselleen sekä omaisille ja hoitohenkilökunnalle suuri. (Vataja 2010: 91.) Käyttäytymisen muutosten hoitaminen on tärkeää ja sisällytetään muistisairaahan kuntoutussuunnitelmaan. Lääkeshon hoito on ensisijainen lähestymistapa muistisairaahan käyttäytymisen muutoksiin, jossa huomioidaan vuorovaikutus muistisairaahan ja hoitavan osapuolen välillä sekä ympäristön sopeuttaminen potilaan tilanteen mukaan. (Vataja 2017: 54–56.) Ymmärrys muistisairaahan

käyttösoireista, voidaan löytää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja, joilla selvitä haastavista tilanteista (Kelo ym. 2015: 221).

Käyttösoireet voivat vaikeuttaa sosiaalista vuorovaikutusta, rasittaa potilasta ja heikentää hänen selviytymismahdollisuuksiaan, tai kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita ja rasittavat omaisia, on hoito aiheellista aloittaa sekä miettiä hoitopaikkaratkaisua. (Muistisairaudet 2017; Sulkava 2010: 134–135; Vataja 2010: 92.) Muistisairaiden voimakkaat käyttösoireet aiheuttavat pitkäaikaishoidossa ongelmia ja haasteita jopa niin että oireet uuvuttavat hoitohenkilökunnan ja vaikuttavat hoivapaikan määräytymiseen (Koponen & Vataja 2015: 474). Esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa on ohjeistettu, että oireiden hoitona on ensisijaisesti lääkkeetön hoito, lisänä lääkkeellinen hoito, johon kuuluvat muistilääkkeet, masennuslääkkeet, rauhoittavat lääkkeet sekä unilääkkeet (Muistisairaudet 2017; Sulkava 2010: 134–135).

3.3.1 Lääkkeetön hoito

Puhuttaessa lääkkeettömistä hoidoista kiinnitetään huomiota hoitoympäristöön, viriketoimintaan, virkistystoimintaan, omaisten ohjaamiseen ja tukemiseen muistisairauden eri vaiheissa, oirekohtaiseen terapiaan sekä muistisairaana tarpeettomaan itsenäisyyden rajoittamisen ja avuttomuuden korostamiseen (Erkinjuntti ym. 2006: 134). Lääkkeettömällä hoidolla tavoitellaan muistisairaana ihmisen toimintakyvyn kohentumista sekä sen ylläpitoa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008: 188–189.)

Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja on esimerkiksi muistisairaana huomioiminen, lempeä koskettaminen ja hoitajan läsnäolo. Muistisairaana aktivoiva viriketoiminta, validaatio- sekä resoluutiomenetelmät. Hellimishoidot ja erilaiset terapiat esimerkiksi fysio-, puhe-, eläin-, muistelu-, aroma-, musiikki-, toiminta- ja taideterapia auttavat eri lailla muistisairasta rauhoittumaan, edes hetkeksi (Tavi & Lahtonen 2019: 72–76; Granö & Heimonen & Koskisuus 2006: 26–42; Sulkava 2010: 135). Ne tukevat muistisairaana toimintaa ja itsensä ilmaisua. Realiteettiorientointi ja validaatio ovat keinoja, joilla pyritään lieventämään muistisairaana ahdistusta sekä luodaan turvallisuutta. (Granö ym. 2006: 26–42.)

Käyttösoireet pohjautuvat muistisairaana omaan kokemusmaailmaan ja elämänselkiaan. Näiden asioiden tuntemisesta on hyötyä kohdatessa muistisairasta. Hoitohenkilökunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa käyttösoireen syntymiseen. Ymmärrys siitä millaiset asiat, tilanteet sekä kohtelu vaikuttavat käyttösoireen laukeamiseen ja auttavat sen

muuttamissa. Ymmärrystä helpottaa muistisairaahan aktiivinen seuraaminen. Toimintatapojen vaihtaminen ja vaikeiden tilanteiden toteuttaminen erilaisella tavalla saattaa vaikuttaa vähentävästi käytösoireen syntyyn tai ilmenemiseen. Lääkkeettömät hoitotyön keinot, joilla voidaan kohdata muistisairas, jolla on käytösoire, ovat tavallisia arkipäivän suhtautumis- ja toimintatapoja, jotka viestittävät muistisairaalle turvallisuutta, hyväksyntää ja vältetään tilanteen kärjistymistä. (Mönkäre 2014: 87–88; Sulkava 2010: 134–135.)

Ymmärtävä suhtautuminen, huumori, turvallisuuden huomioiminen, rauhallisuus, huomion suuntaaminen sekä mukautuminen tilanteeseen auttavat kohtaamaan muistisairasta ihmistä. Tilanne voi kaikesta huolimatta joskus kärjistyä tai jumiutua, jolloin voidaan kokeilla hoitavan henkilön vaihtamista. Tällä suodaan kaikille osapuolille hengähdystauko, jonka jälkeen voidaan jatkaa yhteistyötä taas uudelleen. Muistisairaalle on tärkeää hoitohenkilökunnan pysyvyys mutta hetkellinen vaihdos voi purkaa jumiutuneen tai kärjistyneen tilanteen. (Mönkäre 2014: 87–88.)

Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaitojen kehittämisellä, lisäämisellä sekä ohjaamalla työtä yksilölliseen hoitamiseen vähennetään käytösoireisiin johtavia tilanteita ja saadaan vaihtoehto psykiatrisen käytön käyttöön. Muistisairaahan huomion kiinnittäminen toisaalle saattaa lievittää kiihtyneisyyttä. Kun hoitohenkilökunnan kekseliäisyys ja hiljainen tieto ei riitä enää ongelmatilanteessa, tarvitaan suunnitelma hoidosta. Laajemmasta näkökulmasta tarkastellen lääkkeetön hoito on erilaisia psykososiaalisia ja psykofyysisiä lähestymistapoja, ei-farmakologisia menetelmiä ja tukimuotoja, ohjausta ja vuorovaikutuksella vaikuttamista. (Koponen & Vataja 2015: 475; Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä- suositus 2019; Sulkava 2010: 135.)

Suomessa tehdyssä tutkimuksessa hoitohenkilökunta oli lääkkeettömistä hoitotyön keinoista käyttänyt eniten sanallista rauhoittamista, sekä ajan ja huomion antamista, käytösoireiden lievittämisessä (Kuronen 2017: 12).

3.3.2 Lääkkeellinen hoito

Hyvään hoitoon kuuluu asianmukainen muistisairaahan perusteella valittu oikea muistilääkehoito, joka tukee toimintakykyä sekä elämänlaatua (Lönnsroos & Sillanpää 2014: 221). Alzheimerin taudin hoitoon kehitettyjä kolinergisiä lääkkeitä käytetään ensisijaisesti muistisairaahan haastaviin käytösoireisiin. Myös mielenhäiriöihin tarkoitettuja

lääkkeitä esimerkiksi masennuslääkkeitä, ahdistuneisuuden hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, joitakin epilepsialääkkeitä sekä psykoosilääkkeitä voidaan käyttää pieninä annoksina haastavissa käytösoireissa. (Erkinjuntti ym. 2006: 135; Sulkava 2010: 135.)

Muistisairaahan käytösoireiden psykiatrisen hoidon tavoitteena on lyhentää oireiden kestoa, parantaa asukkaan elämänlaatua sekä lievittää hoitajan kokemaa stressiä. Hoitajat pitävät psykiatrisen hoidon oikeutettuna asukkaiden turvallisuuteen liittyvänä tekijänä, helpottaessaan asukkaiden ahdistuksen oireita, sekä taatakseen hoitohenkilökunnalle työnteon edellytykset (Valkohaapa 2014: 6). Syynä pidetään käytösoireiden aiheuttamia kärsimyksiä ikäihmisille sekä käytösoireiden ajatellaan koettelevat hoitajien ja omaisten voimavaroja. (Kuronen 2017.) Sipiläisen (2016) tutkimuksessa todettiin epäasiallisen lääkehoidon olevan ali- tai yllilääkitsemistä. Varsinkin muistilääkkeitä käytettiin liian vähän. Tutkimuksen johtopäätöksissä kävi ilmi, että hoitajilla on valta lääkehoidon toteutuksessa, vaikka hoitavalla lääkärillä on kokonaisvastuu lääkehoidosta. (Sipiläinen 2016: 86).

Lääkehoitoa käytetään, kun muut keinot eivät enää riitä. Hoidolla ehkäistään myös muiden somaattisten sairauksien syntyä (Vataja 2017: 56). Käytösoireiden lääkehoidossa on mietittävä hyödyn ja haitan suhteita, joista varsinkin antikolinergiset sekä erilaiset neuroleptit saattavat aiheuttaa tai pahentaa käytösoireita. Usein joudutaankin tyytymään osittaiseen hoitotulokseen käytösoireiden lääkkeellisessä hoidossa. (Sulkava 2010: 134.)

Lääkehoito vaatii kokonaisvaltaista tietämystä pitkäaikaissairauksista sekä muistisairauksen syntymekanismista. Näiden sairauksien monilääkitys saattaa aiheuttaa yhteis- ja haittavaikutuksia ikäihmiselle (Lönroos & Sillanpää. 2014: 221–222.) Lääkehoidosta tehdään lääkehoitosuunnitelma, jossa on kuvattuna toteutus, arviointi sekä seuranta. Arviointia on tehtävä säännöllisesti ja tilanteen muuttuessa. (Hallikainen & Nukari 2017: 201,132; Lönroos & Sillanpää 2014: 222.) Muistisairaahan sekä omaisten kanssa keskustellaan lääkemuutoksista ja -hoidon tavoitteista, sekä lääkkeiden käyttötarkoituksista ja haittavaikutuksista. Näin luodaan hoitomyönteisyyttä sekä lääketurvallisuutta. (Lönroos 2014: 224.)

3.4 Hoitohenkilökunta

Tässä tutkimuksessa henkilökunnaksi luen lähihoitajat, sairaanhoitajat ja lähiesihenkilöt. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan henkilöstöä, joka on hoivatyössä tai kosketuksessa siihen. Ihmislähtöinen vanhustyö on hoitajalle usein antoisaa työtä. Monesti hoitaja tekee työtään omalla persoonallaan päämääränä ikäihmisen auttaminen hyvään elämään ja hyvinvointiin.

Henkilökunnalla on ammattieettiset velvollisuudet, joiden ohjeistuksen raameissa hän tekee työnsä. Samoin työnantajalla on velvollisuus kouluttaa ja ylläpitää hoitohenkilökunnan ammattitaitoa lisäkoulutuksilla. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559 § 15 § 18). Viinanen (2016) on koonnut tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan sitouttamista työhön ja tarkastelee ihmisen suhdetta työntekoon, joka on psykologinen kytkös ihmisen ja kohteen välillä. Sitouttaminen on toimintaa ja se toteutuu aineellisella tai aineettomalla menetelmällä ollen yhteydessä työntekijän henkilökohtaisiin asenteisiin, kokemuksiin sekä elämäntilanteeseen. (Viinanen 2016.)

Hyvällä ja oikeanlaisella vuorovaikutuksella on suuri merkitys muistisairaahan hoitotyössä. Hoitajan ja muistisairaahan ikäihmisen hyvä kommunikaatio ehkäisee käytösoireita, jotka kumpuavat kohtaamattomista tarpeista. Yhteyden rakentuminen lähtee ymmärryksestä, että muistisairas on ihminen omaten ainutlaatuisen elämänsä ja persoonallisuutensa. (Sulkava-Eloniemi 2017.) Hoitohenkilökunnalla on hoitotyössä tehtävänä tukea muistisairasta suoriutumaan päivittäisistä toiminnoista (Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä- suositus 2019).

Henkilökunnalle fyysinen tai kemiallinen rajoittaminen ei ole yksiselitteinen ja sen käyttäminen on eettinen kysymys. Hoitaja joutui valitsemaan ikäihmisen turvallisuuden tai vapauden rajoittamisen väliltä. Omaiset koettiin aktiivisina fyysisten rajoitteiden käyttäjinä tai vaatiessaan hoitohenkilökuntaa käyttämään niitä. (Saarnio 2009; Valkohaapa 2014: 71) Kemiallisen rajoitteen käyttö kytkeytyy vahvasti tilannesidonnaisuuteen. Tästäkin omaisten vaatimukset ja henkilökunnan vajaamiehitys koettiin syiksi, jotka helpommin johtavat kemiallisen rajoitteen käyttöön. Hoitohenkilökunta toivoo lisää farmakologista osaamista sekä koulutusta muistisairaahan ikäihmisen hoidosta, yhteistyötä ja keskustelua aiheesta. Hoitohenkilökunta tietää vaihtoehtoja kemialliselle rajoittamiselle, mutta kokee että henkilöstötilanne osastoilla määrää sen kuinka paljon lääkkeettömiä

hoitotapoja voidaan käyttää. (Valkohaapa 2014: 81–82; Sipiläinen 2016: 86). Jotta lääkkeettömien menetelmien käyttö on hyvä vaihtoehto antipsykoottisille lääkkeille muistisairaanhoidossa, tarvitaan vielä lisätyötä menetelmien sisällyttämiseksi tavanomaisiin hoitokäytäntöihin (Backhouse ym. 2016).

3.4.1 Itsemääräämisoikeus

Yksi tärkeimmistä perusoikeuksiin kuuluvista periaatteista on itsemääräämisoikeus, joka voidaan määritellä jokaisen toimintakykyisen ihmisen yhdenvertaiseksi oikeudeksi päättää itseään koskevista asioista. Kun ihminen käsittää asian kannalta erilaiset vaihtoehdot, miettien niiden seuraukset sekä pystyy päättämään asiassa tarvittavan ratkaisun, on hän itse määräävä. (Nikumaa 2014: 171; Koponen & Juva & Hietanen 2014: 562.) Muistisairaus heikentää kykyä tehdä päätöksiä omista asioistaan mutta diagnoosi ei automaattisesti poista itsemääräämisoikeutta (Nikumaa 2017: 190).

Terveenä tehtyä hoitotahtoa tulee kunnioittaa ja muistisairaanhoidon tahtoa tulee kuulla arjen asioissa sekä toimenpiteissä, myös sairauden loppuun asti. Itsemääräämisoikeuden liiallinen kunnioittaminen saattaa johtaa muistisairaanhoidon etujen vastaiseen lopputulokseen, jossa hän tarvitsee apua mutta kieltäytyy siitä ymmärtämättä omaa tilannettaan. Tällöin voidaan katsoa tilanteen vaativan suojaamisen periaatteen käyttöä, jolla suojataan muistisairasta ulkopuoliselta taholta tai itsensä aiheuttamia oikeudenloukkauksia vastaan. (Nikumaa 2014: 171–172.)

Itsemääräämisoikeutta voidaan joutua rajoittamaan erilaisilla toimenpiteillä esimerkiksi liikkumisen rajoittamista geriatriseen tuoliin sitomisella. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunnan tulee noudattaa rajoitustoimenpiteisiin liittyviä ohjeistuksia ja kirjata toimenpiteet yksilölliseen kuntoutussuunnitelmaan sekä potilasasiakirjoihin. (Nikumaa 2017: 191.)

3.4.2 Vuorovaikutus

Muistisairaanhoidon ihmisen kohtaamisen keskeiset peruseriaatteet ovat kunnioittaminen, toisen arvostaminen sekä luottamuksen saavuttaminen. Vuorovaikutuksen merkitys kasvaa kohtaamisessa ja kohtelussa. Muistisairaanhoidon kyky vastavuoroisuuteen heikkenee sairauden edetessä sekä kykeneväisyys ilmaista itseään, saati ymmärtämään toisen tarkoitusta. (Mönkäre 2014: 86.)

Hyvän hoidon perusta muistisairaalle on ymmärtävä vuorovaikutus, joka on keskeinen tekijä toimintaa edistävässä hoitotyössä. Vuorovaikutus tapahtuu kommunikaationa ajatusten, käyttäytymisen ja tunteiden kielellä, jossa eri osapuolet ilmaisevat itsestään koko henkistä olemustaan. Kaikki vuorovaikutuksessa tapahtuva viestitys ei ole tietoista viestintää. Haastetta tilanteeseen tuo muistisairaus, joka muuttaa henkisiä toimintoja, sekä aiheuttaa neuropsykologisia häiriöitä, vaikeuttaen tunteiden vuoropuhelua hoitajan ja muistisairaahan välillä. Toimiva vuorovaikutus on merkittävä haaste hoitotyössä, jossa muistisairaahan ja hoitajan arvot sekä uskomukset kohtaavat aina uudelleen. Ymmärrystä tarvitaankin huomioidessa muistisairaahan toistuvia ja ainutkertaisia reaktioita, jotka ovat heijastumia sisäisistä kokemuksista ja hoitajasta välittyvistä kokemuksista. (Laaksonen & Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016: 8–9, 25.)

Hyvää vuorovaikutusta voi kehittää, esimerkiksi Kohlrieser oppien mukaan. Ensiksi kehittämällä tilannetajua, jossa ymmärretään informaation määrää, suhteutettuna puhumiseen, kuuntelemiseen ja kyseenalaistamiseen. Muistisairaalle liika informaatio voi lisätä kielellisiä häiriöitä. Huomioi laatu informaatiossa, onko se selkeää, kiinnostavaa, helppoa kuunnella, konkreettista ja totuuden mukaista. Informaation pitää olla asiaankuuluvaa, hyödyllistä ja merkityksellistä siinä tilanteessa. Ole henkilökohtaisesti läsnä, käytä kehoasi, tunteitasi ja mieltäsi vuorovaikutustilanteessa, jossa olet. Lopuksi ymmärrä tiiviys, kuuntele enemmän kuin puhut ja kun puhut, ole selkeä sanoissa ja lyhytsanainen. (Kohlrieser 2014: 175–176)

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Laadullisessa tutkimuksessa kuvaillaan elämää (Kylmä & Juvakka 2012: 16). Tämän tutkimuksen kohteena on muistisairas ja hänen haastavan käytösoireen kohtaaminen lääkkeettömin hoitotyön keinoin, hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Ihmisen käyttäytymisen ymmärtäminen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa on keskeinen aihe tutkimuksessani, jossa tavoitellaan kokemuksellisuutta, joten silloin on luontevaa valita laadullinen tutkimus.

Teen laadullisen tutkimuksen ja se toteutetaan hoitohenkilökuntaa teemahaastattelemalla yksilöllisesti. Teemahaastattelu pyrkii huomioimaan ihmisen tulkinnan ja merkityksenannon tutkittavalle ilmiölle. Teemahaastattelu ei ole sidottu tiukkaan formaattiin vaan

rakentuu etukäteen pohditusta teemoista, jotka pyritään keskustelemaan kaikkien haastateltavien kanssa. Teemahaastattelu antaa tilaa myös vapaalle puheelle. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan etukäteen mietittyihin teemoihin, joista keskustellaan. Teemahaastattelukysymykset pohjautuvat aineistoon, jotka haastattelijä esittää tutkittavalle. (Kylmä & Juvakka 2012: 78—80; Kananen 2008: 73—74.)

Tilanteet hoitotyössä on päivittäin vaihtelevia. Ihminen on persoona, jolla on omat mielipyykset ja ajatukset, jotka pohjautuvat omiin kokemuksiin sekä arvomaailmaan. Kun tarkastellaan ihmisten käyttäytymistä ja yksilön näkökulmia asioihin, jotka tapahtuvat varsinkin vuorovaikutustilanteissa on laadullinen tutkimusote parempi kuvaamaan tilanteita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 49). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökuntaa on lähihoitajat, sairaanhoitajat ja lähiesihenkilö.

4.2 Yhteistyötaho

Yhteistyötahona tässä opinnäytetyön tutkimuksessa on omakotisäätiö, jonka johtaja Susanna Kiuru lupautui yhteistyöhenkilöksi tutkimukseeni. Omakotisäätiö on Helsingissä toimiva erilaisia asumisen palveluita ikäihmisille tarjoava säätiö. Tutkimukseen näkökulmaa antaa hoitohenkilökunta, jotka työskentelevät viidessä muistisairaille kohdennetuissa ryhmäkodeissa, käsittäen yhteensä 75 asukaspaikkaa. Tutkimuksen osallistuvat ovat Omakotisäätiössä muistisairaiden kanssa eri ryhmäkodeissa työskentelevät hoitajat. Otanta tapahtuu yksilölliseen teemahaastatteluun vapaaehtoisesti suostuvista hoitajista ja tavoitteena on haastatella yksilöllisesti 8 ryhmäkodin hoitajaa opinnäytetyöhön, tai kunnes saavutetaan kylläntymistä tutkimusaineistossa.

4.3 Aineiston keruu

Tähän opinnäytetyöhön liittyvän tutkimusaineiston keräsin yksilöllisellä teemahaastattelulla. Yleismaailmallisen koronapandemian vuoksi tutkimuksen tiedottaminen ja haastattelut piti suorittaa etänä. Omakotisäätiön johtajan kanssa sovin puhelimen ja sähköpostien avulla tutkimuksen suorittamisesta ja mahdollisista haastatteluun osallistujista. Kylmä & Juvakka (2012) puhuvat haastatteluiden suorittamisen tärkeydestä rauhallisessa tilassa, joka luo luottamuksellista ilmapiiriä ja saattaa edistää hyvän haastattelutilanteen kehittymistä (Kylmä & Juvakka 2012: 91). Pyysin johtajaa järjestämään rauhallisen paikan, johon haastateltava sai mennä sekä tietokoneen, jolla voitiin suorittaa Teams-kokous. Lähetin osallistumispyynnöt ja liitteenä suostumuskaavakkeet sekä tiedotteen tutkimuksestani sähköpostilla mahdollisen haastatteluun osallistuvan

sähköpostiin. Muutama hoitaja kieltäytyi haastattelusta, mutta seitsemän suostui haastatteluun ja sovin heidän kanssa yksilöllisistä haastatteluista ja lähetin linkin Teams-kokoukseen.

Kananen (2008) kehottaa tarkistamaan ennen haastatteluiden aloittamista teknisten välineiden toimivuudet, koska haastattelutilanteet ovat ainutkertaisia (Kananen 2008: 79). Ensimmäistä haastattelua aloittaessani kävi ilmi, että työyhteisön tietokoneen kamera ei toiminut, joten en saanut haastateltavista videokuvatallennetta. Haastatteluista vain kaksi saatiin tallennettua äänenä, haastattelijan tietokoneelle, Teams-kokousalustalle ja loput viisi haastattelua nauhoitettiin haastattelijan puhelimen ääninauhurille. Jokaiselle haastatteluun osallistujalle kerroin teknisestä ongelmasta ja pyysin lupaa tallentaa haastattelu puhelimen ääninauhuriin. Haastattelun tekijän pitää saada haastateltavalta lupa nauhoittaa haastattelutilanne (Kylmä & Juvakka 2012: 92). Yhden haastattelun aloittaessani kävi selville, että haastattelinkin kahta hoitajaa samanaikaisesti. Litteroinnissa vastaajien erottelu oli haasteellista pelkän äänitallenteen vuoksi. Yksi haastattelu suoritettiin puhelimen kautta Teams-kokouksena ja on ainoa, josta saatiin videokuvatallenne. Haastateltava ei tosin tarkentanut kuvaa koko aikaa itseensä ja joutui käyttämään hengityssuojaa työpaikalla.

Haastattelut on numeroitu haastattelujärjestyksessä. Haastateltavista on käytetty vain värejä tekstissä litteroinnin ja sanaluokkien muodostamisen ajan. Haastatteluun osallistuneilta pyysin allekirjoittamaan tutkimukseen suostumislapakaavakkeen ja laittamaan siitä valokuvan sähköpostiin, jotta sain luvan käyttää haastattelussa kertynyttä materiaalia tutkimukseeni. Kaiken kaikkiaan haastattelin yhteensä kahdeksaa hoitajaa, jotka työskentelivät muistisairaiden ikäihmisten parissa Omakotisäätiön eri ryhmäkodeissa. Haastattelut tehtiin tammi- maaliskuun aikana 2021.

4.4 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on laadullisessa tutkimuksessa käytettävä aineiston analyysitapa, joka voidaan tehdä kolmesta eri lähtökohdasta, induktiivinen eli aineistosta, deduktiivinen eli teoriasta tai näiden vuorottelusta eli abduktiivisesta (Kananen 2008: 90-91).

Tässä tutkimuksessa käytin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa aineisto ohjaa analyysin tekoa. Kirjalliseen muotoon muutettu haastattelu materiaali kävin tarkasti ja tiivistäen läpi. Tavoitteena oli luoda sanallinen, selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Tämän

opinnäytetyön tekijä on kirjoittanut kaikki työvaiheet itse ja samalla perehtynyt haastatteluista saatuihin aineistoihin.

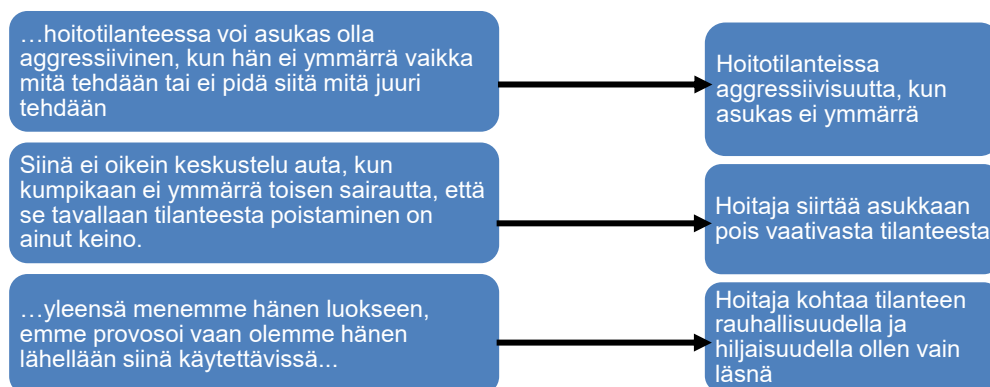
Litteroinnissa aloitetaan tallenteiden purkaminen muuttaen ne kirjalliseen muotoon mahdollisimman sanatarkasti, vaikka on hidas työvaihe (Kananen 2008: 80). Ensiksi purin tallenteet kirjoittamalla ne tekstimuotoon eli litteroin sanasta sanaan, josta tuli yli 7600 sanaa.

Haastatteluissa ei mainittu nimiä, osastoja tai muutakaan arkaluontoista asiaa, joilla voitaisiin yhdistää haastateltava tiettyyn työyhteisöön. Litteroinnin jälkeen suoritin aineiston pelkistämisen, eli redusoinnin.

Taulukko 1. Esimerkki aineiston redusoinnista.

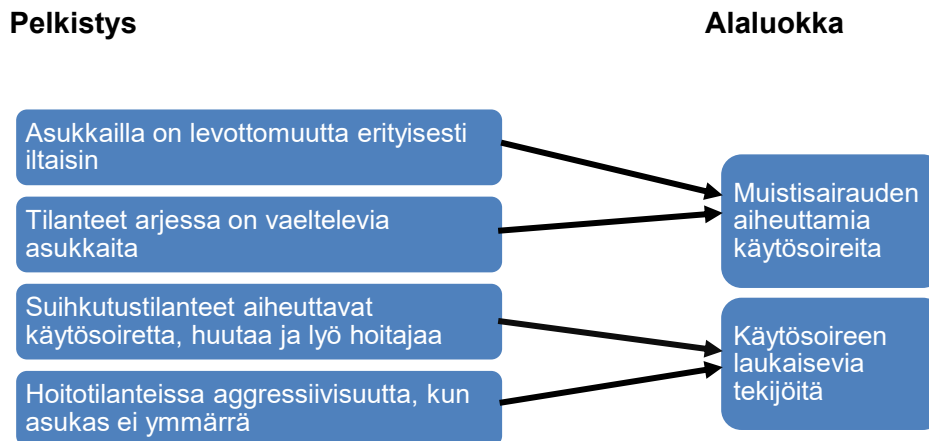
Ote haastattelusta

Pelkistys



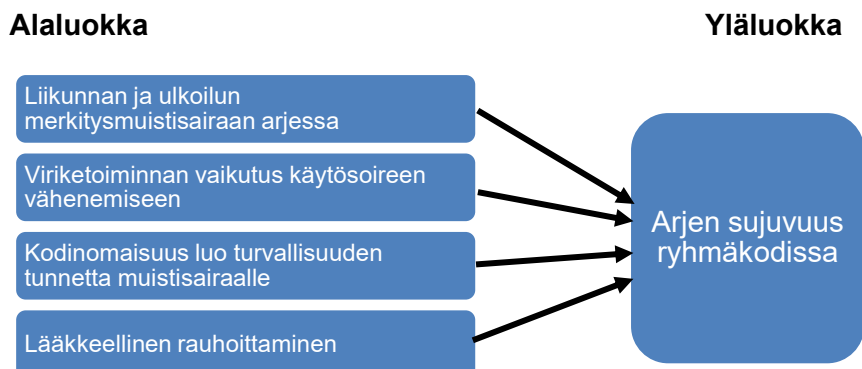
Tämän jälkeen aloitin klusteroinnin, jossa pelkistetyt ilmaukset ryhmittelin niin että ne alkoivat muodostaa alaluokkia, jotka nimettiin sisältöä kuvaavalla otsikolla. Alaluokkia muodostui lopulta 25.

Taulukko 2. Esimerkki klusteroinnista



Lopuksi tein yläkäsitteiden muodostamista eli abstrahointia, jossa alaluokat yhdistyivät yläluokiksi ja edelleen pääluokaksi. Yläluokkia muodostui kuusi ja lopulta yksi pääluokka. Päätelmät eivät edustaneet vain tutkittavia tilanteita, vaan siirtyivät yleisemmälle käsitteelliselle sekä teoreettiselle tasolle (Metsämuuronen 2000: 51).

Taulukko 3. Esimerkki abstrahoinnista.



Sanaluokkia on mietitty ja sitä on tehty uudelleen ja uudelleen, jotta lopulta on löytynyt oikeat kuvaavat sanat kertomaan analyysin tulokseen päätyvästä tuloksesta.

5 Tulokset

Sisällönanalyysillä saatujen tutkimustulosten esittely. Tutkimustulosten kuvailemisessa on käytetty haastatteluihin osallistuneilta hoitajilta saatuja autenttisia lainauksia.

5.1 Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä muistisairaana haastavien käytösoireiden kohtaamisissa

Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire, oli laajin tulosluokka, josta muodostui analyysissä pääluokka. Alaluokkia oli 25, joista muodostui kuusi yläluokkaa. Tulokset on kuvattu seuraavissa kappaleissa alaluokittain, joista yhdistyi kuusi yläluokkaa, jotka ovat: Lääkkeettömät hoitotyön keinot kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire, Muistisairaudesta johtuvia haastavia tilanteita ryhmäkodissa, Lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutukset, Arjen sujuvuus ryhmäkodissa, Motivaatiota antaa lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttämisessä ja Hoitajan kokemus tuen saamisesta lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytössä.

5.1.1 Lääkkeettömät hoitotyön keinot ryhmäkodissa

Lääkkeettömät hoitotyön keinot kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire, yläluokka muodostui yhdeksästä alaluokasta. Alaluokissa hoitajat kuvailivat lääkkeettömiä hoitotyön keinoja sekä kuinka he kohtasivat muistisairaita, joilla oli käytösoireita, lääkkeettömällä hoitotyön keinoilla.

Oikea vuorovaikutus kohtaamisissa

Lääkkeettömän hoitotyön keinoista haastavan käytösoireen kohtaamisissa eniten käytettiin oikeaa vuorovaikutusta, jossa hoitajan kiireetöntä kohtaamista, jopa hiljaista läsnäoloa, käytettiin rauhoittamaan muistisairaana haastavaa käytösoiretta. Oikea vuorovaikutus koostui asukkaan silmiin katsomisesta, rauhallisesta kosketuksesta sekä jutustelusta tai keskustelusta.

...käytösoireen kohtaaminen, vuorovaikutus asukkaan kanssa sekä millä tavalla asiat esitetään, on tärkeätä.

Hoitaja kohtasi muistisairaana asukkaan, jolla oli haastava käytösoire, hiljaisella vuorovaikutuksella, ei provosoinut vaan oli lähellä, asukkaan käytettävissä. Asukkaan levotonta liikkumista tai itkemistä rauhoitettiin esimerkiksi istumalla asukkaan viereen ja olemalla vuorovaikutuksessa, jolloin käytösoire lientyi tai väistyi kokonaan.

Jos tilanne on se, että hän ei suostu sinua kohtaamaan eikä edes katso sinuun päin, niin en menisi siihen viereen, jos hän näyttää kokevan sen ikäväksi, vaan hänen annettaisiin pikkuhiljaa rauhoittua. Ympäristö rauhoitetaan, ei olisi melua tai hälinää ja hän alkaa itseksensä rauhoittumaan. Mentäisiin uudestaan kokeilemaan, josko hän hyväksyisi sinut siihen läsnäoloon ja pystyisi ottamaan häneen jonkunlaisen yhteyden.

Haastavissa tilanteissa, joissa asukas ei halunnut kohdata hoitajaa, annettiin asukkaalle aikaa purkaa ja rauhoittaa omia tunteitaan. Rauhoitettiin ympäristö hälinästä, ennen kuin hoitaja meni kohtaamaan asukasta oikealla vuorovaikutuksella. Hoitajat pitivät tärkeänä haastavissa tilanteissa asukkaan ymmärtämistä ja ajan antamista rauhoittumiseen.

Hoitaja ennakoi käytösoireen kehittymistä

Haastavien tilanteiden ennakointi on lääkkeetön hoitotyön keino muistisairaiden hoidossa ja tämän keinon käyttöä hoitajat kuvailivat haastatteluissa toiseksi eniten lääkkeettömien hoitotyön keinoista. Hoitajat pitivät tärkeänä tuntea asukkaan mieltymykset ja tavat, jolloin voitiin ennakoida käytösoireen kehittymistä. Omaisilta oli kysely asukkaan mieltymyksistä mutta arki ryhmäkodissa oli opettanut hoitajia tuntemaan asukkaita. Kun esimerkiksi osastolla järjestettiin viriketuokio, jossa oli laulua, musiikkia sekä tanssia ja tiedettiin, että muutama asukas ärsyyntyy äänistä ja saattaa kehittyä käytösoire, hoitajat pyysivät heidän siirtämistään toiselle osastolle viriketuokion ajaksi. Hoitajat olivat huomanneet, ettei kaikkien asukkaiden tarvitse olla yhtä aikaa isossa salissa, eikä yleistä hälinää ja levottomuutta synny.

Me ollaan huomattu, ettei kaikkien tarvitse olla aina samaan aikaan isossa ruokasalissa, vaan meillä on monta pientä eri nurkkausta täällä, missä pystyy oleilemaan ja jakamaan asukkaita, se rauhoittaa kummasti kaikkia ja on paljon rauhallisempaa täällä.

Hoitajat ennakoivat haastavia tilanteita erilaisilla toimilla muun muassa ympäristön rauhoittamisella liiasta äänistä tai selostamalla asukkaalle haastavassa tilanteesta tarkkaan mitä juuri nyt tehdään esimerkiksi suihkutuksesta. Myös neuvottelua käytettiin ennakoivana hoitotyön keinona, jossa hoitaja neuvottelee asukkaan kanssa tulevasta hoitotoimesta ja antaa hetken aikaa asukkaan tottua ajatukseen, että kohta tehdään jotain. Hoitajat kuvailivat useasti, kuinka asukkaan tunteminen auttaa haastavien tilanteiden ennakoinnissa tai käytösoireen muuttamisessa.

Hoitajalla on asukkaan käyttäytymisen lukutaito

Kolmanneksi suurimmaksi joukoksi lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä muistisairaanhoidossa, muodostui asukkaan käyttäytymisen lukutaito. Haastatteluissa hoitajat kertoivat kuinka huomioivat asukkaan sanantonta viestintää, joka voidaan tulkita asukkaan käyttäytymisen lukutaidoksi. Lukutaitoa edisti asukkaan tunteminen, joten voitiin nopeasti selvittää tai ymmärtää muistisairaanhoidon tarve, josta käytösoire johtui.

...ennen kun lähetään lääkitsemään, niin hoitajan läsnäolo ja puhumalla rauhoittelu, tarkistaa onko ehkä märeät housut, onko kylmä tai nälkä, nämä ovat tällaisia asioita mitä he ei osaa itse ilmasta.

Asukas näytti vatsaansa, josta hoitaja ymmärsi asukkaan vessahädän ja auttoi asukkaan vessaan. Tällaiset kehonkielen tulkinnat auttoivat hoitotyön sujumista, kun muistisairauksien edetessä kognitiiviset toiminnot heikkenivät.

On asukkaita, joita on parempi jättää rauhaa vähäksi aikaa. Jos asukas haluaa olla yksin, mieliala on, että itkettää ja haluaa huutaa, niin annetaan rauhassa purkaa tunteitaan, jos hän on vihainen, annetaan hänelle aikaa rauhoittua.

Hoitajat kokivat ymmärtävänsä asukkaiden tarpeita paremmin, kun tunsivat asukkaat ja heidän toimintatapansa. Asukkaan käyttäytymisen lukutaito auttoi hoitajia ennakoimaan haastavia tilanteita ja hyödyntämään tätä keinoa ennaltaehkäisyssä, ettei haastavia tilanteita tulisi.

Hoitaja kohtaa haastavan käytösoireen muistelulla

Muistelu mainittiin neljässä kohtaa yksittäisenä lääkkeettömänä hoitotyön keinona halusta lähteä kotiin. Muistelukeinossa alettiin muistella asukkaan kotia ja millainen se oli, eli ohjattiin asukkaan ajatusta positiivisempaan suuntaan, jolloin esimerkiksi kotiin lähtö unohtui tai suihkutuspöytä onnistui.

Asukas haluaa lähteä kotiin ja pakkaa tavaransa mutta kun pysäytetään niin asukas alkaa käyttäytyä aggressiivisesti. Muistelu on hyvä keino, aletaan siinä sitä kotia muistelemaan, mitä siellä tapahtuu tai tehdään ja siinä se kotiin lähtö sitten unohtuu.

Muistelua käytettiin myös asukkaan ahdistuneisuuden, äidin hakemiskäyttösoireen rauhoittamiseen. Hoitaja alkoi kysellä asukkaan äidistä ja mitä asukas oli tehnyt äidin kanssa. Rauhallinen muistelu keskustelu johti asukkaan käyttösoireen väistymiseen lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Vaativassa tilanteessa asukkaan huomio suunnataan muualle

Hoitajat kuvailivat huomion muualle suuntaamisen eli harhauttamisen, olevan erilainen keino kuin muistelu. Sekavan ja aggressiivisen asukkaan hoidossa pyrittiin rauhoittamaan käyttösoire lääkkeettömin hoitotyön keinoin ja ajatuksen muualle suuntaamisella esimerkiksi asioihin, jotka asukas oli kokenut kiinnostaviksi.

Ei voida lääkittää aina kun hänellä on pesupäivä, joten on kokeiltu erilaisia asioita ja hänen kohdallaan tehdään silleen, että on kaksi hoitajaa suihkutuksessa, toinen koko ajan juttelee asukkaan kanssa niitä näitä, vähän harhauttaa hänen ajattelua toisaalle ja toinen tekee sen pesun.

Huomion muualle suuntaamisessa hoitajat käyttivät myös kehon liikettä esimerkiksi tanssien vessaan meno, kun asukas ensin kieltäytyi menemästä iltapesulle. Tanssin liike auttoi harhauttamaan ajatusta haastavasta tilanteesta ja hoitotoimet sujuvat helpommin.

Hoitaja huomioi asukkaan emotionaalisen tarpeen

Haastavassa tilanteessa asukas oli ahdistunut ja hakkasi lusikalla pöytää mutta ei pystynyt sanallisesti kertomaan mikä on. Hoitaja meni viereen ja antoi huomiota asukkaalle juttelemalla ja osallistumalla pöydän paukuttamiseen muutamalla lusikan iskulla. Asukas huomasi, että hoitaja oli huomionnut hänet ja tilanne rauhoittui sillä.

Se et on läsnä ja kuuntelee, eikä vaan ohita niitä asioita tai jos joku on ahdistunut päivittäin ja huutaa, niin ei saman tien anneta vaan pilleriä suuhun, että ole hiljaa, vaan se et ollaan siinä ja kuunnellaan se hänen tarve.

Hoitajat korostivat, että tärkeintä oli huomata asukas, pysähtyä vierelle ja sallia asukkaan erilaiset tunteet, jotka viestivät hoitajalle jotain asukkaan tarvetta, jota hän ei pystynyt sanoittamaan.

Hoitaja poistaa asukkaan haastavasta tilanteesta

Muistisairaalle oman kehon tai ympäristön hahmottaminen oli vaikeaa ja loi haastavia tilanteita, kun muistisairas ei ymmärtänyt toista muistisairasta tai hänen käyttäytymistään. Tällöin hoitaja oli haastavassa tilanteessa eräänlainen erotuomari poistaen toisen asukkaan tilanteesta sivummalle ja sai näin rauhoitettua haastavan tilanteen.

Saa olla erotuomarina asukkaiden välillä, yleensä tilanne laukeaa sillä, että ottaa toisen asukkaan mukaan ja jättää toisen rauhaan.

Haastavan tilanteen rauhoittamisessa lääkkeettömänä hoitokeinona hoitaja siirsi asukkaan isosta ryhmästä rauhallisempaan tilaan juttelemaan kanssaan kahden kesken tai kuuntelemaan musiikkia. Myös ruokailutilanteita saatettiin rauhoittaa siirtämällä asukas hiukan sivummalle isommasta ryhmästä, jolloin kaikkien asukkaiden keskittyminen syömiseen onnistui paremmin.

Hoitaja rauhoittaa hoitoympäristön

Hoitaja ennakoi ja rauhoitti haastavia tilanteita huomioimalla myös hoitoympäristön. Se tarkoitti tässä tutkimuksessa erilaisia tilanteita. Ruokailutilanteessa hoitaja laittoi rauhallista taustamusiikkia soimaan, jolla oli rauhoittava vaikutus. Hoitajan kohdatessa muistisairas, jolla oli haastava käytösoire, tilannetta rauhoitettiin hiljentämällä ympäristön ääniä, jotta asukas ei provosoitunut enempää ja alkoi rauhoittuminen.

Ei myöskään televisio päällä useissa huoneissa ja kovalla äänellä. Nämä ovat semmoisia pikku asioita mitkä olen huomannut, että asukkaita ärsyttää.

Hoitaja rauhoitti hoitoympäristöä, ettei kuulunut yhtä aikaa eri huoneista radioiden tai televisioiden kovia ääniä tai musiikkia, mistä asukkaat voivat provosoitua. Ympäristöllä oli vaikutusta, kun ennakoitiin käytösoireen kehittymistä tai rauhoitettiin asukasta, jolla oli haastava käytösoire.

Mielimusiikki rauhoittaa

Lääkkeettömistä hoitotyön keinoista hoitajat käyttivät vähiten musiikkia asukkaan tai tilanteen rauhoittamiseen mutta kokivat sen silti tärkeänä hoitotyön keinona. Hoitajat tunsivat asukkaita ja heidän mielimusiikkiaan ja laittoivat sitä kuunneltavaksi kuulokkeisiin.

Asukas rauhoittui kuuntelemaan omaa mielimusiikkiaan, joka jätti taas muille asukkaille rauhallisen ympäristön kuulokkeiden vuoksi.

...laittaa vaikka mielimusiikkia asukkaalle kuulokkeisiin, se on pieni juttu, mutta on osoittautunut, et sekin rauhoittaa tilannetta.

Osastolle oli järjestetty erilaisia rauhallisia musiikin kuunteluun tarkoitettuja nurkkauksia. Mielimusiikki oli tärkeä muutamalle asukkaalle, jotka halusivat kuunnella päivittäin kuulokkeilla musiikkia. Hoitajat olivat huomanneet, että myös vaativien tilanteiden aiheuttamiin käytösoireisiin voitiin vaikuttaa ennalta ehkäisevästi, kun laitettiin musiikkia soimaan taustalle. Musiikki rauhoitti esimerkiksi ruokailutilanteiden yleistä hälinää, joka syntyi ruokailuun siirryttäessä ja ruokailun aikana.

5.1.2 Muistisairaudesta johtuvia haastavia tilanteita ryhmäkodissa

Muistisairaudesta johtuvia haastavia tilanteita ryhmäkodissa koostui kahdesta alaluokasta Muistisairauden aiheuttamia käytösoireita ja Käytösoireen laukaisevia tekijöitä. Haastavia tilanteita hoitajat kuvasivat käytösoireiden kautta, selostaen käytösoireiden haastavuutta sekä erilaisia käytösoireen laukaisevia tekijöitä.

Muistisairauden aiheuttamia käytösoireita

Hoitajat pitivät käytösoireina aggressiivisuutta, huutelua tai huutamista, harhaisuutta, ymmärtämättömyyttä käyttäytymisessä ja hahmottamisessa ympäristöä, itseään tai muita asukkaita kohtaan. Hoitajat kuvailivat asukkaiden levottomuutta ja varsinkin iltalevottomuutta, johon liitettiin rauhaton kävely, itkuisuus, vanhempien etsiminen, kotiin lähtö, saman sanan tai lauseen toistaminen, käsien hierominen yhteen sekä ahdistuneisuus. Lisäksi erilaiset mielialan vaihtelut sekä oven tai pöydän hakkaaminen koettiin haastaviksi käytösoireiksi. Haastatteluissa hoitajat sanoivat usein erittäin haastavana käytösoireena olevan aggressiivinen käytös hoitajia tai toisia ryhmäkodin asukkaita kohtaan erilaisissa tilanteissa.

Täällä muistisairaiden parissa on paljon levottomuutta, aggressiivisuutta sekä erilaisia käytöshäiriöitä.

Muistisairaus aiheuttaa ymmärtämättömyyttä käyttäytymisessä itseään tai muita kohtaan. Myös oman kehon tai ympäristön hahmottaminen vaikeutuu, jolloin muodostuu

haastavia tilanteita. Ryhmäkodin asukassuhteissa oli ongelmia ja ne vaikuttivat asukkaiden mielialaan negatiivisesti, aiheuttaen myös käytöshäiriöitä.

Asukkaita, jotka ei hahmota omaa ympäristöään, omaa kehoaan ja he menevät hyvin helposti toisten asukkaiden päälle tai iholle, josta vastareaktio voi tulla nyrkki tai mikä hyvänsä.

Asukas ei ymmärtänyt mitä teki ja meni toisen asukkaan viereen ihan liki, joka taas aiheutti toiselle asukkaalle levottomuutta ja aggressiivisuutta. Hoitajat yrittivät ehkäistä ymmärtämättömyydestä johtuvia tilanteita ennakoimalla mutta eivät aina ehtineen, jolloin tilanne saattoi kehittyä hyvinkin uhkaavaksi. Ryhmäkodin asukkaat olivat osittain oma-toimisia ja saattoivat mennä myös toisten huoneisiin, jolloin tilanne muuttui uhkaavaksi kahden kesken asukkaiden välillä.

Käyttösoireen laukaisevia tekijöitä

Muistisairaus aiheuttaa erilaisia ja eri asteisia kommunikointivaikeuksia, jolloin on vaikea ilmaista tunteita, tarvetta tai epämukavaa olotilaa. Epämukavaa oloa saattoi tuottaa esimerkiksi istuminen paikoillaan liian pitkään, koska lihakset jäykistyvät ja se aiheuttaa levotonta liikehdintää. Musiikki tai pelkkä pianon pimputus saattoi ärsyttää varsinkin, jos ei ollut mielimusiikkia tai ääni oli liian voimakas. Asukkaita saattoi ärsyttää myös televisioiden yhtäaikainen päällä olo joka huoneissa, jolloin eri kanavilta tulevat ohjelmat loivat äänekkään ympäristön.

Asukas ei tykkää käydä suihkussa. Häntä harmittaa suihkuun meno, jolloin alkaa heti huutamaan tai lyömään hoitajaa.

Suurimpina käyttösoireen laukaisevina tekijöinä hoitajat pitivät erilaisia ruokailu-, pesu-, suihkutusu- ja hoitotilanteita. Myös viriketoiminta tai muu yleinen oleminen osastolla saattoi laukaista käyttösoireen.

Asukkaan poika käy usein vaimonsa kanssa ja sen jälkeen asukas on levoton.

Erikseen mainittiin vielä omaiset, joiden vierailut osastoilla saattoivat aiheuttaa asukkaille käyttösoireita esimerkiksi tunteiden vaihteluita tai omaisten kotiin lähtiessä itkuisuutta asukkaalle. Asukkaan ja omaisen keskinäinen vuorovaikutus vaikutti asukkaan mielialaan voimakkaastikin, myös puhelimen kautta. Hoitajat kuvailivat tilanteita, joissa

esimerkiksi omaisen soitettua saattoi asukas piristyä ja ruoka alkoi maistua paremmin. Mutta omaisten vaatimukset henkilökunnalle, asukkaan läsnäollessa, saattoivat vaikuttaa asukkaan mielialaan muutaman päivän, jolloin esimerkiksi lääkkeiden ottaminen hankaloitui.

5.1.3 Lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutukset

Lääkkeettömien hoitotyön keinojen vaikutukset muodostuivat kahdesta alaluokasta, Asukkaan toimintakyvyn ylläpitäminen ja Asukaan ihmisarvoinen elämä ryhmäkodissa. Näissä alaluokissa hoitajat kuvailivat lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutuksia.

Asukkaan toimintakyvyn säilyminen

Asukkaan toimintakyvyn säilyttäminen oli suurin osio lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutuksista. Haastatteluissa hoitajat kuvailivat, kuinka tukivat asukkaiden toimintakyvyn säilymistä ja kuinka asukkaan toimintakyvyn säilyttäminen vaikuttaa hoitotyön onnistumiseen. Asukkaita ohjattiin talon omalle kuntosalille kerran viikossa ylläpitämään toimintakykyä. Hoitajat totesivat, että liikunta oli se mistä monet tykkäsivät. Myös osastoille oli järjestetty oma jumppanurkkaus, jossa asukas ja hoitaja voivat keskittyä kahden kesken tekemään pieniä jumppaliikkeitä. Hoitajat pitivät tärkeänä asukkaan toimintakyvyn säilymistä, jolloin hoitotyön fyysinen kuorma keveni.

Meidän työn kannalta on tärkeitä, että saataisiin pidettyä asukkaat mahdollisimman hyvässä kunnossa, ettei joudutaan paljoa käyttämään omaan kroppaa siinä hoitamisessa.

Toimintakyvyn ymmärrettiin huonontuvan rauhoittavista lääkkeistä, joten niitä ei ensisijaisesti annettu haastavissa tilanteissa vaan pyrittiin käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja. Hoitajat huomauttivat, että lääkkeiden käytöllä oli vaikutusta lääkkeiden tehoon, joka laski ja näin annostusta jouduttiin nostamaan rauhoittavan vaikutuksen aikaan saamiseksi. Ryhmäkodissa pidettiin säännöllisesti hoitotyön kokouksia, joissa käytiin asukkaiden asioita läpi ja saatiin vinkkejä esimerkiksi fysioterapeutilta liikkumiseen tai virikkeisiin, jotka tukivat asukkaan toimintakykyä ja kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Kyllähän me nyt hoitotyössä päästään tavallaan paljon helpommalla ja työ on paljon monipuolisempaa ja antavampaa kun asukkaalla on sitä toimintakykyä jäljellä ja voi niissä asioissa tukea.

Hoitajat kokivat, että tulivat asukkaiden kanssa myös paremmin toimeen, kun käyttivät lääkkeettömiä hoitotyön keinoja rauhoittaessaan käytösoireita tai haastavia tilanteita. Ilman rauhoittavia lääkkeitä asukkaan toimintakykyä voitiin helpommin ylläpitää tai tukea, jolloin hoitajan työ oli monipuolisempaa ja antoisampaa.

Asukkaan ihmisarvoinen elämä ryhmäkodissa

Hoitotyössä hoitajilla oli tavoitteena asukkaan hyvinvointi ja se että asukas voi nauttia elämästään niillä voimavaroilla, joita oli vielä jäljellä. Hoitajat halusivat asukkaille parempaa elämänlaatua ja se antoi myös kuudelle hoitajille motivaatiota käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja haastavissa tilanteissa tai käytösoireen kohtaamisessa.

Meidän tavoite on että asukas voi hyvin ja hänellä on hyvä olla itsensä kanssa, nauttia elämästä niillä voimavaroilla, kun on ja jos sitten näissä perustarpeissa sitä käytösoiretta tulee ja niihin me halutaan vaikuttaa, että ne menisivät mahdollisimman hyvin ja kyllähän ne lääkkeet turruttavat ja vie sen lopullisenkin toimintakyvyn.

Asukkaan mielipidettä pyrittiin kysymään ja osallistumaan itseään koskevaan hoitotyöhön. Tärkeäksi koettiin asukkaan tunteet ja persoona sekä normaalien askareiden onnistuminen ilman lääkkeitä. Rauhoittavilla lääkkeillä oli vaikutusta asukkaaseen jopa niin, että kaksi hoitajaa kuvaili tilaa zombimaiseksi. Siinä asukas oli rauhallinen, hereillä mutta ei läsnä. Koettiin että tällainen tila johti hoitajan isompaan työnkuormitukseen koska asukkaalta menivät jalat alta, eivätkä he pystyneet itse syömään tai lääke väsytti niin että vahinkoja saattoi tapahtua esimerkiksi kaatumisia.

Tunteethan ovat meillä kaikilla ihmisillä ja myös muistisairailta, heillä on oikeus myös omiin tunteisiinsa, mutta jos on vaaraksi itselle tai muille läsnäolueille niin silloin siihen pitää puuttua mutta ensin muulla tavalla, kun vaan lääkkeillä.

Hoitajat puolustivat asukkaiden oikeuksia omiin tunteisiinsa ja ettei tunteita saanut lääkkeitä pois.

5.1.4 Arjen sujuvuus ryhmäkodissa

Arjen sujuvuus ryhmäkodissa koostui neljästä alaluokasta, joissa hoitajat kuvailivat ryhmäkodin arkea ja sen sujuvuutta. Isoimmaksi alaluokaksi muodostui tässä Lääkkeellinen rauhoittaminen. Liikunnan ja ulkoilun merkitys arjessa sekä Viriketoiminta olivat arjen sujuvuuteen ryhmäkodissa liitettäviä tekijöitä. Lopuksi tuli vielä alaluokka Kodinomaisuus luo turvaa muistisairaalle.

Lääkkeellinen rauhoittaminen

Hoitajat kertoivat käyttävänsä ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitotyön keinoja asukkaan kohtaamisessa mutta ymmärsivät myös, että joskus lääkkeitä jouduttiin kokeilemaan haastaviin käytösoireisiin. Kolme hoitajaa totesi, ettei heidän mielestään kaikkiin muistisairauden aiheuttamiin haastaviin käytösoireisiin löytynyt lääkkeetöntä hoitotyön keinoa mutta ettei kaikkiin haastaviin käytösoireisiin lääkkeitäkään auttaneet, vaan tyytyivät valitsemaan tilanteeseen.

...sitten valitettavasti on myös asukkaita, joille ei kerta kaikkiaan toimi mikään, joko joutuu kokeilemaan jotain lääkitystä pienellä annoksella tai me tyydytään siihen, että asian no nyt näin, esimerkiksi tahaton pakonomainen huutelu tai jatkuva huutaminen niin joskus ei vaan löydy keinoa.

Haastatteluissa hoitajat toivat esiin huomion, että hoitajat kyllä etsivät lääkitysvaihtoehtoa muistisairaahan käytösoireen muuttamiseen mutta se ei ole ainoa keino.

Liikunnan ja ulkoilun merkitys muistisairaahan arjessa

Liikunnalla, liikkumisella sekä ulkoilulla merkitys on iso merkitys käytösoireen ennalta ehkäisyssä sekä toimintakyvyn tukemisessa. Monella muistisairaalla oli tarve ulkoilla ja kun osastoilla oli paljon ovia, jotka olivat lukossa, se aiheutti ahdistusta ja levotonta käytösoiretta. Ulkoilulla tätä voitiin lievittää ja asukkaan mieliala kohentui ulkoillessa. Hoitajat kuvailivat asukasta, joka pitkään istuessaan hänen lihakset jäykistyivät ja se aiheutti ahdistusta sekä levottomuutta.

Jos asukkaat istuvat koko ajan lihakset alkavat jäykistyä ja se tekee asukkaan levottomaksi.

Rauhallisella liikkeellä lähdöllä saatettiin lievittää levottomuutta. Osastojen jumppanurkkauksia oli käytetty asukkaiden kanssa pienempiin jumppahetkiin, jolloin sivusta seurannut asukaskin oli saattanut innostua jumppaamaan mukana. Hoitaja kertoivat, että liikunta oli asia josta monet muistisairaajat pitivät.

Viriketoiminnan vaikutus käytösoireen vähenemiseen

Viriketoiminnassa asukkaat osallistuivat kuuntelemaan musiikkia, laulamaan ja tanssiin. Viriketoiminnan koettiin olevan osa ryhmäkodin arkea, jolla voitiin lieventää tai ehkäistä käytösoireita.

...siis ehkä just jotain toimintaa tai harrasteita ja lisätään viriketoimintaa.

Viriketoimintana oli muun muassa eläinvierailut, joissa yleensä tutun ihmisen lemmikkieläin vieraili osastolla. Hoitajia ihmetytti miksi iso koira ei saanut huomiota asukkailta mutta pieni koira sen sijaan sai paljon aktiviteettia aikaiseksi, jolloin asukkaat kilvan yrittivät saada pienen koiran huomiota. Moni asukas jopa nojasi pyörätuolissa eteenpäin tai kumartui jotta pystyi silittämään pientä koira. Viriketoimintaa oli myös erilaiset jumppaamistuokiot ja kuntosalin hyödyntäminen asukkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Kodinomaisuus luo turvallisuuden tunnetta muistisairaalle

Kodinomaisuus luo turvallisuuden tuntua muistisairaalle, voi lepäillä ryhmäkodin sohvalla ja kuulla samalla osaston ääniä.

Joka solussa on sohvia ja paljon tyynyjä. Asukkaat tykkäävät köllötellä sohvilla ja on sellaisia asukkaita jotka eivät halua mennä omaan huoneeseen päivälevolle, mutta sitten he köllöttelevät sohvalla et varmaan, kun kuuluu jotain ääntä, niin on turvallisuuden tuntuista.

Kodinomaisuutta oli luotu osastoille muun muassa sohvilla ja tyynyillä. Muutamat asukkaat tykkäsivät kanniskella tyynyjä mukanaan kävellessään osastoilla.

5.2 Onnistumiset motivoivat hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja

Hoitajat kuvailivat mistä saavat työssään motivaatiota käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja rauhoittaessaan muistisairaana haastavien käytösoireita. Motivaatiota antaa lääkkeettömien hoitotyön keinoja käyttämisessä koostui kolmesta eri alaluokasta.

Hoitajan kokemus lääkkeettömän hoitotyön kehittämisestä

Hoitajat kertoivat, kuinka ennen vanhaan annettiin rauhoittavaa, jolla saatiin asukas yhteistyökykyiseksi mutta nyt käytettiin erilaista näkökulmaa ja huomattiin että oli lääkkeettömiä hoitotyön keinoja rauhoittaa asukasta. Koulutuksissa hoitajat olivat opetelleet yhteyden luomista asukkaaseen, jota voitiin käyttää käytösoireen rauhoittamisessa.

...huomataan että on hyviä keinoja ilman niitä lääkkeitäkin rauhoittaa sitä ihmistä.

Koulutus oli lisännyt lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä ja hoitajat olivat huomanneet, että lääkkeettömät keinot auttavat hoitotyön arjessa, jolloin hoitajan fyysinen työn kuormittavuus oli vähentynyt. Hoitajat totesivat myös, että asukkaan persoonaa tai tunteita ei lääkitä vaan ne saa tulla esiin.

Hoitajien oikeiden toimintatapojen löytyminen ja haastavien tilanteiden ennaltaehkäisy

Hoitajat kokivat saavansa motivaatiota yhtenäisistä toimintavoista, joilla voitiin rauhoittaa käytösoireita ilman rauhoittavia lääkkeitä. Lääkkeettömät hoitotyön keinot olivat ryhmäkodissa käytössä ja niiden käyttäminen motivoi suurinta osaa hoitajista.

Henkilökohtaisesti motivoi ehkä eniten se, että löytäisi sellaiset oikeanlaiset toimintatavat, yksilöllisesti jonkun asukkaan kohdalla, että normaalit askareet hoituvat ilman että otetaan rauhoittavaa, se taas vaikuttaa negatiivisesti mahdollisesti liikkumiseen.

Haastavien tilanteiden ja käytösoireiden aiheuttajan ennaltaehkäisy motivoi hoitajaa työssään käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja.

Se motivoi ehkä eniten, että se olisi ennalta ehkäisevää, ettei niitä vaikeita tilanteita tulisi.

Muistisairaahan hoitotyö vaati hoitajilta heittäytymistä, jossa menttiin muistisairaahan maailmaan ja voitiin ennakoida haastavia tilanteita. Hoitajat totesivat, ettei tällainen heittäytyminen kaikille sovi mutta niitä hoitajia, jotka siihen pystyivät, kannustettiin.

Lääkkeettömien hoitotyön keinojen toimivuus asukkaan rauhoittamisessa

Kuusi hoitajaa sanoi saavansa motivaatiota lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön onnistumisesta hoitotyön arjessa, jolloin ei tarvinnut turvautua rauhoittavaan lääkkeeseen vaan tilanne saatiin rauhoitettua usein vain hoitajan läsnäololla ja oikealla vuorovaikutuksella.

Se motivoi, kun hoitajat ovat käyttäneet niitä (lääkkeettömiä hoitotyön keinoja) ja huomanneet, että tämä toimii, hän rauhoittuu, istuu minun vieressä rauhallisena.

Koettiin myös, että motivaatiota saatiin erilaisista muistikoulutuksista ja tiedoista, että haastaviakin käytösoireita voitiin rauhoittaa lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

5.3 Hoitajan kokemus tuen saamisesta lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytössä

Haastattelussa kysyttiin, keneltä hoitajat olivat saaneet tukea ja millaista tukea kokivat saavansa. Hoitajan kokemus tuen saamisesta lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytössä koostui viidestä alaluokasta.

Työyhteisö antaa vertaistukea

Kaikki hoitajat kertoivat saavansa eniten vertaistukea työkavereilta sekä koko työyhteisöltä lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöön. Työyhteisö koostui henkilöstöstä, johon kuului eri ammattiryhmiä. Ammattiryhmistä mainittiin hoitajat, sairaanhoitajat, fysioterapeutti, esihenkilöt ja ylempi johto. Työyhteisössä juteltiin, keskusteltiin ja vaihdettiin kokemuksia, ajatuksia, vinkkejä sekä tietoa mitkä lääkkeettömän hoitotyön keinot toimivat missäkin tilanteessa. Yhdessä arvioitiin asukkaille sopivia yhtenäisiä toimintatapoja.

...me keskenään jutellaan niistä asioita, että kyllä se on koko työyhteisö minun mielestä.

Yleisesti hoitajat kokivat saavansa esihenkilöltä tukea lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytössä mutta tässä kohtaa mainittiin esihenkilö, jolta tukea ei saatu. Syyksi tuen puuttumiseen hoitajat kokivat, ettei kyseinen esihenkilö osallistunut hoitotyöhön eikä ollut tekemisissä asukkaiden kanssa.

Esihenkilö, joka ei ole millään lailla tekemisissä varsinaisesti asukkaiden kanssa niin hänen kanssaan on hyvin vaikea kommunikoida näistä asioista koska hän ei ole tietoinen mitä kentällä tapahtuu.

Hoitajat kuvailivat, että esihenkilön kanssa oli vaikea kommunikoida osastolla tapahtuvista asioista ja saada tukea työlleen.

Työnantaja haluaa edistää lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä

Haastatteluissa useampi korosti työnantajan tarjoamia koulutuksia, joista hoitajat kokivat saavansa paljon hyviä niin kutsuttuja työkaluja, kuinka kohdata muistisairas asukas, jolla on haastava käytösoire. Hoitajat arvostivat muistisairaana ymmärtämistä ja kohtaamista auttavia koulutuksia, joita työnantaja tarjosi. Validaatiokoulutus mainittiin usein haastatteluissa.

...annetaan mahdollisuus kaikkiin koulutuksiin ja tällaisiin, niin sieltä se tuki lähtee.

Koulutuksissa opeteltiin lääkkeettömällä hoitotyön keinoilla kohtaamaan muistisairas, jolla on haastava käytösoire ja ennaltaehkäisevästi haastavia tilanteita. Tällaisia koulutuksia oli esimerkiksi Mapa-, validaatio- ja kinestetiikkakoulutukset, joihin työnantaja kannusti kaikkia osallistumaan vuorollaan. Työnantaja oli kiinnostunut lääkkeettömistä hoitotyön keinoista ja tarjosi työntekijöille koulutukseen pääsyä.

Koulutusta ollaan saatu esim. Validaatio, Kinestetiikka, Mapa koulutuksen muodossa eli on tavallaan niitä työkaluja millä asukasta kohdata eri asioissa.

Hoitajat kertoivat myös Mapa- ja kinestetiikkakoulutuksista, joita olivat käyneet. Muita muistikoulutuksia mainittiin mutta ei eritelty nimillä. Koulutuksista hoitajat kokivat olevan suurta hyötyä haastavien tilanteiden kohtaamisissa ja rauhoittamisessa. Hoitajat kokivat saaneensa vertaistukea, kun koulutuksissa ratkottiin yhdessä haastavia tilanteita ja niiden ratkaisemista.

Täällä ryhmäkodissa meillä on ollut koulutuksia (lääkkeettömistä hoitotyön keinoista) ja nykyisin täällä käytetään todella vähän rauhoittavia lääkkeitä.

Haastattelussa neljä viittasi entisajan käytäntöön, jossa muistisairaalle annettiin käytösoireeseen ensiksi rauhoittavaa lääkettä, mutta nyt kokeiltiin ensisijaisesti rauhoittaa käytösoire lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla. Erilaisten koulutuksien myötä rauhoittavia lääkkeitä käytettiin vähemmän, varsinkin kun huomattiin että asukkaan käytösoire voitiin kohdata ja muuttaa lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla.

Fysioterapeutti tukee omalla osaamisellaan

Viisi hoitajaa mainitsi tutun ja asukkaat hyvin tuntevan fysioterapeutin, jonka koettiin autavan haastavista tilanteista selviämiseen lääkkeettömin hoitotyön keinoin. Fysioterapeutin sanottiin toimineen pitkään työyhteisössä.

Fysioterapeutti, häneltä tulee paljon hyviä neuvoja, kuinka kosketaan siirto tilanteissa asukkaaseen, jotta se ei niin paljoa ahdistaisi et se olisi sellainen turvallinen sekä asukkaalle että meille, jos sieltä lähtee se nyrkki tulemaan meitä kohden niin myös me osataan huomioida.

Hänen kanssaan voitiin keskustella asukkaista ja heidän haastavista käytösoireitaan sekä tilanteista. Hoitajat kokivat saavansa fysioterapeutilta ohjeita, vinkkejä sekä tietoa varsinkin liikkumiseen ja siirtymisiin liittyvistä haastavista tilanteista.

Omaisilta saatu tuki

Hoitajat kokivat saavansa omaisilta yleisesti tukea ja ymmärrystä, kun he kertoivat avoimesti asukkaan kuulumiset ja asukkaan arjesta ryhmäkodissa. Hoitajat saivat tukea myös, jos he perustelivat, miksi lääkkeitä ei heti anneta haastaviin käytösoireisiin. Omaisets kokivat haastavaksi tilanteeksi esimerkiksi asukkaan itkemisen, kun omainen lähti osastolta pois.

Omaisets ainakin tällä hetkellä ovat sellaisia, että ymmärtävät miksi joku asia tehdään näin tai miksi kokeillaan näin ja miksi ei lääkitä heti, jos asukas itkee.

Hoitajat arvelivat, että koronatilanne oli vähentänyt omaisten tietämystä asukkaan arjesta ryhmäkodissa ja mahdollisista ongelmista.

Onko se tämä korona aika mutta minusta tuntuu, että usein omaiset eivät tiedä minkälaisia asukkaat ovat täällä ryhmäkodissa, et jotain oikeita ongelmia voisi olla.

Hoitajat olivat pohtineet, yleismaailmallisen koronapandemian aiheuttaman vierailuiden kiellon vaikutuksia, muistisairaiden ja heidän omaisten väliseen kommunikointiin.

Lääkäriltä saa vain lääkkeellistä tukea

Hoitajat eivät kokeneet saavansa lääkäriltä tukea lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttämiseen, koska lääkärit kävivät harvoin sekä vaihtuivat usein, joten he eivät tuntenneet asukkaita pitkältä ajalta. Lääkärin tuntemus asukkaan voinnista perustui hoitajan kuvaukseen asukkaista sekä ryhmäkodin arjesta ja tuen muoto oli yleensä vain lääkkeellinen.

Lääkäriltä no tukea ja tukea, lääkäri käy kuitenkin harvoin, mutta sieltä saa lääkinnällistä tukea, jos tarvitaan. Jokainen voi miettiä, jos lääkäri käy keskimäärin kerran tai kaks kuussa, niin kuinka hyvä on ihmistuntemus siinä potilasta kohtaan, ei välttämättä ihan niin hyvä, kun mitä olisi toivottu, hoitajathan ovat siinä, jotka kertovat minkälainen tämä asukas on täällä päivittäin.

6 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Analyysin tuloksena oli hoitajien kokemukset lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Hoitajilla oli erilaisia kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä rauhoittaessaan muistisairasta tai haastavia tilanteita ryhmäkodissa. Hoitajat käyttivät ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdatessa muistisairaana, jolla on haastava käytösoire. Tutkimuksessa esiin tullutta tietoa, hoitajien käyttämien lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä, voidaan hyödyntää ryhmäkodin toiminnassa hyväksi havaittujen lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön tukemisessa.

Lääkkeettömiä hoitotyön keinoja, joilla kohdattiin muistisairas ryhmäkodissa, perustui kaikki jonkinlaiseen vuorovaikutukseen. Eniten määriteltiin lääkkeettömänä hoitotyön keinona oikea vuorovaikutus. Se koostui silmiin katsomisesta, hoitajan ja asukaan välisestä rauhallisesta juttelutusta/keskustelusta, asukkaan rauhallisesta koskettamisesta

sekä hoitajan läsnäolosta. Erilaisissa tilanteissa oikeaa vuorovaikutusta hoitajat käyttivät ensimmäisenä kohdatessaan muistisairaana, jolla oli haastava käytösoire.

Lääkkeettömänä hoitotyön keinona käytettiin myös haastavien tilanteiden ennakointia ja välttämistä. Siinä auttoi asukkaiden pienemmät ryhmäkoot viriketuokiossa tai ruokailuissa. Asukkaan siirtämistä hiukan etäämmälle muista asukkaista ruokailussa sekä asukkaiden tunteminen. Hoitajilla oli asukkaiden käyttäytymisen lukutaito, joka kehittyi asukkaan tuntemisen myötä. Hoitajat olivat oppineet tunnistamaan asukkaan lähettämät sanattomat viestit, joilla haastavien tilanteiden kehittymistä voitiin välttää.

Hoitajat käyttivät myös muistelua rauhoittaessaan asukkaan haastavaa käytösoiretta. Asukkaan ahdistuneisuutta tai kotiin lähtemistä voitiin hillitä muistelemalla asioita, jotka liittyivät kotiin tai siellä oleviin henkilöihin. Hoitajat käyttivät haastavissa tilanteissa myös harhauttamista, jossa asukkaan ajatusta ohjattiin tilanteesta pois ja yritettiin löytää toinen mielekäs kiinnostuksen kohde, jotta asukas ei huomioisi haastavaa tilannetta.

Lääkkeettömänä hoitotyön keinona hoitajat käyttivät asukkaan emotionaalisen tarpeen huomioimista, jossa sallittiin asukkaan erilaisten tunteiden ilmitulo. Hoitaja kohtasi asukkaan tunteet läsnäololla ja ajan antamisella asukkaalle. Hoitajat saattoivat rauhoittaa haastavia tilanteita siirtämällä asukas pois tilanteesta vaikkapa toisen asukkaan huoneesta, jolloin uhkaava tilanne rauhoittui. Myös hoitoympäristön huomioiminen ja rauhoittaminen voimakkaasta tausta hälystä toimi lääkkeettömänä hoitotyön keinona ryhmäkodissa. Rauhallisen musiikin käyttö toimi rauhoittavana lääkkeettömänä hoitotyön keinona, soidessa hiljaisella äänellä taustalla ruokailutilanteissa. Asukkailla oli mahdollisuus kuunnella myös omaa mielimusiikkiaan kuulokkeilla, omassa rauhallisessa nurkkauksessa.

Oikeaan vuorovaikutusta voidaan paloitella pienempiin osiin, jotka muodostuvat sanalliseksi, sanattomaksi sekä kehon viestinnäksi. Vuorovaikutusta tapahtuu eri osapuolien välillä erilaisina viestintöinä joilla osapuolet ilmaisevat itseään (Laaksonen & Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016: 8.) Kaikenlainen kanssakäyminen hoitajan ja asukkaan välillä on vuorovaikutusta ja hoitajat ovat työssään koko ajan vuorovaikutuksessa työympäristönsä kanssa (Sulkava-Eloniemi 2017).

Vuorovaikutusta on mahdollista opetella ja oppia (Kohlrieser 2014: 175). Työnantajan tarjoamat koulutukset Validaatio, Mapa ja Kinestetiikka keskittyvät vuorovaikutukseen,

sanalliseen ja sanattomaan unohtamatta kehollista vuorovaikutusta. Koulutuksen merkitys vastauksissa ilmeni vahvana ja koulutuksesta oli koettu olevan positiivisia vaikutuksia käytännön arjessa. Kiitosta sai esihenkilötaso, joka tukee hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja muistisairaahan kohtaamisessa ja hoivassa. Esihenkilöiltä hoitajat olivat saaneet ymmärrystä työskentelylle, joka vaatii heittäytymistä muistisairaahan maailmaan lääkkeettömässä hoidossa. Lääkärityö sai hoitajilta kritiikkiä lääkäriyöntekijöiden vaihtuvuudesta, jolloin lääkärit eivät ehdi tutustua tai tuntea asukkaita kunnolla, ja hyvän hoitosuhteen luominen jää vain hoitajille. Tällöin lääkärin pitäisi kuunnella hoitajaa, joka on asukkaan asiantuntija siinä arjessa, päätettäessä hoidosta sekä lääkityksestä.

Hoitajia motivoi käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja nimenomaan asukkaan hyvinvointi, myös henkinen hyvinvointi. Hoitajat eivät halua ensimmäiseksi lääkittää rauhoittavilla lääkkeillä asukkaita ns. zombeiksi miten hoitajat kuvailivat asukkaiden lääkkeistä tulevan, vaan että asukkaan elämänlaatu ja hyvinvointi pysyy hyvänä lääkkeettömin hoitotyön keinoin tilanteita rauhoittamalla tai ennakoimalla. Hoitajat kokivat lääkkeettömien hoitotyön keinojen helpottavan fyysistä työtä, kun muistisairaalla on vielä omaa toimintakykyä jäljellä, jolloin pystyy esimerkiksi syömään ja kävelemään itse.

6.1 Tulosten tarkastelu

Tuloksissa tuli esille, että hoitajat käyttävät erilaisia lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ennakoidessa tai rauhoittaessa haastavia tilanteita sekä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire.

Analyysissä pääluokaksi muodostui hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Hoitajien kokemuksiin vaikutti asiat, jotka on alaluokista ryhmitelty yläluokiksi. Alaluokkien sisältöä kuvaavat otsikot kertovat erilaisista lääkkeettömistä hoitotyön keinoista ja niiden vaikutuksista, haastavista tilanteista ja arjen sujuvuudesta ryhmäkodissa sekä hoitajan motivaation ja tuen saamisesta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitajien kokemuksia lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire.



Tulokseni tukevat oikean vuorovaikutuksen tärkeyttä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Burakoff & Haapala (2013) pitivät oikeana vuorovaikutuksena silmiin katsomista, rauhallista kosketusta ja keskustelua tai juttelua. Myös yhteinen nauru, kuunteleminen, hyväksyvä nyökkäys, osoitettu sana, ylipäättään pysähtyminen vierelle ja huomioiminen on kohtaamista ja oikeaa vuorovaikutusta. (Burakoff & Haapala 2013: 13.) Nämä asiat tulivat esiin haastatteluissa. Hoitajat kertoivat oikean vuorovaikutuksen olevan kohtaamisissa muistisairaahan huomioimista, silmiin katsomista, juttelua sekä kehonkielen ymmärtämistä. Käytösoireeksi luonnehdittuun käytökseen hoitajan osallistuessa käytösoire laantui, kun asukas oli saanut tunteen, että hänet on huomioitu, vaikka sanallista viestintää ei pystynyt tuottamaan. Hoitajat kertoivat, että asukkaan vierelle pysähtyminen ja hoitajan hiljainenkin läsnäolo helpotti muistisairaahan käytösoireita.

Lääkkeettömänä hoitotyön keinona hoitajat käyttivät myös ennakointia. Haastavia tilanteita hoitajat ennakoivat siirtämällä asukas hiukan sivummalle esimerkiksi ruokailutilanteissa, tai hoitaja laittoi hiljaista taustamusiikkia ruokasaliin tai kuulokkeiden kautta kuunneltavaa mielimusiikkia asukkaalle. Hoitaja antoi asukkaalle erilaisia materiaaleja kokeiltavaksi ja pideltäväksi tai hoitajat käyttivät aromaterapiaa. Hoitajat olivat huomanneet, että lämpötyyny tai hieronta saattoi rauhoittaa levotonta asukasta. Hoitajan ajan antaminen asukkaalle, vieressä istuminen, kädestä kiinnipitäminen, yhdessä kävelyä, ulkoilua ja liikuntaa, erilaiset virike ja viriketoiminta, tanssiminen tai laulaminen saattoi rauhoittaa tilanteita tai suunnata muistisairaahan huomion muualle. Tilanteiden ennakoinnissa tärkeää oli kertoa tarkkaan muistisairaalle mitä tehdään sen hetkisessä tilanteessa, joka voisi aiheuttaa haastavaa käytösoiretta.

Muistelu on myös vuorovaikutusmenetelmä, jossa korostuu muistisairasta kunnioittava kohtaaminen sekä hänen muistojen ja elämäkokemusten arvostaminen. Muistelulla hoitaja voi kohdata ja oppia tuntemaan muistisairasta ikäihmistä paremmin, sekä lisätä hänen kokemuksellista hyvinvointia että parantaa elämänlaatua. (Stenberg 2015: 4.) Ryhmäkodissa muistelua oli käytetty kohtaamisissa varsinkin, kun asukas, joka oli kovasti lähdössä kotiin tai etsinyt vanhempiaan. Muistelulla hoitaja oli saanut asukkaan muistelemaan esimerkiksi mitä äidin kanssa tekivät ja missä kävivät ja kun jonkin aikaa oli äitiä muisteltu niin äidin hakeminen unohtui ja asukas pystyi keskittymään muihinkin asioihin esimerkiksi syömiseen.

Burakoff & Haapala (2013) pitävät empatiakykyä tärkeänä taitona kohdatessa muistisairasta, jonka kyky hahmottaa asioita on heikentynyt. Eläytymällä muistisairaahan

kokemuksiin on mahdollista ymmärtää mitä ihminen yrittää viestittää ilman sanoja. Väärinymmärryksiä syntyy helposti, jos ympärillä olevat ihmiset eivät ymmärrä muistisairaana sanattomia viestejä tai ne tulkitaan väärin. (Burakoff & Haapala 2013: 12).

Hoitajat kuvailivat tilanteita, joita ryhmäkodissa voi syntyä juurikin asukkaiden kognitiivisten kykyjen heikentyessä, kun ei enää hahmoteta itseään tai ympäristöään kunnolla. Hoitajat pitivät ongelmana, kuinka ehtiä ennakoimaan kaikkia haastavia tilanteita, kun ryhmäkodissa on asukkaita, jotka liikkuvat omatoimisesti sekä asukkaita, jotka eivät enää siihen kykene tai ei pysty tuottamaan sanallista viestintää

Hoitajilla on työssään tavoitteena asukkaan hyvä olo itsensä kanssa. Tätä tavoitetta tuki myös asukkaan toimintakyvyn säilyttäminen. Hoitajat tarjosivat muistisairaille mahdollisuuden säilyttää toimintakykyään esimerkiksi säännöllisillä kuntosalikäynneillä, ulkoilulla sekä jumppatuokioilla. Hoitajat totesivat, että liikunnasta moni tykkää ja sitä on mahdollista toteuttaa pienelläkin tekemisellä. Hoitajat olivat todenneet myös, että lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttö säilytti muistisairaana toimintakykyä ja antoi asukkaalle ihmisarvoista elämää ryhmäkodissa.

Kivelän & Rähän (2007) mukaan erilaisia psykoosilääkkeitä käytetään yleisesti muistisairaiden käytösoireiden lieventämiseen. Tutkimusten mukaan psykoosilääkkeet saattavat nopeuttaa muistisairaiden kognitiivista toimintakyvyn pysyvää heikkenemistä. Rauhoittavista lääkkeistä voi olla myös haittavaikutuksena käytösoireiksi luettavia oireita esimerkiksi levottomuutta, tuskaisuutta, unettomuutta ja yöllistä sekavuutta. (Kivelä & Rähä 2007: 59—60.) Hoitajat ovat todenneet rauhoittavien lääkkeiden käytöllä haastavien käytösoireiden muuttamisessa olevan sivuvaikutuksia, jotka ovat haitanneet asukkaan toimintakykyä ja lisänneet jopa henkilökunnan fyysistä työtä ja näitä halusivat välttää, jotta asukas saa nauttia loppuelämästään niillä voimavaroilla, joita heillä oli jäljellä.

Tuloksissa tuli esille, että vaikka hoitajat ennakoivat tilanteita, joista saattaa syntyä muistisairaalle käytösoireita niin kaikkia tilanteita ei voitu välttää. Varsinkin haastavina tilanteina koettiin peseytymiseen liittyvät hoitotilanteet, joissa hoitaja joutui menemään asukkaan henkilökohtaiseen tilaan. Asukas saattoi olla hyvinkin aggressiivinen hoitajia kohtaan. Näistä tilanteista hoitajat totesivat, että tekisi hoitaja mitä vaan, niin se ei auta, joten hoitajat joutuivat kokeilemaan rauhoittavaa lääkettä tilanteen loppuun saattamiseksi tai laukaisemiseksi. Muistisairaana hyvään hoitoon kuuluu asianmukainen muistilääkitys, jonka vaikutuksena on myös käytösoireiden lieventyminen, mutta rauhoittavien

lääkkeiden käyttö on suotavaa, jos muistisairas on vaaraksi itselleen tai muille (Muistisairaudet 2017). Työssään hoitajat olivat huomanneet, ettei kaikkiin haastaviin käytösoireisiin lääkkeetkään auttaneet, vaan joutuivat tyytymään vallitsevaan tilanteeseen.

Turvallisuuden tunne on ihmiselle tärkeää ja muistisairaalle hyvin tärkeää, jotta ei synnyisi käytösoireita. Eri ihmisille, eri asiat tuovat turvallisuutta. Myös kodinmukaiset äänet saattavat luoda sisustuksen lisäksi turvallisuuden tunnetta muistisairaalle. Hoitajat kuvailivat ryhmäkodin arkea ja kuinka jotkut asukkaat halusivat olla äänien keskellä, jota esimerkiksi hoitajien puhe tuotti, tai astioiden kilinästä kuului. Hyötyisikö toiset asukkaat huonekaverista, joka voi antaa tunteen, ettei muistisairas ole jäänyt yksin.

Haastatteluissa hoitajat kuvailivat, kuinka ennen hoitotyössä käytettiin paljon rauhoittavia lääkkeitä muistisairaiden käytösoireiden rauhoittamisissa. Hoitajat vertailivat entisajan käytäntöjä ja tämänhetkistä työpaikan hoitokulttuuria. Koulutus oli lisännyt hoitajien tietoisuutta sekä erilaiset kokemukset rauhoittavien lääkkeiden käytöstä, joten hoitajat totesivatkin, että nykyään käytetään toisenlaista näkökulmaa haastavissa tilanteissa ja niitä kohdataan ensisijaisesti lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla. Näissä tilanteissa onnistumiset motivoivat hoitajia käyttämään enemmän lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ja kokeilemaan niitä myös erittäin haastavissa tilanteissa. Kun löytyi oikeita toimintatapoja haastaviin tilanteisiin, jossa hoitajat saattoivat vielä tukea asukkaan toimintakykyä niin se lisäsi hoitajien motivaatiota. Tulosten mukaan onnistumiset motivoivat hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja. Sisäinen motivaatio tulee yksilöstä itsestään ja auttaa työntekijää tekemään häntä innostavia asioita riippumatta siitä onko luvassa ulkoista palkkiota (Martela & Jarenko 2014:14).

Haastatteluissa kaikki hoitajat sanoivat saavansa tukea lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöön omalta työyhteisöltä eli työkavereilta. Tuen muoto oli keskustelut ja kokemusten jakaminen, erilaiset palaverit ja työtehtävien jakaminen tai haastavassa tilanteessa työtehtävien vaihtaminen. Myös koulutuksista oli saatu tukea, varsinkin kun koulutuksen ohjaajan kanssa oli pohdittu haastavan muistisairaahan kohtaamista lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla. Omaisilta saatu tuki jäi hoitajien mielestä laihaksi, koska hoitajat joutuivat perustelemaan lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä omaisille. Omaiset antoivat hoitajille tukea, kun saivat tietoa lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutuksista, sekä varmuuden, ettei asukas kärsinyt käytösoireesta pitkään.

Fysioterapeutin panosta työhön ja hoitajien tukemiseen on kiiteltä monessa haastattelussa. Hänet mainittiin työskennelleen pitkään kyseisessä ryhmäkodissa ja tuntevan hyvin asukkaat, joten saattoi antaa hoitajille tukea heidän käyttäessään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja sekä opastaa ennakoimaan tilanteita, jotta käytösoireita ei kehittyisi. Tällaisia tilanteita oli lähinnä asukkaiden erilaiset siirtotilanteet.

Kun työntekijä saa kokemuksen työnantajan tai työnantajan edustajan huomioineen hänen onnistumisen, vahvistuu työntekijän kokemus omasta osaamisestaan ja yhteisöllisyydestään (Martela & Jarenko 2014: 51). Muistisairaahan hoitotyö vaatii hoitajaltaan heittäytymistä, johon esihenkilöt kannustivat ja tukivat hoitajaa. Hoitajien kokemus tuen saamisesta haastavassa hoitotyössä oli positiivista varsinkin, kun työyhteisön ohella usein mainittiin työnantaja tai esihenkilö tuen antajaksi. Työnantaja voi tukea työntekijää sisäisen motivaation löytämisessä ja vahvistamisessa, mahdollistamalla työntekijän taitojen kehittymistä ja houkutella työntekijä käyttämään niitä taitoja työyhteisön hyödyksi (Martela & Jarenko 2014: 36).

Työnantaja antoi tukea varsinkin erittäin haastavien asukkaiden kohdalla ja tuen muoto oli erilaiset koulutukset. Haastatteluihin osallistuneet hoitajat olivat käyneet validaatiokoulutuksen, sekä osa myös muita koulutuksia, joista oli suuri hyöty hoitajalle kohdatessaan muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Opinnäytetyön teemahaastatteluiden aineistossa korostui lääkkeettömien hoitotyön keinojen onnistunut käyttö kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire. Hoitajat kiteyttivät haastatteluissa näkemyksiään hoitokulttuurin suunnasta, jossa ei enää ensiksi anneta käytösoireisiin rauhoittavia lääkkeitä, vaan yritetään käyttää lääkkeettömiä hoitotyön keinoja muistisairaahan kohtamisessa, jolla on haastava käytösoire.

Tässä opinnäytetyössä tuli selkeästi esille, että Omakotisäätiö on panostanut muistisairaiden kohtaamisiin erilaisilla koulutuksilla. Jokaiselle työntekijälle tarjotaan esimerkiksi Validaatio koulutusta ja haastatteluissa hoitajat mainitsivat usein juurikin tämän koulutuksen. Myös MAPA ja Kinestetiikka mainittiin muutaman kerran nimiltä, mutta muita muistikoulutuksia, joita henkilökunta oli käynyt, ei eritelty nimiltä. Henkilökunnan saamista koulutuksista varsinkin Mapa on toimintamalli, joka antaa keinoja haasteellisen käyttäytymisen ennakointiin. Suomen Mapa keskus tekee yhteistyötä Laurea ammattikorkeakoulun kanssa tarjoten haasteellisen käytöksen ennaltaehkäisyn ja hallinta koulutusta (Suomen mapa@keskus. n.d.). Työnantajan tarjoamat koulutukset paransivat sekä lisäsivät lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä ja tukivat hoitajaa niiden

käyttämässä. Koulutukset lisäsivät tietoa lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytöstä sekä niiden vaikuttavuudesta.

Lääkärit antavat tukea hoitajille muistisairaahan hoitamisessa, mutta tuen muoto on enemmänkin lääkkeellinen rauhoittaminen. Hoitajat kuvailivat tilanteita, joissa lääkärit eivät otaneet kantaa lääkityksen muuttamiseen, koska eivät tunteneet asukasta riittävän pitkältä ajalta. Tämä oli hoitohenkilökunnan kannalta kuormittava tilanne. Hoitajien piti kertoa lääkäreille asukkaan tilanteesta sekä lääkityksen tarpeesta tai muuttamisesta. Hoitajat kokivat, etteivät saaneet tukea tai kannustusta lääkäreiltä lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttämässä. Tässä suurimpana syynä pidettiin lääkäreiden nopeaa vaihtuvuutta, jolloin lääkäreillä ei ehtinyt syntyä kunnon hoitosuhdetta asukkaisiin.

Tutkimuksen tuloksissa ei isoja yllätyksiä tullut, vaan tulokset todensivat kirjallisuuden ohjeistuksia ja yhteenvetoja. Muistisairas, jolla on haastava käytösoire, kohdataan käyttämällä lääkkeettömiä hoitotyön keinoja ja jos mikään ei auta niin rauhoittavia lääkkeitä voidaan kokeilla tilanteen laukaisemiseksi. Tällä tavalla on esimerkiksi Käypä hoito -suosituksissa ohjeistettu, muistisairaahan käytösoireiden rauhoittamista (Muistisairaudet 2017). Myös työnantajan tuki ja koulutuksien tarjoaminen on motivoinut hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja muistisairaahan kohtaamisissa ja näin edesautta- neet muistisairaahan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Haastattelussa hoitajat kertoivat myös, että kaikkiin haastaviin käytösoireisiin ei kuitenkaan löydy lääkkeetöntä hoitotyön keinoa vaan tarvittaessa käyttivät rauhoittavia lääkkeitä. Tästä kaikesta syntyi tutkimuk- sen tulos, joka pohjautuu hoitajien kokemuksiin, lääkkeettömien hoitotyön keinojen käy- töstä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa hoitajien kokemuksia ja tarkastella käyttävätkö hoitajat lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdatessaan muistisairas, jolla on haastava käytösoire sekä kuinka lääkkeettömät hoitotyön keinot auttavat niissä tilan- teissa. Tutkimuksen tuloksena ilmeni, että hoitajat käyttävät erilaisia lääkkeettömiä hoi- totyön keinoja kohdatessaan muistisairas, jolla on haastava käytösoire (Taulukko 4).

Kurosen (2017) tutkimuksessa lääkkeettömänä hoitotyön keinona hoitajat käyttivät eni- ten oikeaa vuorovaikutusta. Myös tässä opinnäytetyössä tuloksissa esiintyi vahvasti lääkkeettömänä hoitotyön keinona oikea vuorovaikutus, hoitajan kohdatessa

muistisairas, jolla oli haastava käytösoire. Oikealla vuorovaikutuksella voitiin muuttaa käytösoiretta tai haastavaa tilannetta rauhallisemmaksi.

Muistisairaus aiheuttaa monenlaisia haastavia tilanteita arjessa, kun muistisairas ihminen ei hahmota itseään tai ympäristöään ja kognitiiviset taidot hiipuvat hiljalleen. Lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön vaikutuksina ilmeni muistisairaana ihmisarvoisen elämän ja toimintakyvyn säilyttäminen. Muistisairaalle arjen sujuvuuteen ryhmäkodissa kuuluu kodinomaisuus sekä viriketoiminnan, ulkoilun ja liikunnan käyttämisen mahdollisuus säilyttäessään toimintakykyään. Arjen sujuvuudessa voidaan myös joutua käyttämään rauhoittavia lääkkeitä, joihin on lääkäri todennut tarpeen. Hoitajien vastauksissa kuitenkin ilmeni selvästi, että kun koulutusten myötä oli lisätty lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä, niin rauhoittavien lääkkeiden käytön tarve oli vähentynyt.

Tämä lääkkeettömien hoitotyön keinojen käytön lisääminen on vähentänyt rauhoittavien lääkkeiden käyttöä tulos, näyttäytyy ristiriidassa edellisten tutkimuksien kanssa, joissa on todettu, kuinka Suomessa käytetään muistisairaiden pitkäaikaishoidossa runsaasti rauhoittavia lääkkeitä. Kurosen (2017), Sipiläisen (2016) Valkohaavan (2014) Räsäsen (2011) sekä Saarnion (2009) tutkimuksissa on todettu fyysisten ja lääkkeellisten rajoitteiden käytön olevan runsasta muistisairaana hoidossa. Muistisairaille käytettävien rauhoittavien lääkkeiden vähentämisessä vastauksena on hoitajien koulutus, joka lisää lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella hoitohenkilökunnan kouluttaminen on lisännyt lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä sekä motivoinut hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja, kun ovat huomanneet niiden toimivan hoitotyössä. Hoitajille motivaatiota antoi myös asukkaan hyvinvointi ja toimintakyvyn säilyttäminen. Työnantajan ja esihenkilöiden tuki hoitohenkilökunnalle on tärkeää hyvän hoitokulttuurin luomisessa. Tässä opinnäytetyössä tämä on tullut esille, työnantajan tuki on auttanut hoitohenkilökuntaa ja lääkkeettömiä hoitotyön keinoja käytetään hoitajien mukaan, tällä hetkellä selvästi enemmän.

Tämä muistisairaana, jolla on haastava käytösoire, kohtaaminen lääkkeettömin hoitotyön keinoin aiheena on kiinnostanut minua pitkään. Olen toiminut vanhustyössä parikymmentä vuotta ja kohdannut usein muistisairaita, joilla on haastavia käytösoireita. Näissä tilanteissa olen usein saanut käytösoireet muutettua lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Itse olen lääkkeettöminä hoitotyön keinoina käyttänyt oikeanlaista vuorovaikutusta, joka on silmiin katsominen, rauhallinen keskustelu tai juttelu sekä rauhallinen kostattaminen. Olen myös antanut aikaa muistisairaalle haastavassa tilanteessa ja kertonut rauhallisesti mitä olen tekemässä sekä yrittänyt suunnata hänen huomion muualle. Olen huomannut omassa työelämässä hoitokulttuurin muuttuneen, hitaasti mutta varmasti, lääkkeettömien hoitotyön keinojen ensisijaiseen käyttöön ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on vähentynyt varsinkin koulutuksen avulla.

7.1 Eettisyys

Tämän opinnäytetyön tutkimuksessa kunnioitetaan haastatteluun osallistuneiden henkilöiden ihmisarvoa ja itsemääräämisoikeutta. Tutkimus on toteutettu niin ettei siitä koidu haastatteluun osallistuneille, työyhteisölle tai Omakotisäätiölle merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja. Omakotisäätiön Johtaja laitto muistisairaiden kanssa työskentelevälle henkilöstölle sähköpostia, jossa oli liitteenä tekemäni tiedote tutkimuksesta ja suostumuskaavake haastatteluun. Haastatteluun osallistuminen täytyy työntekijälle olla täysin vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä ilman seuraamuksia (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 177).

Ne työntekijät, jotka halusivat osallistua haastatteluun, ottivat minuun yhteyttä sähköpostitse ja sovin heidän kanssaan sähköpostin kautta haastattelun päivästä ja kellon ajasta. Haastattelut suoritettiin Teams-kokouksena, johon lähetin liittymislinkin osallistuvien sähköpostiin. Haastattelut tallennettiin ja alussa pyysin siihen luvan haastateltavalta. Suostumuskaavakkeiden allekirjoitukset sain jokaiselta erikseen sähköpostin kautta.

Tässä opinnäytetyössä on noudatettu tiedeyhteisön hyväksymiä toimintatapoja, rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten arvioinnissa, sekä esittelyssä. Haastatteluissa syntynyt tietoaineiston käsittely ja tallentaminen sekä hävittäminen on tapahtunut tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan, huomioiden EU:n laatiman uuden tietosuojasetuksen, GDPR ohjeistuksen tutkimusaineiston käsittelyssä.

Eettisten näkökulmien huomioon ottaminen on tärkeää tässä opinnäytetyössä. Laadullisella tutkimuksella kun pyritään ymmärtämään ihmisen käyttäytymistä ja tässä opinnäytetyössä kohteena oli hoitajien näkökulma haastavassa hoitotilanteessa. Tutkimus on tehty yksilöllisenä teemahaastatteluna, jossa tutkijana haastattelin yhtä osallistujaa

kerrallaan. Tosin yhdessä haastattelussa kävi ilmi, että haastateltavia olikin kaksi hoitajaa yhtä aikaa ilman että asiasta oli haastattelijan kanssa etukäteen sovittu.

Tutkimustuloksia on kirjoitettu niin että haastatteluun osallistuneiden anonymiteetti on suojattu (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009: 179). Opinnäytetyössä ei ole käsitelty työntekijöiden tunnistamiseen tarvittavia tietoja eikä ryhmittelevääkään tietoa ole tarvittu. Tutkimuksen tekijänä minulla ei ole ollut minkäänlaista sidosta Omakotisäätiöön tai heidän työntekijöihin. Kaikki yhteydenotot on tehty etänä enkä tunne ketään henkilöä, joka työskentelee Omakotisäätiössä.

7.2 Luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole yksinkertaisia ohjeita. Tutkimuksen empiirisen aineiston kerääminen ja sen analysointi sekoittuvat yleensä toisiinsa, joten tutkimusta täytyy arvioida kokonaisuutena, jonka avulla, pyritään luomaan merkityksiä, joista on hyötyä työelämässä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997: 220). Luotettavuuden tarkastelu edellyttää riittävää opinnäytetyön dokumentointia. Kylläntymistä voi käyttää lisäksi luotettavuuden todentamisessa. Kun empiirisen aineiston tulokset toistuvat, voidaan puhua kylläntymisestä ja todentaa luotettavuus. (Kananen 2014: 267—268, 271) Haastatteluissa kylläntymistä alkoi tapahtua nopeasti, mutta halusin kuitenkin tehdä kaikki sovitut haastattelut. Kylläntyminen kertoi, että aineistoa oli riittävästi. Tutkimuksesta saaduista tuloksista tehdään arvio, onko tavoitteet saavutettu ja vastaako ne teoriaviitekehystä.

Haastattelut jouduttiin suorittamaan etänä maailman laajuisen koronapandemian vuoksi. Tein haastattelut Teams-kokouksena mutta kuvayhteyttä ei ollut. Käytössäni oli siis vain ääni ja yhdestä haastattelusta hetkellistä kuvaa, mutta se ei tuonut lisäarvoa haastatteluihin. Haastateltavat oli mielestäni avoimia kysymyksien suhteen ja vastasivat laajasti sekä monipuolisesti niihin. Osa haastateltavista oli pohtinut etukäteen aihealuetta, joista olivat lukeneet lähettämästäni tiedotteesta.

Haastattelu oli välillä keskustelun omaista, jossa haastateltava kertoi asioita käyttäen ammattikieltä, joita hoitajat keskenään käyttävät työelämässä. Haastateltavat kertoivat ajatuksiaan niin että vastapuoli ymmärsi mitä tarkoittavat missäkin tilanteessa ilman että aukaisivat asiaa sanoittaen kokonaan. Tällöin asia jäi hiukan tulkinnan varaan, josta tein merkinnän päiväkirjaan. Haastattelijana välillä toistin kysymyksen, kun asia alkoi luisua

niin sanotusti sivuraiteille. Yhdessä haastattelussa en saanut vastausta yhteen kysymykseen, vaikka yritin sitä aukaistakin. Haastateltava ei ymmärtänyt mitä kysymyksellä tarkoitettiin ja kenen näkökulmasta kysymys oli asetettu.

Haastatteluista olen käyttänyt lainauksia tulosten raportoimisessa, mutta olen muuttanut lainauksien puhekielen kirjalliseen muotoon, jotta haastatteluihin osallistuneita ei voisi tunnistaa puhekielen tai murteen perusteella.

7.3 Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Tämä opinnäytetyön tutkimusosio on toteutettu yhteistyössä Omakotisäätiön kanssa. Tutkimustulosten hyödyntämisen jätän Omakotisäätiölle, joka voi hyödyntää tuloksia heidän parhaaksi katsomalla tavalla. Uskon että tutkimustulosten hyödyntäminen on hoitajia kannustava ja tuo lisäarvoa muistisairaiden hoitotyön kehittämiseen. Samalla tutkimustulokset kertovat kuinka koulutus on helpottanut hoitajien suhtautumista muistisairaiden haastaviin käytösoireisiin tai haastaviin tilanteisiin muistisairaiden kanssa. Vuorovaikutuksiin keskittyvistä koulutuksista on hyötyä hoitotyössä ja motivoi hoitajia käyttämään lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdatessa muistisairas, jolla on haastava käytösoire.

Tuloksissa tuli esille, että hoitajien koulutus oli lisännyt lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä ja näin rauhoittavien lääkkeiden käytön tarve oli vähentynyt. Tästä voisi kehittää kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuskohteen rauhoittavien lääkkeiden käyttämisen tarpeen vähentymisestä suhteessa lääkkeettömiin hoitotyön keinoihin. Erilaisten vuorovaikutukseen vaikuttavien koulutusten lisäyksen todentaminen tulisi näin esille. Vaikuttaisiko se aikanaan muistisairaahan hoitokulttuuriin muuttumiseen ja lopulta henkilökunnan sitouttamiseen?

Lähteet

Backhouse, Tamara & Killeth, Anne & Penhale, Bridget & Gray, Richard 2016. The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and ageing*. Volume 45, Issue 6, 2 November 2016 Saatavana osoitteessa: https://watermark.silver-chair.com/afw136.pdf?token=AQEC-AHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAI4wggJaBgkqh-kiG9w0BBwagggJLMIICRwIBADCCAkAGCSqGSIb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4. Luettu 5.2.2020.

Burakoff, Katja & Haapala, Peppi 2013. Kohdaten opas: 12—13. Tikoteekki. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy. https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluk-sia/kohdaten_netti.pdf. Luettu 10.8.2021.

Eloniemi-Sulkava, Ulla & Sulkava, Raimo 2008. Muistisairaiden ihmisten käytösoireet hoidon haaste: 125. Hartikainen Sirpa. Lönnroos, Eija (toim.) Geriatria arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki: Edita.

Erkinjuntti, Timo & Alhainen, Kari & Rinne, Juha & Huovinen, Maarit 2006. Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käytösoireet: 127—135. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Duodecim.

Erkinjuntti, Timo & Huovinen, Maarit 2008. Kun muisti pettää muistihäiriöt ja etenevät muistisairaudet: 188—189. Porvoo: WS Bookwell Oy

Feil, Naomi 1993. Tarkistus: Klerk-Rubin, Vicki. Validaatio menetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon: 5-8. Vanhustyön keskusliitto.

Granö, Sirpa & Heimonen, Sirkkaliisa & Koskisuu, Jari 2006. Kuntoutuksen sanakirja muistihäiriö- ja dementiatyöhön: 26—42. Alzheimer-keskusliitto. Helsinki: J-Paino Oy.

Hallikainen, Merja & Nukari, Toini 2017. Muistisairaana lääkehoidon periaatteet: 132. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Duodecim.

Haltia, Matti 2015. Dementia tutkimuksen historiaa: 24. Muistisairaudet. Keuruu: Duodecim.

Hantikainen, Virpi & Lappalainen, Raimo 2015. Kinestetiikan oppimateriaali: 5—6. Suomen Kinestetiikkayhdistys ry.

Hirvonen, Hanna 28.8.2019. Tutkimus kuuluu käyttöön. Asiantuntiahaastattelut. Memocate®. Saatavana osoitteessa: <https://memocate.com/tutkimus-kuuluu-kayttoon/>. Luettu 4.1.2021.

Hultqvist, Anu 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaana henkilön hoitotyössä: 73. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Järnström, Sanna 2011. "En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni". Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Tampere:

Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavana osoitteessa:

<https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Luettu 27.10.2019.

Kaarni, Tiina 2019. Vanhustyön palveluasumisyksiköiden lähijohtajien johtamisosaaminen ja siinä ilmenevät koulutustarpeet. Opinnäytetyö YAMK. Metropolia. Saatavana osoitteessa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/160462/Kaarni_Tiina.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 29.10.2019.

Kananen Jorma 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas: 268—271. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 187.

Kananen, Jorma 2008. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet: 73—91. Jyväskylän yliopistopaino.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä: 49. 177. 179. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kelo, Sini & Launiemi, Helena & Takaluoma, Matleena & Tiittanen, Hannele 2015. Eri-laiset ikääntyneet asiakkaina: 221. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma pro.

Kivelä, Sirkka-Liisa ja Räihä Ismo 2007. Iäkkäiden lääkehoito: 50—60. Turku. Saatavana osoitteessa: https://www.fimea.fi/documents/160140/753095/17702_julkaisut_Kapseli35.pdf. Luettu 23.7.2021.

Kohlrieser, George 2014. Johda dialogia. Panttivankineuvottelijan opit tiukkoihin vuorovaikutustilanteisiin: 175-176. Viro: Talentum.

Koponen, Hannu & Vataja, Risto 2015. Muistisairaudet: 474—457. Keuruu: Duodecim.

Koponen, Hannu & Vataja, Risto 15.09.2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito. Duodecim. Saatavana osoitteessa: <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>. Luettu 23.10.2019.

Kuronen, Marja 2017. Iäkkäiden muistipotilaiden käytösoireet, psyykenlääkkeet sekä fyysiset rajoitteet. Poikkileikkaustutkimus koti- ja laitoshoidossa. Väitöskirja. Grano Oy Jyväskylä. Saatavana osoitteessa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2432-2/urn_isbn_978-952-61-2432-2.pdf. Luettu 16.09.2019.

Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus: 16, 78—80. Helsinki: Edita.

Kämäräinen, Liisa 2011. TunteVa®-omaisten opas. Miten ymmärtää muistisarasta ihmistä? Tampereen kaupunkilähetys ry.

Laaksonen, Hannele 2008. Luottamukseen perustuvan voimistavan johtamisen prosessimalli ja työyhteisön hyvinvointi. Mallin testaus sosiaali- ja terveydenhuollon dementiayksiköissä. Väitöskirja. Vaasan yliopisto. Saatavana osoitteessa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-214-4.pdf. Luettu 30.10.2019.

Laaksonen, Ritva & Rantala, Leena & Eloniemi-Sulkava Ulla 2016. Ymmärrä -tule ymmärretyksi: 8-9. Vuorovaikutus muistisairaana ihmisen kanssa. SUMU. Helsinki.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559. Ammattihenkilölaki. Annettu Helsingissä 28.6.1994. Saatavana osoitteessa: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L3>. Luettu 17.1.2020.

Lönnoors, Eija 2014. Muistisairaahan lääkehoidon arviointi: 224. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Porvoo: Duodecim.

Lönnoors, Eija & Sillanpää, Heli 2014. Muistisairaahan lääkehoidon periaatteet: 221. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, Merja & Mönkäre, Riitta & Nukari, Toini & Forder, Marjo (toim.) Porvoo: Duodecim.

Lönnoors, Eija & Sillanpää, Heli 2014. Muistisairaahan lääkehoidon toteutuksen erityispiirteitä: 225. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, Merja & Mönkäre, Riitta & Nukari, Toini & Forder, Marjo (toim.) Porvoo: Duodecim.

Martela, Frank & Jarenko, Karoliina 2014. Sisäinen motivaatio: 14. 36. 51. Tulevaisuuden työssä tuottavuus ja innostus kohtaavat. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 3/2014. Helsinki. Saatavana osoitteessa: https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/tuvj_3+2014.pdf. Luettu 17.8.2021.

Memocate. N.d. Saatavana osoitteessa: <https://memocate.com/>. Luettu 20.2.2020

Metsämuuronen, Jari 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet Metodologia – sarja 4: 51. Viro.

Muistihäiriöt ja -sairaudet. N.d. Muistiliitto. Julkaistu 22.2.2017. Saatavana osoitteessa: <https://www.muistiliitto.fi/fi/etusivu>. Luettu 22.10.2019.

Muistisairaahan henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen- lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä- suositus. Hotus.fi. N.d. Julkaistu 18.12.2019. Saatavana osoitteessa: <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaat.pdf>. Luettu 17.1.2020.

Muistisairaudet 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavana osoitteessa: www.kaypahoito.fi ja <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#s10>. Luettu 23.10.2019.

Mönkäre, Riitta 2014. Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten kohtaaminen: 87—88. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, Merja & Mönkäre, Riitta & Nukari, Toini & Forder, Marjo (toim.) Porvoo: Duodecim.

Namaste Care Quality of life until the end of life. n.d Saatavana osoitteessa: <https://namastecare.com/welcome-to-namaste-care/>. Luettu 4.1.2021.

Nikumaa, Henna 2014. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus: 171. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Hallikainen, Merja & Mönkäre, Riitta & Nukari, Toini & Forder, Marjo (toim.) Porvoo: Duodecim.

Nikumaa, Henna 2017. Muistisairaahan itsemääräämisoikeus ja oikeudellinen toimintakyky: 190-191. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Hallikainen, Merja & Mönkäre, Riitta & Nukari, Toini (toim.) Tallinna: Duodecim.

Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka: 220. Juva: WSOY.

Pohjavirta, Hillervo & Sipola, Satu & Lumijärvi, Helka 2002. Validaatiotyöntekijäkurssin käyneiden kokemuksia validaatiomenetelmän käytöstä: 1. Tampereella 10/2002.

Räsänen, Riitta 2011. Ikääntyneiden asiakkaiden elämänlaatu ympärivuorokautisessa hoivassa sekä hoivan ja johtamisen laadun merkitys sille. Väitöskirja Lapin yliopisto. Juvenes Print, Tampere 2011. Saatavana osoitteessa: https://moodle.metropolia.fi/pluginfile.php/166186/mod_resource/content/1/Riitta%20R%C3%A4s%C3%A4nen%20v%C3%A4it%C3%B6s%20%28gerontologinen%20johtaminen%29.pdf. Luettu 2.1.2020.

Saarnio Reetta 2009. Fyysisten rajoitteiden käyttö vanhusten laitoshoidossa. Väitöskirja. Oulu. Saatavana osoitteessa: <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514292088.pdf>. Luettu 1.11.2019.

Sipiläinen, Heidi 2016. Hoitohenkikökunnan käsityksiä vanhusten kaltoinkohtelusta ympärivuorokautisen hoidon yksiköissä. Väitöskirja. Kuopio. Saatavana osoitteessa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2132-1/urn_isbn_978-952-61-2132-1.pdf. Luettu 30.10.2019.

Sulkava, Raimo 2010. Muistisairaudet: 133. Geriatria. Tilvis, Reijo & Pitkälä, Kaisu & Strandberg, Timo & Sulkava, Raimo & Viitanen, Matti. (toim.) Porvoo: Duodecim.

Suomen mapa@keskus. n.d. Laurea. Saatavana osoitteessa: <https://suomenmapakeskus.fi/mapa/>. Luettu 4.1.2021.

Stenberg, Taina 2015. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. Ikäinstituutti. Helsinki. 4. Saatavana osoitteessa: <https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/muistelu-vuorovaikutusmenetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf>. Luettu 20.7.2021

Tuomikoski, Annukka & Parisod, Heidi & Oikarainen, Ashlee & Siltanen, Hannele & Holopainen, Arja 2018. Lääkkeettömien menetelmien vaikutukset muistisairautta sairastavan haasteelliseksi koettuun käyttäytymiseen -raportti järjestelmällisten katsauksen katsauksesta. Muistiliiton julkaisusarja 1/2018. Saatavana osoitteessa: https://www.muistiliitto.fi/application/files/8915/5134/0010/Laakkeettomien_menetelmien_vaiikutukset_muistisairautta_sairastavan_paivittaisista_toiminnoista_selviytymiseen.pdf. Luettu 2.8.2021

Tuovinen, Anne & Lönnroos, Eija 2008. Iäkkään ravitsemus: 212. Geriatria. Hartikainen, Sirpa & Lönnroos, Eija (toim.) Helsinki.

Valkohaapa, Anna-Mari 2014. Hoitajien suhtautuminen psykiatriläkkeisiin ja niiden käyttöön kemiallisena rajoitteena ikääntyneiden pitkäaikaishoidossa. Pro gradu -tutkielma Helsingin yliopisto. Saatavana osoitteessa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/136136/Valkohaapa.%20Pro%20gradu.pdf?sequence=1>. Luettu 21.10.2019.

Vataja, Risto 2010. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet: 91—95. Muistisairaudet. Erkinjuntti, Timo & Rinne, Juha & Soininen, Hilikka (toim.) Porvoo: Duodecim.

Vataja, Risto 2017. Käyttäytymisen muutosten ja taustalla vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen: 54—56. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Tallinna: Duodecim.

Viinanen, Elina 2016. Hoitotyöntekijöiden työhön sitoutuminen. Opinnäytetyö. Liiketalouden koulutusohjelma. Haaga-Helia ammattikorkeakoulu. Saatavana osoitteessa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/120669/Viinanen_Elina.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Luettu 17.1.2020.

Viitala, Riitta & Lehto, Kirsi. Järnlström Maria (Toim.) 2014. Henkilöstöjohtaminen uuden edessä. Henkilöstöbarometrin nostamat kehityshaasteet. Vaasan yliopiston julkaisuja tutkimuksia 302. Liiketaloustiede 107. Johtaminen ja organisaatiot. Saatavana osoitteessa: https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-537-4.pdf. Luettu 2.11.2019.

Teemahaastattelurunko

Opinnäytetyön nimi: Muistisairaahan haastavan käytösoireen kohtaaminen lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Opinnäytetyön tekijä: Minna Lepistö

1. Millaisia muistisairaahan käytösoireesta johtuvia haastavia tilanteita hoitajat kuvaavat kohdanneen työssään?

- aggressiivisuus
- harhaisuus
- kotiin lähtö
- pelkotilat
- tavaroiden syöminen ja kätkeminen
- huutaminen

2. Käyttävätkö hoitajat lääkkeettömiä hoitotyön keinoja kohdatessaan muistisairaahan haastavan käytösoireen?

- silmiin katsominen
- rauhallinen kohtaaminen ja vuorovaikutus
- huomion muualle suuntaaminen

3. Missä tilanteissa hoitajat käyttävät ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitotyön keinoja?

- muistisairaahan kiihtynyt olotila
- levotonta kulkemista
- valvominen yöllä
- peseytyminen
- vaatteiden vaihto
- ruokailu
- muiden asukkaiden kohtaaminen

4. Millaisilla lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla voidaan hoitajien mielestä vaikuttaa muistisairaahan käytösoireen muuttamiseen?

- vuorovaikutus
- muistelu
- huomion muualle suuntaaminen
- tilanteiden ennakointi

- ympäristön muuttaminen

5. Kokevatko hoitajat lääkkeettömien hoitotyön keinojen auttavan muistisairaahan haastavan käytösoireen kohtaamisessa?

- käytösoire voimistuu
- käytösoire lientyy
- käytösoire muuttuu toiseksi käytösoireeksi
- käytösoire unohtuu ja jää pois

6. Millaista tukea ja keneltä hoitajat saavat työyhteisössä haastavan muistisairaahan käytösoireen lääkkeettömässä hoidossa?

- kannustusta työkavereilta
- koulutusta
- esihenkilön tuki
- lääkärin tuki
- oma motivaatio
- työyhteisön henki
- omaiset

Tutkittavan informointilomake

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Opinnäytetyön nimi: Muistisairaahan haastavan käytösoireen kohtaaminen lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Pyyntö osallistua tutkimukseen

Teitä pyydetään mukaan tutkimukseen, jossa tutkitaan lääkkeettömien hoitotyön keinojen käyttöä muistisairaahan haastavan käytösoireen kohtaamisessa ja sen muuttamisessa. Olemme arvioineet, että sovellutte tutkimukseen, koska työskentelette muistisairaiden ikäihmisten parissa omakotisäitiössä. Tämä tiedote kuvaa tutkimusta ja teidän osuuttanne siinä. Perehdyttyänne tähän tiedotteeseen teille järjestetään mahdollisuus esittää kysymyksiä tutkimuksesta, jonka jälkeen teiltä pyydetään suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Kieltäytyminen ei vaikuta kohteluunne työyhteisön jäsenenä. Voitte myös keskeyttää tutkimuksen koska tahansa syytä ilmoittamatta. Mikäli keskeytätte tutkimuksen tai peruutatte suostumuksen, teistä keskeyttämiseen ja suostumuksen peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta, miten muistisairaahan haastava käytösoire kohdataan lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla. Tarkoituksena on myös selvittää millaisia hoitotyön keinoja hoitajat käyttävät ohjatessaan muistisairaahan haastavan käytösoireen muuttamista.

Tutkimuksen toteuttajat

Tämän tutkimuksen toteuttaa Metropolian Vanhustyön ylemmän ammattikorkeakouluntutkinnon opiskelija Minna Lepistö. Tämän tutkimuksen yhteistyötahona toimii Omakotisäitiön johtaja Susanna Kiuru. Tutkimus toteutetaan yksilöteemahaastattelemalla hoitajia useassa Omakotisäitiön ryhmäkodissa.

Tutkimusmenetelmät ja toimenpiteet

Tutkimus toteutetaan etänä tietokoneen välityksellä teemahaastattelemalla yksi osallistuja kerrallaan. Haastatteluun osallistujalle on varattu puol tuntia aikaa sitä tarkoitusta varten osoitetussa rauhallisessa tilassa.

Kustannukset ja niiden korvaaminen

Tutkimukseen osallistuminen ei maksa teille mitään. Osallistumisesta ei myöskään makseta erillistä korvausta.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tutkimuksen tuloksista tehdään kooste, joka julkaistaan opinnäytetyönä Metropolian ammattikorkeakoulun kautta Theseus-tietokannassa sekä Omakotisäitiössä omalla katsomallaan tavalla.

Tutkimuksen päätyminen

Myös tutkimuksen suorittaja voi keskeyttää tutkimuksen sellaisessa tilanteessa, jossa tutkimuksen jatkaminen ei ole mahdollista jonkin ennalta arvaamattoman ja painavan syyn vuoksi.

Lisätiedot

Pyydämme teitä tarvittaessa esittämään tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tutkijalle/tutkimuksesta vastaavalle henkilölle.

Yhteystiedot

Tutkija / opinnäytetyötekijä

Nimi: Minna Lepistö

Puh. 040...

Sähköposti: minna.lepisto@metropolia.fi

Vanhustyön YAMK opinnäytetyön ohjaaja

Titteli: Yliopettaja

Nimi: Kaija Matinheikki-Kokko

Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy

Puh. 040...

Sähköposti: kaija.matinheikki-kokko@metropolia.fi

Työelän yhteistyötaho:

Omakotisaatio

Johtaja Susanna Kiuru

Puotilantie 3, 00910 Helsinki

susanna.kiuru@omakotisaatio.fi

Puh. 050...

Tutkimuksen tietosuojaseloste: Henkilötietojen käsittely tutkimuksessa

Tässä tutkimuksessa käsitellään teitä koskevia henkilötietoja voimassa olevan tietosuojalainsäädännön (EU:n yleinen tietosuoja-astus, 679/2016, ja voimassa oleva kansallinen lainsäädäntö) mukaisesti. Seuraavassa kuvataan henkilötietojen käsittelyyn liittyvät asiat.

Tutkimuksen rekisterinpitäjä

Rekisterinpitäjällä tarkoitetaan tahoja, joka yksin tai yhdessä toisten kanssa määrittelee henkilötietojen käsittelyn tarkoitukset ja keinot. Rekisterinpitäjä voi olla Metropolia Ammattikorkeakoulu, toimeksiantaja, muu yhteistyötaho, opinnäytetyöntekijä tai jotkut edellä mainituista yhdessä (esim. Metropolia Ammattikorkeakoulu ja opinnäytetyöntekijä yhdessä).

Tässä tutkimuksessa henkilötietojen rekisterinpitäjä on:

Metropolia Ammattikorkeakoulu	<input type="checkbox"/>	
Toimeksiantaja	<input type="checkbox"/>	Toimeksiantajan nimi:
Muu yhteistyötaho	<input type="checkbox"/>	Yhteistyötahon nimi:
Opinnäytetyöntekijä	X	

Voitte kysyä lisätietoja henkilötietojenne käsittelystä rekisterinpitäjän yhteyshenkilöltä

Rekisterinpitäjän yhteyshenkilön nimi: Minna Lepistö
Puh. 040...
Sähköposti: minna.lepisto@metropolia.fi

Tutkimuksessa teistä kerätään seuraavia henkilötietoja

Henkilötietojen käsittely on oikeutettua ainoastaan silloin, kun se on tutkimukselle välttämätöntä. Kerättävät henkilötiedot on minimoitava, niitä ei saa kerätä tarpeettomasti tai varmuuden vuoksi.

Tähän tutkimukseen osallistuvilta pyydetään allekirjoitus tutkimussuostumukseen. Muita henkilötietoja ei pyydetä. Teillä ei ole sopimukseen tai lakisääteiseen tehtävään perustuvaa velvollisuutta toimittaa henkilötietoja vaan osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Tutkimuksessa kerätään henkilötietojanne myös seuraavista lähteistä:

Tutkimuksessa ei kerätä henkilötietojanne muista lähteistä.

Henkilötietojenne suojausperiaatteet

Tutkimussuostumus lomakkeeseen tulee allekirjoitus, joka on ainoa henkilötieto. Tutkimussuostumuslomakkeet säilytetään lukitussa kaapissa, johon vain tutkijalla on pääsy.

Henkilötietojenne käsittelyn tarkoitus

Tutkimuksen haastattelun toteuttamiseen tarvitaan osallistujan suostumus eli allekirjoitus. Muita henkilötietoja tässä tutkimuksessa ei kerätä eikä käsitellä. Haastatteluun suostuneiden vastauksista saadaan tietoa, kuinka hoitaja kohtaa muistisairaana haastavan käytösoireen lääkkeettömien hoitotyön keinoin. Tutkimus tehdään hoitajan näkökulmasta kuinka lääkkeettömät hoitotyön keinot auttavat haastavan käytösoireen muualla suuntaamisessa tai muuttamisessa.

Henkilötietojenne käsittelyperuste

Suostumus on peruste henkilötietojen käsittelylle.

Tutkimuksen kestoaja (henkilötietojenne käsittelyaika)

Tämän tutkimuksen yhteenveto julkaistaan opinnäytetyönä, joka valmistuu viimeistään toukokuussa 2021.

Mitä henkilötiedoillenne tapahtuu tutkimuksen päätyttyä?

Tutkimuksen päättymisen jälkeen kaikki teistä kerätyt henkilötietonne hävitetään tieteellisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti.

Tietojen luovuttaminen tutkimusrekisteristä

Mitään henkilötietojanne ei luovuteta kenellekään.

Rekisteröitynä teillä on oikeus

Koska henkilötietojanne käsitellään tässä tutkimuksessa, niin olette rekisteröity tutkimuksen aikana muodostuvassa henkilörekisterissä. Rekisteröitynä teillä on oikeus:

- saada informaatiota henkilötietojen käsittelystä
- tarkastaa itseänne koskevat tiedot
- oikaista tietojanne
- poistaa tietonne (esim. jos peruutatte antamanne suostumuksen)
- peruuttaa antamanne henkilötietojen käsittelyä koskeva suostumus
- rajoittaa tietojenne käsittelyä
- rekisterinpitäjän ilmoitusvelvollisuus henkilötietojen oikaisusta, poistosta tai käsittelyn rajoittamisesta
- siirtää tietonne järjestelmästä toiseen
- sallia automaattinen päätöksenteko nimenomaisella suostumuksellanne
- tehdä valitus tietosuojavaltuutetun toimistoon, jos katsotte, että henkilötietojanne on käsitelty tietosuojalainsäädännön vastaisesti

Jos henkilötietojen käsittely tutkimuksessa ei edellytä rekisteröidyn tunnistamista ilman lisätietoja eikä rekisterinpitäjä pysty tunnistamaan rekisteröityä, niin oikeutta tietojen tarkastamiseen, oikaisuun, poistoon, käsittelyn rajoittamiseen, ilmoitusvelvollisuuteen ja siirtämiseen ei sovelleta. Voitte käyttää oikeuksianne ottamalla yhteyttä rekisterinpitäjään.

Tutkimuksessa kerättyjä henkilötietoja ei käytetä profilointiin tai automaattiseen päätöksentekoon

Henkilötietojen käsittely aineistoa analysoitaessa ja tutkimuksen tuloksia raportoitaessa

Teistä kerättyä tietoa ja tutkimusaineistoa käsitellään luottamuksellisesti lain-säädännön edellyttämällä tavalla. Yksittäisille tutkittavalle annetaan tunnus-koodi ja häntä koskevat tiedot säilytetään koodattuina tutkimusaineistossa. Ai-neisto analysoidaan koodattuna ja tulokset raportoidaan ryhmätasolla, jolloin yksittäinen henkilö ei ole tunnistettavissa ilman koodiavainta. Koodiavainta, jonka avulla yksittäisen tutkittavan tiedot ja tulokset voidaan tunnistaa, säilyttää tutkimuksen tekijä koko opinnäytetyön ajan, eikä tietoja anneta tutkimuksen ulkopuolisille henkilöille. Lopulliset tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimuksen aikana kerättyä tietoa ei käytetä jatkotutkimuksiin myöhemmin.

Suostumus tutkimukseen osallistumisesta

Tutkimuksen nimi: Muistisairaahan haastavan käytösoireen kohtaaminen lääkkeettömin hoitotyön keinoin.

Tutkimuksen toteuttaja: Minna Lepistö puh. 040... minna.lepisto@metropolia.fi

Vanhustyön YAMK opinnäytetyön ohjaaja Yliopettaja Kaija Matinheikki-Kokko

Metropolia Ammattikorkeakoulu Oy, Puh. 040... kaija.matinheikki-kokko@metropolia.fi

Minua _____ on pyydetty osallistumaan yllä mainittuun tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää hoitajien näkökulmasta, miten muistisairaahan haastava käytösoire kohdataan lääkkeettömillä hoitotyön keinoilla. Tarkoituksena on myös selvittää millaisia hoitotyön keinoja hoitajat käyttävät ohjatessaan muistisairaahan haastavan käytösoireen muuttamista.

Olen saanut tutkimustiedotteen ja ymmärtänyt sen. Tiedotteesta olen saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja toteutuksesta, oikeuksistani sekä tutkimuksen mahdollisesti liittyvistä hyödyistä ja riskeistä. Minulla on ollut mahdollisuus esittää kysymyksiä ja olen saanut riittävän vastauksen kaikkiin tutkimusta koskeviin kysymyksiini.

Olen saanut tiedot tutkimukseen mahdollisesti liittyvästä henkilötietojen keräämisestä, käsittelystä ja luovuttamisesta ja minun on ollut mahdollista tutustua tutkimukseen liittyvään tietosuojaselosteeseen.

Minua ei ole painostettu eikä houkuteltu osallistumaan tutkimukseen.

Minulla on ollut riittävästi aikaa harkita osallistumistani tutkimukseen.

Ymmärrän, että osallistumiseni on vapaaehtoista ja että voin peruuttaa tämän suostumukseni koska tahansa syytä ilmoittamatta. Olen tietoinen siitä, että mikäli keskeytän tutkimuksen tai peruutan suostumukseni, minusta keskeyttämiseen ja suostumukseni peruuttamiseen mennessä kerättyjä tietoja ja näytteitä voidaan käyttää osana tutkimusaineistoa.

Allekirjoituksellani vahvistan osallistumiseni tähän tutkimukseen.

Jos tutkimukseen liittyvien henkilötietojen käsittelyperusteena on suostumus, vahvistan allekirjoituksellani suostumukseni myös henkilötietojeni käsittelyyn. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tietosuojaselosteessa kuvatulla tavalla.

Allekirjoitus:

Nimenselvennys:

Alkuperäinen allekirjoitettu tutkittavan suostumus sekä kopio tutkimustiedotteesta liitteineen jäävät tutkijan arkistoon. Tutkimustiedote liitteineen ja kopio allekirjoitetusta suostumuksesta annetaan tutkittavalle.