



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu
Satakunta University of Applied Sciences

SANNI JAAKKOLA & KAISA-MAIJA ROSVALL

Muistisairaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palve- luasumisysyksikössä

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA
2022

Tekijät Jaakkola, Sanni Rosvall, Kaisa-Maija	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Joulukuu 2021
	Sivumäärä: X Liitteitä: 5	Julkaisun kieli Suomi
Julkaisun nimi Muistisairaana ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyö		
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten hoitajat kokevat muistisairaana ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa siitä, miten hoitajat kokevat muistisairaana ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä ja miten muistisairaana ihmisen ja hoitajien välisiä vuorovaikutustaitoja voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön tilaaja oli Rauman kaupunki, Linnavuoren palvelukeskus. Opinnäytetyössä haastateltiin viittä Linnavuoren palvelukotien hoitajaa. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidulla teemahaastattelumenetelmällä. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen.</p> <p>Hoitajien mukaan muistisairauden edetessä puheen tuotto vähenee ja vuorovaikutustaidot heikkenevät. Sairauden alkuvaiheessa muistisairas voi puhua paljon ja selkeästi, mutta sairauden edetessä puhe voi muuttua lyhyiksi lauseiksi, muutamaksi sanaksi tai pelkäksi ääntelyksi. Sairauden edetessä muistisairaana käyttivät useita sanattomia keinoja vuorovaikutuksessa, näitä olivat mm. ilmeet, eleet, aggressiivisuus ja ääntely. Hoitajat käyttivät vuorovaikutuskeinoina lyhyitä lauseita, ymmärrettäviä sanoja ja lääkehoitoa sekä sanattomina keinoina mm. katsekontaktia, rauhallisuutta, läsnäoloa ja kosketusta. Suurin haaste hoitajan ja muistisairaana välisessä vuorovaikutuksessa oli se, ettei muistisairas ymmärrä mitä hoitaja sanoo tai hoitaja ei ymmärrä mitä muistisairaana on sanottavanaan. Ongelmat esiintyivät tavallisimmin päivittäisissä hoitotilanteissa, kuten WC ja suihkutustilanteissa ja vaatteiden riisumisessa. Muistisairaana haastavaa käytöstä koettiin lähes päivittäin ja yleisimmillään haastava käytös oli aggressiivista. Vuorovaikutus ja hoitotilanteet sujuivat parhaiten silloin, kun muistisairas oli hyväntuulinen ja virkeä. Vuorovaikutusta edisti myös hoitajan kokemus muistisairaiden parissa. Lisäkoulutusta hoitajat kaipasivat mm. aggressiivisen muistisairaana kohtaamiseen.</p> <p>Jatkotutkimusehdotuksena olisi selvittää miten muistisairaana omaiset kokevat muistisairaana ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen sekä miten muistisairaana kokevat vuorovaikutuksen hoitajien kanssa sairauden tasosta riippumatta. Mielenkiintoista olisi myös jatkotutkia muistisairaana käyttäytymisen muutoksia tehostetussa palveluasumisyksikössä.</p>		
<u>Asiasanat</u> Muistisairaus, vuorovaikutus, tehostettu palveluasuminen		

Authors Jaakkola, Sanni Rosvall, Kaisa-Maija	Type of Publication Thesis AMK	Date December 2021
	Number of pages: X Appendices: 5	Language of publication Finnish
Title of publication Interaction between a nurse and a person with dementia in an enhanced service housing unit		
Degree program Nursing		
<p>The purpose of this thesis is to clarify how nurses experience the interaction between a person with dementia and a nurse in an enhanced service unit housing. The goal was to produce information on how nurses experience the interaction between a person with dementia and a nurse in an enhanced service unit housing, and how to improve the interaction skills between nurses and persons with dementia in an enhanced service unit housing. The subscriber of this thesis is the city of Rauma, Linnavuori Service Center. In this thesis, five nurses of the Linnavuori Service Center were interviewed. The interviews were conducted using half-structured theme interview method. The material was analyzed following the principles of data driven content analysis.</p> <p>According to the nurses, as the dementia progresses the production of speech decreases and skills of interaction weaken. At the early stages of the disease a person with dementia could talk a lot and clearly, but as the disease progresses speech might turn into short sentences, a few words or just making sounds. As the disease progresses it is common for persons with dementia to use nonverbal ways to interact, such as making faces, gestures, aggression and making sounds. The ways of interaction used by the nurses were short sentences, understandable words, medication, and as nonverbal ways for instance eye contact, calmness, presence and touch. The biggest challenge of the interaction between a nurse and a person with dementia was that the person with dementia doesn't understand what the nurse is saying, or the nurse doesn't understand what the person with dementia has to say. The problems usually occurred during the daily caretaking situations such as using the toilet, showering, or undressing. The challenging behavior of the person with dementia was experienced almost daily, commonly the challenging behavior being aggressiveness. Interaction and caretaking situations passed best when the person with dementia was on a good mood and lively. The nurses experience with persons with dementia also made the interaction better. The Nurses hoped for additional training for encounters with an aggressive person with dementia.</p> <p>As a follow-up research proposal would be to find out how the relatives of the person with dementia experience the interaction of the nurse and the person with dementia, and how the persons with dementia experience the interaction with nurses regardless of the stage of their disease. Also it would be interesting to examine the behavioral changes of the person with dementia in an enhanced service housing unit.</p>		
<u>Key words</u> Memory disease, interaction, enhanced service housing		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 MUISTISAIRAAN KÄYTTÄYTYMISEN HAASTEET	6
2.1 Muistisairaahan käytösoireet	7
2.2 Muistisairaahan käytösoireiden hoito	8
3 MUISTISAIRAAN JA HOITAJAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISYKSIKÖSSÄ.....	10
4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET	14
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
6.1 Tutkimusmenetelmä.....	18
6.2 Aineiston keruu	19
6.3 Aineiston käsittely ja analysointi	21
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	22
7.1 Vuorovaikutus muistisairaahan ja hoitajan välillä.....	23
7.2 Vuorovaikutusta edistävät tekijät	25
7.3 Vuorovaikutuksen haasteet	27
7.4 Hoitajan ja muistisairaahan keinot vuorovaikutuksessa	29
7.5 Vuorovaikutustaitojen kehittäminen	32
8 POHDINTA	33
8.1 Tutkimustulosten tarkastelu	33
8.1.1 Vuorovaikutus muistisairaahan ja hoitajan välillä	34
8.1.2 Vuorovaikutusta edistävät tekijät	35
8.1.3 Vuorovaikutuksen haasteet	36
8.1.4 Hoitajan ja muistisairaahan keinot vuorovaikutuksessa.....	37
8.1.5 Vuorovaikutustaitojen kehittäminen.....	38
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	39
8.3 Opinnäytetyön eettisyys	40
8.4 Jatkotutkimusehdotukset	42

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Muistisairaiden määrä on kasvanut maailmanlaajuisesti erittäin nopeasti. Ihmiset elävät yhä pidempään ja näin ollen muistisairauksienkin määrä kasvaa voimakkaasti. Muistisairauksien yleisyyteen vaikuttaa väestön ikääntymisen lisäksi esimerkiksi väestön koulutustaso ja muistisairauksien riskitekijöiden yleisyys. Muistisairaita oli vuonna 2015 jo noin 50 miljoonaa ja muistisairaiden määrän on arvioitu kaksinkertaistuvan kahdenkymmenen vuoden aikana. Suomessa muistisairaita arvioidaan olevan yli 190 000 ja arvioidaan, että muistisairauteen sairastuu Suomessa joka vuosi noin 14 500 henkilöä. Jopa kolmella neljästä pitkäaikaishoidossa olevasta henkilöstä on diagnosoitu muistisairaus. (THL:n www-sivut 2021.) Etenevät muistisairaudet heikentävät toimintakykyä ja rappeuttavat aivoja monin tavoin. Kansantaloudelle kustannukset ovat merkittävät. Välittömien muistisairauksien aiheuttamien kustannuksien arvioidaan Suomessa olevan noin miljardi euroa. (Tommola ym. 2020, 5.)

Muistisairauden edetessä asuminen johtaa usein palveluasumiseen, vaikka kotona asuminen pyritäänkin tukemaan mahdollisimman pitkään (Rappen, Rajaniemi & Topo 2020, 140). Henkilö, joka ei tarvitse ympärivuorokautisesti runsasta hoivaa, pärjää tavallisessa palveluasumisessa (Terveyskylä, Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen). Ympärivuorokautisessa hoidossa on siirrytty yhä enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja määrän on katsottu kasvavan kolmella prosentilla vuodesta 2017 (THL:n www-sivut 2021). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu iäkkäille, jotka tarvitsevat runsaasti huolenpitoa ja hoivaa ympäri vuorokauden. Henkilökuntaa on paikalla tehostetussa palveluasumisyksikössä ympärivuorokauden, ja palveluja järjestetään tarpeen mukaan. (Terveyskylä, Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen.) Laitoshoidon käyttö taas on vähentynyt 13 prosentilla vuodesta 2017. Laitoshoidon on mahdollista saada terveyskeskuksen vuodeosastoilla ja vanhainkodeissa. (THL:n www-sivut 2021.)

Keskeistä muistisairaahan hyvinvoinnille on, että muistisairas kokee elämänsä merkittäväksi ja saa säilyttää oman persoonallisuutensa. Muistisairauteen liittyy usein mielialaongelmia ja haasteellista käyttäytymistä. Muistisairaahan hyvinvointia edistävät yhteisöllisyyden ja yhteenkuuluvuuden kokemukset, sekä mielekäs tekeminen. Henkilökunnan käytös yksilölliset piirteet huomioiden on nähty myös hyvinvointia edistävinä tekijöinä. Kuunteleva ja yksilöä kunnioittava puhetapa tukee yksilöä säilyttämään arvokkuutensa. Hyvä vuorovaikutus on katsottu mahdolliseksi kaikissa muistisairauden vaiheissa. (Rappen, Rajaniemi & Topo 2020, 140–142.)

Aihe, muistisairaahan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, on molemmille merkityksellinen ja läheinen. Työskentelemme molemmat ikäihmisten ja muistisairaiden parissa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä ja miten muistisairaahan ihmisen ja hoitajien välisiä vuorovaikutustaitoja voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä. Opinnäytetyön tilaaja on Rauman kaupunki, Linnavuoren palvelukeskus.

2 MUISTISAIRAAN KÄYTTÄYTYMISEN HAASTEET

Muistisairaus on etenevä sekä usein dementiaan johtava aivojen sairaus. Jopa joka kolmas yli 65-vuotta täyttäneistä ilmoittaa kärsivänsä muistioireista. (Muistisairaudet: Käypä hoitosuositus 2021.) Muistisairaudet ovat kansantauteja ja yleisimpiä ne ovat iäkkäillä ihmisillä. Muistisairaudet voivat olla eteneviä, joista yleisimpiä ovat verisuoniperäinen muistisairaus, Alzheimerin tauti, edellä mainittujen sekamuoto, Lewynkappale-tauti sekä muistisairaus, joka johtuu otsaohimolohkorappeumasta. Myös MS-tautiin ja Parkinsonin tautiin voi liittyä muistin heikkenemistä. (Muistiliiton www-sivut 2021.) Kun ihmisen kognitiiviset taidot ja muisti ovat alentuneet puhutaan muistisairaudesta (Vainikainen 2016, 31). Etenevää muistisairautta sairastavan henkilön persoona voi muuttua. Aikaisemmat piirteet voivat korostua, ne voivat

mahdollisesti kadota tai ilmaantuu täysin uusia persoonallisuuden piirteitä. (Erkinjuntti ym. 2006, 130.) Lähes kaikki muistisairauksiin sairastuneista kärsii käytöshäiriöistä jossakin taudin vaiheessa (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2015, 451).

Muistisairaahan käyttäytymiseen kuuluu usein sairauden edetessä muutoksia (Hallikainen & Mönkäre 2017, 54), Siihen liittyy kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi sosiaalisen toimintakyvyn vaikeuksia. Vaikeudet ilmenevät eri osa-alueilla arjessa. Muistisairaahan voi olla vaikeaa ymmärtää ympäröivää maailmaa, muiden toimintaa ja puhetta. Hänen voi olla vaikeaa hallita kehon liikkeitä ja hahmottaa ympäristöään, koska tutut tavarat ja kasvotkin saattavat näyttää vierailta. Muistisairas voi kokea ympäristönsä turvattomaksi ja epäluotettavaksi. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 18.) Persoonallisuus vaikuttaa vahvasti muistisairaana selviytymiseen. Esimerkiksi ahdistuneisuuteen, estyneisyyteen tai ylivarovaisuuteen taipuvalla henkilöllä on riski sairastua muistisairauteen liittyvään masennukseen tai ahdistuneisuuteen muita ihmisiä enemmän. Epäsosiaalisilla ja vaikeasti epävakailta henkilöillä on todettu esiintyvän muistisairauteen liittyvää vaikeahoitoista levottomuutta ja aggressiivisuutta. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 47–48.) Hankalissakin tilanteissa on tärkeää ymmärtää muistisairaahan käytösoireita sillä silloin voi tukea muistisairasta henkilöä sekä auttaa löytämään hoitotyön keinoja. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 221).

2.1 Muistisairaahan käytösoireet

Muistisairaiden käytösoireet aiheuttavat haasteita ja hoidollisia ongelmia. Jopa 90 %:lla muistisairaista esiintyy erilaisia käytösoireita, jotka liittyvät muistisairauteen. (Muistisairauden käytösoireiden hoito: Käypä hoito-suositus, 2016.) Kun suunnitellaan muistisairaahan kokonaisvaltaista hoitoa, tulee tunnistaa käyttäytymiseen vaikuttavat syyt, joihin voidaan vaikuttaa (Hallikainen & Mönkäre 2017, 54–56). Käyttäytymisen muutoksen syitä voi olla monia. Muistisairauteen liittyvien käyttäytymisen muutoksiin vaikuttavia syitä ovat muun muassa välittäjäainemuutokset aivoissa, henkilön muut sairaudet, henkilön oma suhtautuminen sairauteen tai sairastuneeseen sekä ympäristön turvattomuus ja levottomuus. Muita syitä ovat myös hermoverkoston

rappeutuminen, persoonallisuus, aikaisemmat psyykkiset oireilut sekä muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 48.)

Käyttöoireista puhuttaessa tarkoitetaan mm. seuraavaa: apatia, masennus, ahdistuneisuus, levottomuus, harhaisuus, vaeltelu, uni- ja valverytmin häiriöt sekä persoonallisuuden muuttuminen (Muistiliitto 2021). Käyttöoireet voivat olla myös psykoottisia oireita, joita ovat deluusiot eli harhaluulot ja hallusinaatiot eli aistiharhat, joihin kuuluvat näkö-, kuulo-, kosketus- ja hajuharhat (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 53). Muistisairaus tuntuu joskus muuttavan koko ihmisen. Muistisairaus voi vaikuttaa luonteeseen, toimintatapoihin ja käytökseen. Ihminen ei kuitenkaan tunteineen ja tarpeineen katoa sairauden taakse, joten kaikkea toimintaa ei pidä laskea sairauden syyksi. (Muistiliitto 2021.) Muut voivat nähdä käyttöoireina muistisairaana ihmisen yrityksen saada toiveensa ja tarpeensa kuuluviin. Se minkä muut näkevät käyttöoireina, voi olla muistisairaana reaktio siihen, etteivät muut huomioi tai ymmärrä hänen tarpeitaan. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 18.) Se miten muistisairaana ihmisen kohtaamme, vaikuttaa suuresti muistisairaana turvallisuuden ja hyvänolon tunteeseen ja käyttäytymiseen (Muistiliitto 2021).

Muistisairauksiin liittyy monenlaisia oireita (Muistiliitto 2021), ja kaikissa muistisairauksissa on käyttäytymisen muutoksia (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 49). Osa oireista liittyy tiettyyn diagnoosiin ja osa oireista on tyypillisiä lähes kaikille eteneville muistisairauksille (Muistiliitto 2021). Verenkiertohäiriöihin liittyvissä muistisairauksissa ja Alzheimerin taudissa masennus ja harhaluulot ovat tavallisia jo varhaisessa vaiheessa. Näköharhat sekä REM-unen säätelyhäiriöt liittyvät vahvasti Lewynkappaletautiin ja Parkinsonin tautiin liittyvässä muistisairaudessa. Otsa-ohimolohkorappeumasta kärsivien henkiköiden ensimmäisiä oireita taas ovat persoonallisuuden muuttuminen joko impulsiiviseen tai apaattiseen suuntaan. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 49.)

2.2 Muistisairaana käyttöoireiden hoito

Käyttäytymisen muutoksia hoidetaan sekä lääkkeettömästi että lääkehoidolla (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 58). Lääkkeettömät hoidot ovat useimpien

käyttöoireiden osalta ensisijainen hoitomuoto (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus, 2021). Lääkkeetön hoito sisältää muistisairaahan ohjaamista arjessa ja elämän sujumisessa sekä asianmukaista kohtelua (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 58). Lääkkeettömässä hoidossa pyritään tunnistamaan tekijät, jotka laukaisevat oireita. Tällä tavoin niiden esiintymistä voidaan vähentää tai välttää, tai tilanteista voidaan luoda kaikille helpompia. Ympäristöä muokataan tukemalla muistisairasta niin, että hän kykenee elämään omanlaistaan elämää ja toimimaan mahdollisimman pitkään itsenäisesti arjessaan. Hyvään huolenpitoon kuuluvat myös tasapainoinen ja riittävä ravitsemus sekä nesteytys, liikunnan ja levon oikea suhde, hyvä hygienia sekä miellyttävä ympäristö ja vaatteet. Kiinnittämällä huomiota voimavaroihin ja taitoihin, tuetaan muistisairaahan hyvää elämää. Nämä vievät huomion pois ongelmista ja kykyjen heikkenemisestä. Perusteetonta rajoittamista tulisi välttää, jotta muistisairas voisi tehdä itsenäisiä valintoja ja säilyttää omanarvontunteensa. Hyvä elämänlaatu näkyy hyvänä olona ulospäin. (Muistiliitto 2021.) Lisäksi hoivakotien ympäristö tulee aina suunnitella muistihäiriöisen elämää tukevaksi. Aasukkaat tarvitsevat toimintansa tueksi selkeyttä, rauhallisuutta ja levollisuutta. Muistisairas henkilö ahdistuu vähemmän ja pysyy rauhallisempana, kun hänen liikkumistaan ei rajoiteta tai olla kieltämässä hänen toimintaansa jatkuvasti. (Anttila ym. 2015, 459.)

Ensisijainen käyttöoireiden lääkehoito on muistisairauden asianmukainen hoito. Lääkehoitoa suunniteltaessa tulee huomioida muistisairaahan yksilölliset sivuvaikutuksille altistavat tekijät sekä muu lääkehoito. (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus, 2021.) Muistisairaahan lääkehoitoon voi kuulua muun muassa masennuslääkkeet, psykoosilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja epilepsialääkkeet. Memantiini, rivastigmiini, donepetsiili ja galantamiini ovat Alzheimerin taudin lääkehoitoon kehitettyjä lääkkeitä, jotka tehoavat melko hyvin käyttäytymisen muutoksiin kuten muun muassa apatiaan. (Hallikainen, Mönkäre & Nukari 2014, 59–61.) Lääkehoidon tarpeellisuutta tulee arvioida säännöllisesti ainakin 3–6 kk välein, koska käyttöoireissa tapahtuu muutoksia sairauden edetessä. Yleensä osa käyttöoireista häviää itsestään, joten niiden lääkehoito psykenlääkkeillä on tilapäistä. (Muistisairaudet: Käypä hoito- suositus, 2021.)

3 MUISTISAIRAAN JA HOITAJAN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS TEHOSTETUSSA PALVELUASUMISYKSIKÖSSÄ

Muisti koostuu erilaisista osatoiminnoista, joita ovat kyky tallettaa uusia asioita mieleen, säilyttää ne ja tilanteen vaatimalla tavalla tarvittaessa palauttaa ne mielestä. Kaikki tiedon käsittely sekä ajattelutoiminta tapahtuu aivoissa muistin alueilla. Muisti auttaa ihmistä selviytymään itsenäisesti arjessa ja tukee kykyä oppia jatkuvasti uutta. (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 13–14.) Normaaliin ikääntymiseen liittyy muistimuutoksia (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne & Huovinen 2006, 23). Vuorovaikutus tarkoittaa vastavuoroista kommunikaatiota. Ilman vuorovaikutusta ei voi esimerkiksi tietää mitä toinen ajattelee. (Väestöliitto 2018.)

Tehostetussa palveluasumisessa järjestetään palveluasumisen muotoja ympärivuorokautisesti, jolloin muun muassa hoitoa ja huolenpitoa on tarjolla välittömästi sekä henkilöstöä paikalla ympärivuorokautisesti. Palveluja järjestetään aina asiakkaan tarpeiden mukaisesti. (Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.) Silloin kun iäkäs henkilö ei enää selviä omassa kodissa, vaihtoehtoina voi olla palveluasuminen tai tehostettu palveluasuminen. Pitkäaikaisen palveluasumisen hinta on kunnan järjestämänä yleensä tulosidonnainen ja asumisesta peritään usein vuokraa. (Terveyskylän www-sivut 2019.) Myöntäminen tehostettuun palveluasumiseen perustuu kuntayhtymien palvelutasomääräyksiin sekä myöntämisperusteisiin. Tehostettu palveluasuminen voi olla joko lyhytaikaista tai jatkuvaa. Hoidon ja huolenpidon lisäksi asumiseen kuuluu toimintaa, joka ylläpitää tai edistää toimintakykyä, liikuntaa, ulkoilua, vaate- sekä ruoka-huoltoa sekä siivous- ja peseytymispalvelut. (Suomi.fi www-sivut 2021.)

Vuorovaikutus on kommunikointia tunteiden, ajatusten sekä käyttäytymisen kielellä. Viestinnän avulla rakennetaan ja pidetään yllä vuorovaikutusta. (Kan & Pohjola 2012, 68.) Viestintä vaikeutuu, toisen osapuolen ollessa kykenemätön ilmaisemaan itseään, tai jos hän ei pysty vastaanottamaan toisen sanomaa (Burakoff & Haapala 2013, 3). Viestintä voi olla sekä sanallista eli verbaalista tai sanatonta eli nonverbaalista. Toisinaan viestintä on näitä molempia samaan aikaan. Sanallinen viestintä sisältää puhuttua tai kirjoitettua kieltä. Sanaton viestintä koostuu katseesta, katsekontaktista tai sen puuttumisesta, ilmeistä, eleistä, kehon liikkeistä, asennosta, koskettamisesta,

lähestymisestä sekä etäisyyden pitämisestä. Lisäksi siihen kuuluu myös äänen voimakkuus, puheen jaksotus, puhenopeus, äänen sävy, laatu ja rytmi. (Kan & Pohjola 2012, 68–69.)

Yksi olennainen osa ammatillisuutta, keskeinen arjen sujumisen keino sekä hoitamisen ja ohjaamisen väline on vuorovaikutus. Muistisairaana henkilön hyvinvointia edistävät hänen huomioon ottamisensa kokonaisvaltaisesti sekä kognitiivisten muutosten paikkaaminen vuorovaikutuksessa. (Hallikainen & Mönkäre 2017, 45–47.) Aito kuunteleminen ja kiireettömyys tuovat molemminpuolista luottamusta muistisairaana ja hoitajan välille (Muistiliitto 2016, 46). Henkilöt, jotka työskentelevät muistisairaiden parissa, tarvitsevat hyviä vuorovaikutustaitoja. Ammatilliseen osaamiseen kuuluukin, että työntekijät tietävät, miten muistisairaus vaikuttaa kommunikointiin, ja miten viestintä voi sopeuttaa kulloisenkin tilanteen mukaan. Vuorovaikutustaitoja voi oppia ja niihin kannattaisi satsata, sillä hyvässä vuorovaikutusympäristössä voivat hyvin sekä muistisairas, että työntekijä. Onnistumisten kannalta on tärkeää, että työntekijät vahvistaisivat itsetuntemustaan ja oppisivat tunnistamaan, miten oma toiminta vaikuttaa muistisairaana osallistumismahdollisuuksiin. (Papunet 2021.)

Vuorovaikutuksen haasteita muistisairaana kanssa ovat hänen muistin, orientaation, toiminnan ohjauksen ja tarkkaavaisuuden muutokset sekä kielen, puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus, tahdonalaisten liikkeiden ja kätevyuden häiriö sekä hahmotamisen häiriö. (Hallikainen & Mönkäre 2017, 45–47.) Väärinkäsityksiä ja hämmennystä syntyy usein siitä, että muistisairas käyttää väärä sanoja tarkoittaakseen jotain muuta. Puheeseen voi ilmaantua myös aiempaa enemmän tilanteeseen merkityksettömiä ja sopimattomia sanoja. Nämä tilanteet saattavat toki joskus saada humoristisiakin piirteitä. (Burakoff & Haapala 2013, 7–9.)

Muistisairaana ihmisen hoitaminen vaatii tietoa ja taitoa, sillä kyky ymmärtää häntä ja hänen tilannettaan sekä kyky peilata kokonaisuutta perustietoon muistisairauksista on keskeinen kohtaamisen taito (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 5). Muistisairaana edetessä oma-aloitteinen puheen tuottaminen vähenee ja sanoja on yhä vaikeampi löytää (Burakoff & Haapala 2013, 7). Auttavassa hoitosuhteessa muistisairaana kanssa keskeisimmiksi vuorovaikutussuhteen elementeiksi on nostettu aito välittäminen, positiivinen arvostus, luottamus, turvallisuus, avoimuus, sitoutuneisuus ja

joustavuus. Vuorovaikutussuhteen rakentamisessa hoitajan itsetuntemuksella on valtava merkitys. Tilanteessa tavoiteltavan yhteisymmärryksen avaimina toimii auttajan tasapainoinen suhde itseensä ja monitasoinen ymmärtäminen vuorovaikutustilanteeseen. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 9.) Vuorovaikutustilanteiden helpottamisessa muistisairaahan ihmisen kanssa tulee huomioida ympäristö, rauhallisuus, ilmaisukeinojen käyttö laajasti, ääni, puhe ja sanasto (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 59). Aistitoimintojen muutokset vaikuttavat vuorovaikutustaitoihin. Jos keskustelukumppani painottaa keskeisiä sanoja ja lisää tarvittaessa puheensa sävelkulun vaihtelua, voi muistisairaahan olla helpompi keskittyä kuuntelemaan. Suositeltavaa on madaltaa äänen korkeutta kuin voimistaa sitä puhuttaessa muistisairaalle. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 22–23.)

Vuorovaikutustaitoihin muistisairaahan ihmisen kanssa vaikuttaa hänen minätietoisuutensa, metatiedon ja toiminnanohjauksen heikentyminen. Tavallisimpia seurauksia minätietoisuuden sumenemisesta ja orientaation häiriöistä ovat hämmennys sekä väärinymmärrykset. Minätietoisuutta voidaan tukea puhuttelemalla häntä aina koko nimellä. Metatiedon, tiedon tieto ja muistitieto, tasosta voi saada kuvan kuuntelemalla mahdollisimman tarkkaan muistisairasta henkilöä. Muistisairas ei välttämättä pysty käyttämään strategioita ja muistitukia kuten ennen. Yleistä hajanaisuutta saa aikaan toiminnanohjauksen eri osa-alueiden hajanaisuus, sillä asiat saattavat jäädä kesken. Muistisairaahan on vaikea selviytyä monivaiheisista toiminnoista. Auttajan onkin tärkeää antaa vuorovaikutuksen kautta tukea ohjaukseen, jotta toiminta saataisiin pilkottua pieniksi johdonmukaisiksi paloiksi. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 13–15.)

Lisäksi vuorovaikutustaitoihin muistisairaahan ihmisen kanssa vaikuttaa hänen tarkkaavaisuutensa, kriittinen suhtautuminen ja arviointikyvyn heikentyminen. Ongelmat tarkkaavaisuudessa ovat huomiokyvyn kohdentamisessa sekä tarkkaavaisuuden kohteen suuntaaminen, valikoiminen ja ylläpitäminen. Kommunikointi voi sujua rauhallisemmin ja mieli voi tasaantua, kun muistisairaahan huomio kohdennetaan johonkin tuttuun asiaan, kuten huonekaluihin, kasveihin tai tauluihin. Kritiikki ja arviointikyky voi pettää muistisairaalla, jolloin se vaikuttaa vuorovaikutustaitoihin muun muassa siten, että henkilö voi sanoa tai tehdä asioita, jotka eivät kuulu tavallisen hyvän käytöksen raameihin. Eroottisiin tai seksuaalisesti värittyneisiin sanoihin tai käyttäytymiseen tulee hoitajan suhtautua asiallisesti kuitenkin vahvistamatta epäsovinnaisia

käyttäytymistä. Erityisen tärkeitä ovat hoitajien asenteet. Muistisairaahan kognitiiviset kyvyt tulee huomioida näissä käyttäytymistilanteissa, eikä rajojen asettaminen tarkoita komentelua tai nolaamista. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 13–15.)

Kosketus on parhaimmillaan terapeuttinen väline, sillä se voi auttaa muistisairasta suuntaamaan tarkkaavaisuuttaan ja hänen on helpompi huomata toisen tilanteessa olevan ihmisen läsnäolo. Tuntoaistimuksen avulla on myös mahdollisuus luoda kontaktia ja viestittää läsnäoloa, jos muistisairaus on edennyt jo pitkälle eikä sanallinen viestintä ole enää mahdollista. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 22–23.) Reaktiot, joita muistisairas välittää, ovat toisinaan heijastumia omista sisäisistä kokemuksista ja toisinaan hoitajasta välittyvistä kokemuksista (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 25).

Ilmeet ja eleet ovat osa luonnollista kanssakäymistä ihmisten välillä. Usein ne ovat tiedostamattomia ja automaattisia tapoja reagoida ja välittää tunnetiloja. Niitä voidaan käyttää myös tietoisesti, silloin kun halutaan korostaa asiaa tai sen ominaisuuksia. Kun puhekyky tai puhutun kielen ymmärtäminen on heikentynyt, viestinnässä korostuu eleiden ja ilmeiden merkitys. (Papunet 2020.) Muistisairaus tuo muutoksia ihmisen kykyihin ilmaista itseään ja ymmärtää ympäristön viestintää. Vaikka puhe ja ymmärryskyky katoaisivatkin sairauden myötä, muistisairas tarvitsee silti entiseen tapaan kontakteja ja läheisyyttä muihin ihmisiin. Halu olla vuorovaikutuksessa säilyy läpi koko elämän. (Papunet 2019.)

Vuorovaikutuksen sanattomassa viestinnässä ilme- sekä eleviestintä voivat vaikuttaa enemmän muistisairaahan käyttäytymiseen kuin ääneen puhutut sanat. Kun toimintaa ohjaa muistisairaahan näkökulmasta lähtevä tarvepohjaisuus, ratkaisuja voi löytyä vaikeisiin vuorovaikutustilanteisiin. Hymy ja myönteisen palautteen anto viestittää henkilölle ymmärretyksi tulemistä. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 35–36.) Varhaisimpia kommunikaation tukemisen tapoja on konkreettinen osoittaminen. Muistisairaahan ihmisen kanssa keskusteltaessa jostain asiasta tai hänestä voidaan joko osoittaa sitä tai näyttää kuvaa. Esineiden ja asioiden merkitykset ovat varastoituina muistiin, joten puheeseen verrattuna visuaalisen viestin etuna on ehdottomasti suurempi yhteys viestin ymmärtämisessä. Visuaaliseen viestintään kuuluu osoittamisen lisäksi eleet, kuvat ja esineet. Kuvat toimivat usein niin sanottuna apumuistina

vuorovaikutuksessa muistisairaahan ihmisen kanssa. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 53–54.)

Hoitohenkilöstöille suunnattujen koulutusten tulee kattaa monipuolisesti aihealueita ja tietoa liittyen muistisairauksiin sekä niiden hoidon lääkkeettömiin menetelmiin. Vuorovaikutuksen tukemisessa työnantajalla on vastuu luoda edellytykset ammatillisiin täydennyskoulutuksiin ja seurata henkilöstön osaamista. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019, 21–22.) Ikääntyneiden ja muistisairaiden hoitotyössä on tärkeää innovatiivinen ja kehittävä työote, kriittinen arviointi toimintatavoissa sekä ennakkoluulottomuus (Kelo ym. 2015, 279).

4 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Aikaisempia tutkimuksia haettiin eri tietolähteistä kuten Finna- ja Medic-palveluista sekä Google Scholarin avulla hakusanoilla muistisairas, tehostettu palveluasuminen ja muistisairaahan vuorovaikutus (LIITE 1). Keskeisimpiä aikaisempia tutkimuksia, joita tarkastelimme, olivat Helsingin yliopiston lääketieteellisessä tiedekunnassa syyskuussa 2019 valmistunut Saarisen Pro gradu- tutkielma *Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä* sekä Laitisen gerontologian ja kansanterveyden Pro gradu- tutkielma *Työntekijöiden kokemuksia TunteVa-työskentelystä muistisairaiden kohtaamisessa, ”No minusta on tullut parempi hoitaja”*. Tutkimus oli tehty Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitoksessa syksyllä 2015.

Saarisen (2019, 16–21) tutkimus vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta on toteutettu laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tutkimuksella haluttiin selvittää, millaisia vuorovaikutuskeinoja hoitohenkilökunta on huomannut vaikeasti muistisairaiden käyttävän ja minkälaisia keinoja hoitajat itse käyttävät. Lisäksi Saarinen tarkastelee tutkimuksessaan hoitohenkilökunnan ja vaikeasti muistisairaahan henkilön vuorovaikutuksen onnistumisia ja haasteita.

Tutkimuksen aineisto oli kerätty teemahaastattelun avulla, jossa oli haastateltu kymmentä hoitajaa. Tutkimuksen aineisto oli analysoitu sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksissa tuotiin esiin, että vaikeasti muistisairailla henkilöillä sanallinen ilmaisu on niukkaa ja sanattomia keinoja ei juurikaan ole. Vuorovaikutuskeinoiksi muistisairailla henkilöillä tutkittavat olivat tuoneet esiin koskettamisen, lähelle tulemisen, halaamisen, kädestä kiinni ottamisen, ilmeen, katseen, eleen, kehon liikkeit, läsnäolon ja reagoinnin. Kaikki tutkittavat olivat kertoneet käyttävänsä puhetta ollessaan muistisairaana henkilön kanssa vuorovaikutustilanteessa. Puhetta pidettiin tärkeänä riippumatta siitä, puhuuko muistisairas itse. Tärkeänä pidettiin myös kertoa muistisairaille, mitä ollaan tekemässä. Tutkittavat kertoivat sanattomiksi vuorovaikutuskeinoiksi katseen, kosketuksen, läheisyyden, kuvat ja ajan antamisen. (Saarinen 2019, 22–26.)

Tutkimuksen tuloksissa käy ilmi, että hoitajien ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksessa on paljon haasteita, mutta paljon on myös onnistumisia. Tutkittavat kokivat, että hoitotoimenpiteet sujuivat paremmin, kun kohtaa asukkaan aidosti ja on läsnä. Tutkittavien mielestä läsnäolo on osa vuorovaikutusta. Hoitajan iloisella ilmeellä ja hassuttelulla voi saada aikaan positiivisen tunnetilan, joka tarttuu myös asukkaaseen. Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttavat monet asiat, joista osa on kiinni hoitajasta ja osa muistisairaasta. Tärkeää on ajan antaminen, jotta hoitotoimenpiteet voidaan tehdä pakottamatta ja rauhallisesti. Tutkittavien mielestä vuorovaikutus onnistuu, kun molemmat ymmärtävät toisiaan. Tutkittavat toivat esiin myös musiikin vaikutuksen vuorovaikutukseen. Musiikki rauhoittaa ja herättää tunteita. Vuorovaikutus on parempaa musiikin soidessa tai hoitajan laulaessa. (Saarinen 2019, 33.)

Suurimpana haasteena oli löytää yhteinen kieli, jotta ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Muistisairaana henkilön ollessa kiihtynyt, on vaikeaa löytää keinoja hänen rauhoittamiensa. Tutkittavien mukaan muistisairas saattaa vastustella hoitotoimenpiteitä, jolloin haastavinta on löytää keinot pakottamatta toimenpiteisiin. Haasteet liittyivät usein resurssien- ja ajanpuutteeseen. Tutkittavat kokivat, että kiireen takia aikaa ei aina ole tarpeeksi pohtia muistisairaana käytökseen vaikuttavia tekijöitä ja sen vuoksi he joutuivat toisinaan tekemään nopeita johtopäätöksiä. (Saarinen 2019, 26–29.)

Kuusi tutkittavaa koki yleiseksi haasteeksi asukkaan kivun ja hädän, kun he eivät pysty sanallisesti ilmaisemaan tai näyttämään jotakin osaa kehostaan. Tutkittavat kertoivat, että he näkevät muistisairaana kehosta tai silmistä jonkun olevan hätänä, mutta heidän on vaikea tiedostaa, mihin hän tarvitsee apua. Tutkittavat arvelivat kivun olevan usein käyttäytymisen muutoksen syynä. Toisinaan kipulääkkeillä on saatu muistisairaana olo paremmaksi. (Saarinen 2019, 29.)

Laitisen (2015, 2) tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työntekijöiden kokemuksia ja sekä TunteVa työskentelystä että niiden merkityksiä kohdattaessa muistisairaita. Toimintamalli on yksi lääkkeettömistä auttamismenetelmistä. TunteVa -toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä, joka on kehitetty muistisairaiden kohtaamiseen ja se perustuu yhteisöhoitoon ja validaatiomenetelmään. Tutkimukseen osallistuneesta kuudesta työntekijästä kolme oli käynyt TunteVa hoitajan -koulutuksen ja kolme TunteVa peruskurssin. Heillä kaikilla oli kokemusta työskentelystä muistisairaiden kanssa 4–30 vuotta.

Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että TunteVa -työskentely monipuolisti työtä, lisäsi työn mielekkyyttä, laajensi ymmärrystä ja mahdollisti kehittämisen. TunteVa -työskentelyyn käytettyjä tekniikoita tutkittavilla olivat esimerkiksi katsekontakti, kosketaminen, elämäntarinan ja taustan tukeminen, avainsanojen toistaminen, musiikki, kuunteleminen ja keskustelu. Lisäksi tutkittavien toimesta asukkaille järjestettiin mielekästä tekemistä ja vahvistettiin heidän osallisuuttaan. (Laitinen 2015, 30–31.)

TunteVa -työskentelyn katsottiin laajentavan ymmärrystä muistisairaana käytöksessä, kohtaamisessa ja menetelmän käytössä. Tutkittavista menetelmä tuntui tutulta ja luontevalta tavalta toimia, se vahvisti omaa kiireetöntä tapaa työskennellä ja toi uskoa, että työskentelytapa on oikea. Työskentely laajensi jaksamisen, ilmapiirin, arvostavan kohtaamisen ja asiakaslähtöisyyden merkitystä. (Laitinen 2015, 33.)

Työskentely koettiin työn mielekkyyttä lisäävänä. Siihen vaikuttivat onnistumisen kokemukset työtä tehdessä, sekä asukkaille saatu hyvä mieli. TunteVa -työskentelyn katsottiin toimivan myös kehittämisen mahdollistajana. Yksilöllisiä kehittämiseen liittyviä merkitysverkostoja olivat kehittämisen rohkeus, kehittämisen toivo, kehittämistä

mahdollistava työskentely ja kehittämisen mahdollisuus. Kehittämiseen sisältyi myös muistisairaahan kohtaamisessa opastaminen omaisille, muiden työntekijöiden työskentelyn seuraaminen ja puuttuminen huomattuihin epäkohtiin. (Laitinen 2015, 37.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä ja miten muistisairaahan ihmisen ja hoitajien välisiä vuorovaikutustaitoja voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia hoitajilla on muistisairaahan ihmisen ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta tehostetussa palveluasumisyksikössä?
2. Mitkä tekijät edistävät vuorovaikutusta muistisairaahan ihmisen ja hoitajien välillä?
3. Millaisia vuorovaikutushaasteita hoitajat kokevat muistisairaahan ihmisen kanssa?
4. Millaisia sanallisia ja sanattomia vuorovaikutuskeinoja hoitajat ja muistisairaant ihmiset käyttävät?
5. Miten hoitajien ja muistisairaahan ihmisen välistä vuorovaikutusta voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Usein tutkimuksen toteuttamiseen koskevia kysymyksiä pohditaan jo tutkimusongelmaa valittaessa. Tärkeimmät käytännölliseen toteuttamiseen liittyvät perusratkaisut on

kirjoitettu jo tutkimussuunnitelmaan. Tutkimusmenetelmää valittaessa pohditaan, halutaanko tutkimus toteuttaa tarkkailun eli havainnoinnin menetelmää vai kyselyn eli haastattelu- tai kyselylomakemenetelmää käyttäen. Tutkimusmenetelmä on siis niitä käytäntöjä tai tapoja, joilla kerätään havaintoja. Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvalitatiivinen, jossa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta. Saadaksemme selville mitä tutkittavat ajattelevat, kokevat ja tuntevat, käytimme aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 172–178.)

6.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä opinnäytetyö on luonteeltaan kvalitatiivinen. Käyttöalueiksi kvalitatiiviselle eli laadulliselle tutkimukselle voidaan kuvata tutkimusalueita, joista vielä ei tiedetä juurikaan mitään. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii lisäksi tutkimusalueeseen, joka on jo olemassa, jos aiheeseen halutaan saada uutta näkökulmaa, jos käsitteen tai teorian merkitystä, tutkimustuloksia tai aiemmin käytettyä tai vakiintunutta metodiikkaa epäillään. Valinnan perusteena voi olla myös asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta. Kysymykset siitä, mikä tutkimuksen tavoite on ja minkälaista tietoa tavoitellaan, määrittävät tutkimusmenetelmän valintaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa erilaisten lähestymistapojen yhteisenä tavoitteena on löytää keinoja, eroja tai samanlaisuuksia tutkimusaineistosta. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on listattu useita erilaisia tunnuspiirteitä, joita ovat esimerkiksi naturalistisuus, dynaamisuus, persoonakohtaisuus, yksilöllisyys, kontekstispesifisyys, tutkimusasetelmien joustavuus ja induktiivisyys. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 65–66.)

Terveystieteiden ja hoitotyössä tarvitaan tietoa hoitokokemuksista, sairauden kokemuksista ja merkityksestä, jota ihmiset niille antavat. Näistä asioista voidaan saavuttaa tietoa kvalitatiivisen tutkimuksen avulla. Kvalitatiivisella tutkimuksella voidaan tuoda myös uudenlaista kriittistä näkökulmaa näyttöön perustuvan toiminnan arviointiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 77.) Tällä kvalitatiivisella tutkimuksella haluttiin uutta näkökulmaa hoitajien kokemuksiin perustuen, millaista on vuorovaikutus muistisairaana ihmisen kanssa. Tutkimuksella haluttiin löytää uusia keinoja muistisairaana ihmisen ja hoitajan välisiin vuorovaikutustaitoihin.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan koota aineistoa monin eri tavoin. Haastattelulta voidaan kysyä kysymyksiä, joihin he vastaavat suullisesti, kirjeellä, valokuvilla, piirustuksilla tai virallisilla asiakirjoilla. Tutkittavia voidaan myös havainnoida tekeillä muistiinpanoja tai kuvaamalla videoita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 121.) Laadullisessa tutkimuksessa yleisimpiä aineistonkeruun menetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja tieto, joka on koottu erilaisista dokumenteista (Tuomi & Sarajärvi 2018, 83). Haastattelu on joustava aineistonkeruumenetelmä ja se sopii moniin erilaisiin tutkimuksiin (Hirsjärvi & Hurme 2004, 34). Haastattelut voidaan luokitella kolmeen tyyppiin, joita ovat strukturoidut, eli lomakehaastattelut, teemahaastattelut ja avoimet haastattelut. Teemahaastattelu on strukturoidun ja avoimen haastattelun välimuoto. Kysymysten tarkka esittämisjärjestys ja muoto puuttuvat, mutta teemat ja aihepiirit ovat tiedossa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 124–125.) Teemahaastattelussa pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen tai tutkimustehtävän mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018, 88). Tässä opinnäytetyössä haastattelumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelumenetelmää.

Haastattelurungon (Liite 2) kysymykset on laadittu tutkimustehtävien ja aiemman kirjallisuuden pohjalta sekä Saarisen Pro gradu tutkielman haastattelurunkoa apuna käyttäen. Haastattelurungon hyödyntämiseen on saatu lupa Pro gradu tutkielman tekijältä. Haastattelun teemoiksi valikoituivat vuorovaikutus ja kommunikointi, vuorovaikutuksen haasteet, keinot ja sujuminen sekä puhetta korvaava kommunikointi.

6.2 Aineiston keruu

Aineistoa kerätessä tutkijoille herää usein kysymys, miten monta tiedonantajaa pitäisi olla, jotta niitä olisi tarpeeksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110). Haastateltavien lukumäärä on usein liian pieni tai liian suuri. Haastattelutapoja ja käytäntöjä, joilla haastattelu toteutetaan, on monia. Yleisin tapa haastattelulle on yksilöhaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 58–61.) Kvalitatiivisen tutkimuksen otoksessa keskitytään kokemuksiin, yksittäisiin tapauksiin ja tapahtumiin, eikä niinkään tutkittavien lukumäärään. Tutkimukseen halutaan usein henkilöitä, joilla on runsaasti tietoa

asiasta, jota tutkitaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 110.) Tämän tutkimuksen kohderyhmäksi muodostui tehostetun palveluasumisyksikön hoitajia, joilla on kokemusta ja tietoa muistisairaiden ihmisten kohtaamisesta. Opinnäytetyön tekijöiden tavoitteena oli pitää tutkittavien määrä pienenä (5–10 henkilöä) ja että haastatteluun osallistuvat olisivat eri-ikäisiä ja mahdollisuuksien mukaan eri sukupuolia edustavia hoitajia. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 58–60.)

Linnavuoren palvelukeskuksen palveluesimiehelle lähetettiin saatekirjeet (liite 3) sähköisessä muodossa huhtikuussa 2021. Saatekirjeessä kerrottiin opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet, sekä tutkimuksen ajankohta. Saatekirjeessä pyydettiin hoitajia osallistumaan tutkimukseen, joka toteutetaan laadullisella tutkimusmenetelmällä, teemahaastattelujen avulla. Saatekirjeessä kerrottiin, että haastattelut toteutetaan tutkimukseen osallistuvien työpaikalla, työajalla ja että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvat voivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Saatekirjeessä muistutettiin myös, että tutkimuksen tulokset raportoidaan niin, ettei tutkittavien henkilöllisyys tule esille ja tutkimuksen aineisto kerätään ainoastaan tätä tutkimusta varten. (Vilkkä 2007, 82–88.) Palveluyksikön Palveluesimies jakoi saatekirjeet palvelukoteihin henkilökunnan nähtäväksi. Haastatteluun halukkaat työntekijät ilmoittivat halukkuutensa tutkimukseen osallistumisesta palveluesimiehelleen. Palveluesimiehen kanssa oli sovittu, että mikäli tutkimukseen on paljon halukkaita hoitajia, palveluesimies valitsee tutkimukseen osallistuvat niin, että jokaisesta palvelukodista saataisiin haastateltavia ja haastateltavat olisivat eri ikäisiä. Kahdeksan hoitajaa ilmoitti halukkuutensa osallistua tutkimukseen, joista myöhemmin kaksi hoitajaa perui halukkuutensa ja yhteen hoitajaan ei saatu yhteyttä. Haastatteluiden ajankohdat sovittiin opinnäytetyön tekijöiden ja haastateltavien kesken sähköpostin ja puhelimen välityksellä.

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Teemahaastattelussa edetään valikoitujen teemojen mukaisesti. Haastattelussa voidaan tarvittaessa täsmentää kysymyksiä haastateltavan vastauksiin perustuen, tai vaihtaa kysymysten järjestystä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 87–88.) Haastattelujen tallentaminen kuuluu teemahaastattelun luonteeseen. Näin haastattelu saadaan sujumaan nopeammin ja ilman katkoja. Haastattelu saadaan luontevaksi ja keskustelu vapautuneeksi ilman paperia ja kynää. (Hirsjärvi & Hurme 2004, 92.)

Kaikki viisi haastattelua toteutettiin tutkimusluvan (liite 5) saamisen jälkeen hoitajien työpaikalla työajan puitteissa touko-kesäkuussa 2021. (Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry, 5–6). Haastattelut olivat kestoiltaan 15–30 minuuttia ja keskimäärin ne kestivät 20 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin opinnäytetyön tekijöiden älypuhelimilla sanelin-sovellusta apuna käyttäen. Haastattelun tallennevälineestä kerrottiin hoitajille ennen tutkimukseen osallistumista. Haastateltaville kerrottiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Haastateltavien motivoimiseksi kerrottiin tutkimuksen tavoitteet ja miten tutkimustuloksia voidaan mahdollisesti tulevaisuudessa hyödyntää. (kuula, 104–107.)

EU:n tietosuoja-asetuksessa edellytetään, että henkilötietoja keräävässä opinnäytetyössä tai tutkimuksessa huolehditaan tietosuojaselosteen laatimisesta. Selosteen tulee olla helposti saatavilla ja ymmärrettävä. Tarkoituksena on, että henkilö, jonka tietoja käsitellään, saa selkeän ja kattavan kuvan henkilötietojensa käsittelystä. (Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut 2021.) Hoitajille lähetettiin sähköpostilla tietosuojaselosteet (liite 4) ennen haastattelua.

6.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tässä opinnäytetyössä käytettiin aineistolähtöistä laadullisen eli induktiivisen aineiston sisällönanalyysimenetelmää. Menetelmä voidaan jakaa karkeasti kolmevaiheiseksi: 1) aineiston redusointi, eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmitely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122.) Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa, mutta sitä ei voida pitää pelkästään laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Sitä voidaan pitää yksittäisenä metodina sekä teoreettisena kehyksenä, joka pystytään liittämään erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja objektiivisesti ja systemaattisesti. Sisällönanalyysilla pyritään saamaan kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa tutkitavasta ilmiöstä. Analyysilla aineisto pyritään järjestämään selkeään ja tiiviiseen muotoon kadottamatta kuitenkaan informaation sisällystä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–

108.) Haastattelujen kuuntelemisen jälkeen aineisto litteroitiin, eli kirjoitettiin auki sana sanalta (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127).

Tutkimuksen tuloksiin otettiin suoria lainauksia litteraateista. Niiden tarkoituksena oli vahvistaa ja selventää analyysissä esiintyviä argumentteja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138.) Litteroinnin jälkeen perehdyttiin aineistoon ja alkuperäinen data pelkistettiin, eli redusoitiin niin, että siitä karsittiin pois tutkimukselle epäolennainen. Redusoinnissa aukikirjoitetusta aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkimustehtäviä. Pelkistetyt ilmaukset listattiin eri konseptille allekkain, huomioiden, että yhdestä lausumasta voi löytyä useampia pelkistettyjä ilmauksia. Redusoinnin jälkeen aineisto ryhmiteltiin, eli klusteroitiin. Aineiston alkuperäisilmaukset käytiin tarkasti läpi ja pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia. Luokittelua jatkettiin niin, että yhdistelemällä alaluokkia, muodostettiin yläluokkia ja yhdistelemällä yläluokkia muodostui pääluokka. Pääluokka nimettiin ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. Klusteroinnin jälkeen seurasi aineiston käsitteellistäminen eli abstrahointi. Siinä erotettiin olennainen tieto tutkimuksen kannalta ja valikoitujen tietojen perusteella muodostettiin teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–127.)

7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Tutkimukseen osallistui viisi tehostetun palvelukodin työntekijää. Kaikki tutkimukseen osallistuvat olivat naisia ja heitä oli kaikista kolmesta palvelukeskuksen palvelukodista. Hoitajat olivat työskennelleet hoitoalalla 11–40 vuotta ja kaikki haastateltavat olivat tehneet koko työuransa ainakin osittain muistisairaiden parissa. Taustatietoina haastateltavilta kysyttiin työvuosia hoitoalalla ja työkokemusta muistisairaiden parissa. Muita taustakysymyksiä hoitajilta ei haluttu kysyä yksityisyyden suojaamiseksi heidän työyhteisössään. Tutkimuksen tulokset ovat jaettu tutkimuskysymysten mukaan.

7.1 Vuorovaikutus muistisairaana ja hoitajan välillä

Ensimmäinen teema käsitteli hoitajien kokemuksia muistisairaana ihmisen ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Muistisairaana vuorovaikutus.

Hoitajat kuvasivat muistisairaana vuorovaikutuksen olevan sekä sanallista, että sanatonta. Hoitajat kertoivat, että muistisairaana vuorovaikutustaidot riippuvat siitä, millaisessa vaiheessa muistisairaus on, kuinka pitkälle muistisairaus on edennyt tai mikä muistisairaus on kyseessä. Muistisairaana puhe voi olla hyvinkin sujuvaa ja jotkut puhuvat paljonkin. Puheen sujuvuus voi riippua monestakin eri asiasta, kuten tilanteesta tai muistisairaana muista perussairauksista. Muistisairaana persoonallisuuden katsottiin myös vaikuttavan puheen tuottoon. Vaikutusta ajateltiin olevan esimerkiksi sillä, onko henkilö puhelias ja seurallinen vai hiljainen. Puhetta voi olla paljon, mutta se voi olla ”ummet lammet”-puhetta tai ei tarkoituksenmukaista. Puhe voi olla myös ihan tavallisia asioita.

”Ihan tavallisia asioitakin, että onko ruoka hyvää ja kummoista ilmaa on ja sitten niitä vanhoja asioita he tietysti muistavat koska heillä on se lähimuisti mennyt.” (Hoitaja 4.)

Sanallinen viestintä voi olla myös lyhyitä lauseita tai samojen asioiden toistamista. Joillakin muistisairailla on hoitajien mukaan vain muutama sana kuten ”kyllä”, ”ei” tai ”kiitos”. Hoitajat kuvasivat, että jotkut muistisairaajat saattavat puhua myös kuiskamalla tai kuhisemalla.

Haastattelujen tuloksissa kävi myös ilmi, että joillakin muistisairaalla on toisinaan sanat hukassa tai puhe on pelkkää ääntelyä. Joillakin muistisairailla puhetta ei ole enää ollenkaan.

”Voi olla pelkkää ääntelyä tai sanat ovat hukassa ja semmoista että ei ole enää ymmärrettävää lainkaan.” (Hoitaja 1.)

Sanattomiksi muistisairaahan vuorovaikutuskeinoiksi hoitajat mainitsivat kasvojen ilmeet. Muistisairas voi esimerkiksi kurtistaa kulmiaan tai hymyillä. Muistisairaahan ilmeestä voitiin päätellä esimerkiksi kivun tunne, jos silmät ovat kovasti surulliset tai alakuloisen näköiset. Hymyilevästä ilmeestä on voitu tulkita mielihyvän tunne. Muita sanattomia keinoja, joita hoitajat mainitsivat, olivat levottomuus, aggressiivisuus, eleet, yleinen olotila, ääntely ja kolistelu.

”Se on aika haasteellista, koska ei kovinkaan hyvin osaa tai pysty tai kykene ilmaisemaan omaa itseään et mitä he toivovat tai haluavat, vaan se on pienistä eleistäkin yleensä pääteltävää.” (Hoitaja 2.)

Muistisairaahan sanattomat keinot koettiin toisinaan arvaamattomiksi. Muistisairas voi ottaa hoitajaa kädestä kiinni, silittää poskelle tai halata, mutta voi yhtä hyvin yllättäen myös vaikka lyödä.

”Muistisairaajat monestikin silittää poskelle tai ottaa kädestä kiinni. Saattaa yllättäen, vaikka halata, mutta saattaa yhtä hyvin vaikka lyödäkin, se on aika arvaamatonta.” (Hoitaja 3.)

Hoitajat kertoivat, että muistisairaana eleistä voi joskus päätellä muistisairaana tarpeet. Muistisairas voi esimerkiksi pitää paidan etumuksesta kiinni, jos on wc-käynnin tarve. He voivat myös esimerkiksi kolistella, jos eivät pääse pyörätuolilla eteenpäin tai lyödä lasia pöytään janon merkiksi.

7.2 Vuorovaikutusta edistävät tekijät

Toinen teema käsitteli vuorovaikutuksen sujuvuutta hoitajan ja muistisairaana välillä. Hoitajat kuvasivat, millaisissa tilanteissa vuorovaikutus muistisairaana henkilön kanssa sujuu hyvin ja mitkä asiat siihen vaikuttavat.

Hoitajat kertoivat, että hoitajan ja muistisairaana välistä vuorovaikutusta parantaa hoitajan kokemus muistisairaiden parissa, Työkaverin tuki, elämäkokemus, työuran pituus sekä työtavat. Esille nousi myös muistisairaana tuntemisen tärkeys, joka usein vie aikaa. Luottamussuhteen luominen, keskeinen ymmärretyksi tuleminen, kärsivällisyys, tilanteen rauhoittaminen ja pitkäpinnaisuus olivat hoitajien mukaan vuorovaikutusta edistäviä tekijöitä.

”...Sitten kun vuosien aikana on nähnyt niitä tilanteita, niin on tavallaan saanut sellaisia työkaluja, miten kannattaa toimia missäkin tilanteessa ja mikä, milloinkin mahdollisesti auttaa. Mutta silti tulee tilanteita, että mikään ei välillä auta et sitten monta kertaa huomannut juuri sen, että antaa olla ja yrittää vaikka myöhemmin uudestaan.”
(Hoitaja 5.)

Haastattelussa kävi ilmi, että muistisairaana unen määrä ja vireystila ovat yhteydessä toisiinsa. Hyvin nukuttu yö, vaikuttaa positiivisesti vireystilaan. Vuorovaikutusta edistäviksi tekijöiksi mainittiin myös muistisairaana hyväntuulisuus ja rauhallisuus (Kuvio 2.)

”Yleensä siinä vaiheessa muistisairaana kanssa sujuu helpommin kaikki, kun hän on hyväntuulinen.” (Hoitaja 5.)

Selkeä puhe, rauhallinen työote, puhuminen, joustaminen sekä yksi asia kerrallaan eteneminen mainittiin hoitajalähtöisiksi vuorovaikutuksen sujuvuutta edistäviksi tekijöiksi. Lisäksi esiin nousi hoitajan taito lukea tilanteita.

”Hoitaja on rauhallinen ja tietysti asukaskin on hyväntuulinen ja tuota kiireen tuntuaakaan ei saisi olla. Ja hoitaja puhelee jotain asioita siinä samalla, kun tehdään niitä töitä.” (Hoitaja 3.)

”Siihen vaikuttavat hoitajan kokemus paljon, että miten se hoitaja osaa lukea niitä tilanteita ja sitä, miten kannattaa toimia.” (Hoitaja 5.)



Kuvio 2. Vuorovaikutusta edistävät tekijät.

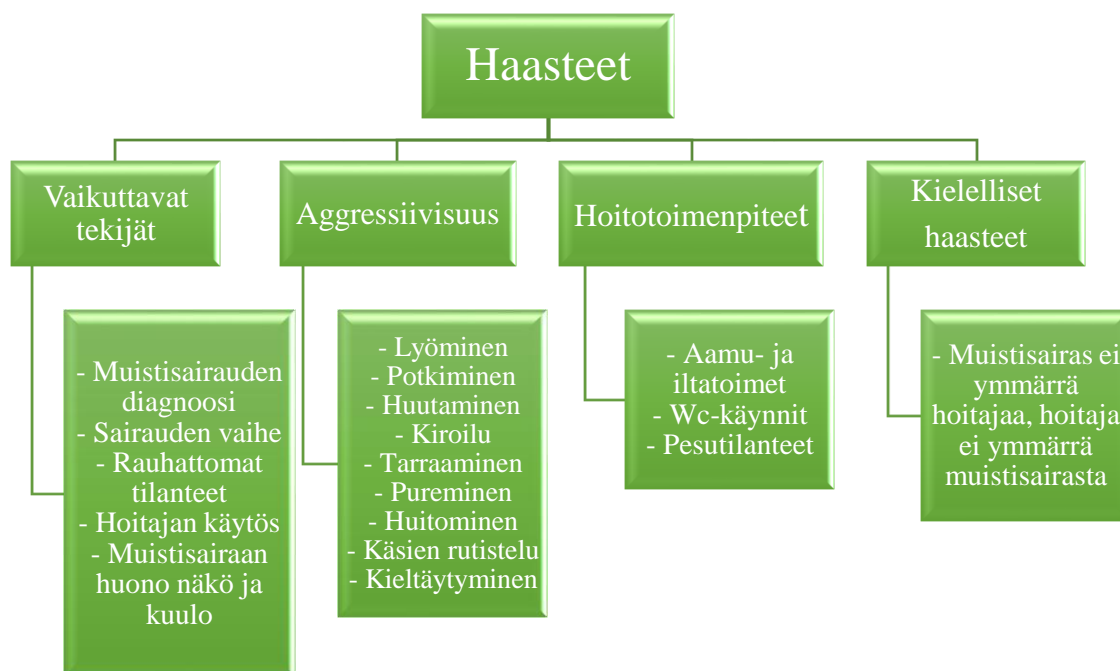
Haastateltavat kertoivat, että turvallisuuden tunteen luominen muistisairaalle on ehdottoman tärkeää. Hoitajat painottivat aitoa kiireetöntä kohtaamista sekä osaston rauhallista tunnelmaa. Hoitajan ja muistisairaahan molemminpuolinen hyvä vuorovaikutus sekä keskustelujen sisältö vaikuttavat myös hoitajien mukaan positiivisesti vuorovaikutukseen. Esimerkiksi omaisten nimien tuominen keskustelun tueksi lisäsi sujuvuutta.

”Muistisairaahan täytyy tuntea olonsa turvalliseksi. Ehdottomasti se on peruslähtökohta.” (Hoitaja 2.)

”Kyllä ne omaisten sanat tai tytär tai poika, kun tulee kylää niin nekin ovat sellaisia vaikuttava tekijöitä. Niin kuin tänäänkin huomasin, kun sanoin vanhukselle, että tytär tulee kylään, niin hyvin sujuivat kaikki.” (Hoitaja 3.)

7.3 Vuorovaikutuksen haasteet

Kolmas teema käsitteli hoitajien ja muistisairaiden vuorovaikutuksen haasteita. Hoitajat kertoivat, millaisissa tilanteissa on ongelmia muistisairaahan ihmisen kanssa, ovatko he havainneet muistisairaahan henkilön käyttäytyvän haastavasti vuorovaikutustilanteissa ja millaista haastava käytös on. Lisäksi hoitajat kertoivat, mikä on suurin haaste muistisairaahan henkilön kanssa kommunikoidessa (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Haasteet.

Kaikki hoitajat olivat kokeneet muistisairaahan haastavaa käytöstä vuorovaikutustilanteissa ja he olivat sitä mieltä, että haastavaa käytöstä on paljon tai lähes päivittäin.

”Olen kyllä ja usein. Kyllä se on lähes päivittäistä.” (Hoitaja 5.)

Hoitajat kertoivat muistisairaahan haastavan käytöksen olevan yhteydessä siihen, miten pitkälle muistisairaus on edennyt, tai mikä muistisairauden diagnoosi on kyseessä. Lewynkappaletautia tai otsalohkodementiaa sairastavilla ajateltiin olevan enemmän aggressioita ja käytöshäiriöitä kuin muilla muistisairailta ja pitkälle edenneen muistisairaahan ajateltiin aiheuttavan kommunikaation heikkenemistä. Hoitajat arvelivat, että haastava käytös liittyy usein rauhattomiin tilanteisiin, kuten esimerkiksi osaston hälinään tai toisen asukkaan ärsyttämiseen.

”Se voi johtua monesta asiasta. Siitä, että on hälinää osastolla tai joku on käynyt ärsyttämässä.” (Hoitaja 4.)

Hoitajat toivat esiin, että myös hoitajan omalla käytöksellä on merkitystä muistisairaana käyttäytymiseen. Muistisairas voi reagoida haastavalla käytöksellä esimerkiksi hoitajan ollessa kiireinen. Myös muistisairaana huonon kuulon ja näön ajateltiin olevan yhteydessä haastavaan käytökseen.

Yleisimmäksi haastavaksi käytösoireeksi hoitajat kertoivat muistisairaana aggressiivisen käytöksen. Aggressiivinen käytös voi olla esimerkiksi lyömistä, potkimista, huumamista, kiroilua, tarraamista, puremista, huitomista, käsien rutistelua tai kieltäytymistä hoitotoimenpiteistä. Haastavimpien tilanteiden kerrottiin olevan tavalliset hoitotilanteet, kuten aamu- ja iltatoimet, wc-käynnit, vaatteiden riisumisen sekä suihkutustilanteet. Suurimmaksi haasteeksi koettiin, ettei muistisairas ymmärrä mitä ollaan tekemässä tai hoitaja ei ymmärrä mitä muistisairaalla on sanottavanaan.

”Jopa kiroilua ja sitten käsillä huitomista pääasiassa. Tai tarraamista lujasti kiinni pöydän syrjästä tai mihin vaan saa kiinni. On monen näköistä, kädet käyvät hyvin helposti.” (Hoitaja 3.)

7.4 Hoitajan ja muistisairaana keinot vuorovaikutuksessa

Neljännessä teemassa hoitajat kertoivat, millaisia keinoja he käyttävät haastavissa tilanteissa muistisairaana ihmisen kanssa ja millaisia keinoja he ovat havainneet muiden hoitajien käyttävän. Lisäksi hoitajat kertoivat mitä sanattomia keinoja he käyttävät haastavissa tilanteissa sekä millaisissa tilanteissa ja mitä sanattomia keinoja muistisairaana käyttävät haastavissa tilanteissa (Kuvio 4.)

Haastattelussa tuli esiin, ettei keinoja aina ole, jos muistisairasta ei saada ymmärtämään mitä ollaan tekemässä. Jos muistisairas ei halua ryhtyä yhteistyöhön, unohdetaan asia hetkeksi ja yritetään myöhemmin uudelleen. Hoitajat eivät pitäneet oikeana muistisairaana pakottamista yhteistyöhön. Lyhyet lauseet, ymmärrettävät sanat ja puheella rauhoittelu olivat hoitajien mielestä tärkeitä keinoja haastavissa tilanteissa. Joskus muistisairaana levottomuuteen ja pelokkuuteen käytetään apuna lääkehoitoa.



Kuvio 4. Hoitajan vuorovaikutuskeinot.

”Semmoinen rauhallinen ja lyhyitä lauseita ja ymmärrettäviä sanoja yrittää käyttää ja katsekontakti ja on siinä tilanteessa läsnä, ettei niin kuin touhua kaikkea muut siinä samalla...” (Hoitaja 1.)

”Joskus lääkehoidon kanssa saadaan, jos on oikein levoton, kun se muistin heikkeneminen aiheuttaa levottomuutta tai pelkotiloja, niin lääkehoito saattaa välillä niin kuin rauhoittaa paljonkin tilannetta.” (Hoitaja 5.)

Hoitajat ajattelivat, että muut hoitajat käyttävät pitkälti samanlaisia keinoja muistisaira-
raan kanssa kuin he itse käyttävät. Hoitajat kertoivat, että ongelmista puhutaan usein
yhdessä ja hyviä keinoja jaetaan hoitajien kesken.

Sanattomia vuorovaikutuskeinoja, joita hoitajat kertoivat käyttävänsä, olivat hoitajan rauhallisuus, katsekontaktin ottaminen, tilanteessa läsnä oleminen, aito kuunteleminen, maltti ajan ja läheisyyden antaminen, iloinen ilme, hauskanpito, kosketus, kädestä kiinni pitäminen, silittely ja sekä muistisairaana aito kohtaaminen. Hoitotyön tukena käytettiin myös musiikkia ja herkkujen antamista (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Muistisairaana vuorovaikutuskeinot.

”...Musiikki on myös semmoinen tekijä, että tuota noin rauhoittaa välillä ja sitten joku herkku, että voi jonkun suklaan palan pistää suuhun tai herkkuja...” (Hoitaja 3.)

Muistisairaana sanattomiksi vuorovaikutuskeinoiksi hoitajat mainitsivat ääntelyn, aggressiivisuuden ja eleet. Muistisairaana kerrottiin käyttävän puhetta korvaavia keinoja esimerkiksi silloin kun hänellä on joku hätä, vilu, jano tai kun hän haluaa lepäämään. Muistisairas saattaa esimerkiksi hakata juomalasilla pöytään janon merkiksi tai kolistella pyörätuolilla päästäkseen lepäämään. Muistisairas hakee sanattomasti huomiota ilmeillään heille levottomissa tilanteissa, kuten kiputiloissa. Näissä tilanteissa muistisairas saattaa irvistää tai kurtistaa kulmiaan. Hyvänolontunteen muistisairas tuo esiin hymyllä.

7.5 Vuorovaikutustaitojen kehittäminen

Viimeinen teema käsitteli hoitajien lisäkoulutuksen tarvetta vuorovaikutuksesta muistisairaahan kanssa. Hoitajat kertoivat millaisiin tilanteisiin ja millaista lisäkoulutusta he tarvitsisivat.

Hoitajat suhtautuivat positiivisesti lisäkoulutukseen. Koulutuksesta ajateltiin saavan aina jotain uutta ja samalla voisi kuulla muiden hoitajien kokemuksia. Uusia vinkkejä ja näkökulmia kaivattiin muun muassa muistisairaahan aggressiiviseen käytökseen ja kommunikointiin muistisairaahan kanssa, kun puhetta ei enää ole. Jos muistisairas esimerkiksi lyö, huijaa ja potkii, hoitajille tulee voimaton olo, eikä aina tiedä mitä pitäisi tehdä. Hoitajat pohtivat, mitkä ovat hoitajien oikeudet näissä tilanteissa. Milloin hoitaja voi sanoa muistisairaalle, että nyt riittää. Hoitajat pohtivat myös, että olisi hyvä saada lisäkoulutusta siihen, miten kävelevää muistisairasta voi rajoittaa.

”Kyllä minä aina positiivisesti suhtaudun. Ihan hyvä se olisi niin kuin jonkun näköiseen, ehkä vinkkejä saada vaikka kokeneelta hyvältä sairaanhoitajalta.” (Hoitaja 2.)

”Miten me niin kuin kävelevää muistisairasta rajoitetaan, mikä sallitaan heille niin kuin rajoittavaksi keinoksi siinä kohtaa, kun hän käy muihin asukkaisiin kiinni tai meihin hoitajiin. Kun meillä sattuu olemaa osastolla näitä, jotka lyö ja potkii ja puree...” (Hoitaja 4.)

”Ehkä sellainen aggressiivisen asukkaan kohtaaminen voisi olla sellainen isoin haaste, miten itse ajattelisin, että se tuntuu välillä, että tarvitsisi jotain lisäkeinoja...” (Hoitaja 1.)

Hoitajat ajattelivat, että kiinnostavaa olisi saada koulutusta hoitajan sanattomaan viestintään. Minkälaiset eleet ja ilmeet sopisivat mihinkin tilanteeseen ja miten omalla kehonkielillä voisi viestittää muistisairaalle asioita. Kiinnostusta ilmeni myös lääkkeetöntä hoitoa kohtaan. Usein muistisairaalle annetaan levottomuuteen tai aggressioon rauhoittavia lääkkeitä. Lisäkoulutusta olisi hyvä saada siihen, miten muulla tavoin muistisairasta voisi rauhoittaa.

”Semmoisia keinoja että millaiset ilmeet, eleet sopivat mihinkin tilanteeseen ja jos sinun kädet on jossain puuskassa jossakin tilanteessa että miten sinä saat sitä omaa kehonkieltä muutettua niin sellainen olisi todella mielenkiintoinen koulutus muistisaira-an ihmisen kanssa työskennellessä.” (Hoitaja 5.)

Hoitajat toivat esiin, että koulutuksia on ollut aika ajoin ja kaikkien kannattaisi niihin mennä, mutta nyt korona-aikana koulutuksia on ollut valitettavasti vähemmän.

”...Jos vaan nyt tulee muistisairaille joku koulutus niin saatan nimeni pistää ja mennä, mutta kun nyt ei ole ollut sitten tietysti korona-aikana paljoa koulutuksia...” (Hoitaja 2.)

8 POHDINTA

Tutkimusprosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin. Esimerkiksi valitaan tutkimusaihe, kerätään olemassa olevaa tietoa, tuotetaan uusia tutkimus tuloksia, tehdään johtopäätöksiä ja lopuksi raportoidaan tutkimus. (Kauranen, Mustakallio & Palmgren 2006, 20.) Tutkimusaiheen valinta tuntui alusta alkaen opinnäytetyöntekijöille selkeältä, sillä kokemusta muistisairaiden henkilöiden hoidosta oli kertynyt jo jonkin verran. Aiheen valintaan vaikuttivat aikaisemmat työkokemukset, kiinnostus muistisairaiden hoitoon, tehostetun palveluasumisen lisääntyminen, muistisairaiden kasvava määrä sekä ihmisarvo. Aihe on opinnäytetyöntekijöiden mielestä eettisestä näkökulmasta erittäin tärkeä. Olemassa olevaa tietoa kerättiin aikaisempiin tutkimuksiin nojautuen sekä kirjallisuudesta. Uusia tutkimustuloksia tuotettiin yksilöhaastattelumenetelmällä, joista tehtiin johtopäätökset. Haastattelut saatiin tehtyä COVID-19 epidemiasta huolimatta kasvokkain hengityssuojaimia käyttäen ja turvavälit huomioiden.

8.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten tehostetun palveluasumisyksikön hoitajat kokevat muistisaira-an ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen.

Opinnäytetyössä selvitettiin minkälaisia sanallisia ja sanattomia vuorovaikutuskeinoja muistisairaat käyttävät ja mitä he itse käyttävät. Opinnäytetyössä tarkasteltiin myös hoitajan ja muistisairaahan välisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia, sekä selvitettiin minkälaisia keinoja hoitajat käyttävät haastavissa tilanteissa. Lisäksi opinnäytetyössä selvitettiin kokevatko hoitajat tarvetta lisäkoulutukselle vuorovaikutustilanteisiin ja minkälaista lisäkoulutusta he kaipaavat.

8.1.1 Vuorovaikutus muistisairaahan ja hoitajan välillä

Hoitajat kertoivat, millaista on muistisairaahan henkilön vuorovaikutus ja kommunikointi hoitajan kanssa, jos puhetta on, millaista se on. Lisäksi he kertoivat, millaiseksi he kokevat omat vuorovaikutustaitonsa muistisairaahan henkilön kanssa.

Muistisairauden edetessä oma-aloitteinen puheen tuottaminen vähenee ja sanoja on yhä vaikeampi löytää (Burakoff & Haapala 2013, 7). Tutkimusten tuloksissa tämä tuli selvästi esille. Hoitajat ajattelivat, että mitä pidemmälle muistisairaus on edennyt, sitä vähemmän puhetta tulee. Hoitajat ajattelivat myös muistisairauden laadun, muiden perussairauksien, persoonan ja luonteen vaikuttavan kommunikointiin. Hoitajien mukaan muistisairaalla voi olla puhetta paljonkin ja se voi sisältää selkeää informaatiota, mutta puhe voi olla myös ei tarkoituksenmukaista, pelkkää ääntelyä lyhyitä lauseita, muutamia sanoja tai samojen asioiden toistamista.

Viestintä vaikeutuu toisen osapuolen ollessa kykenemätön ilmaisemaan itseään, tai jos hän ei pysty vastaanottamaan toisen sanomaa (Burakoff & Haapala 2013, 3). Myös tutkimuksen mukaan vuorovaikutus katsottiin haasteelliseksi silloin, kun muistisairas on kykenemätön ilmaisemaan itseään. Muistisairaahan toiveet ja tarpeet ovat silloin pienistäkin eleistä pääteltävää. Sanaton viestintä koostuu katseesta, katsekontaktista, ilmeistä, eleistä, kehon liikkeistä, asennosta, koskettamisesta, lähestymisestä tai etäisyyden pitämisestä (Kan & Pohjola 2012, 68–69). Nämä tukivat myös tutkimuksen tuloksia. Lähes kaikki haastateltavat mainitsivat muistisairaahan sanattomaksi vuorovaikutuskeinoksi ilmeet. Muistisairas voi esimerkiksi kulmiaan kurtistamalla tuoda esille kivun tunteen, tai hymyllä mielihyvän tunteen. Muita sanattomia keinoja, jotka tutkittavat mainitsivat, olivat yleinen levottomuus, olotila, ääntely, kolistelu ja

aggressiivisuus. Tutkimuksen tuloksissa kävi myös ilmi, että muistisairaahan sanattomat vuorovaikutuskeinot voivat olla arvaamattomia. Muistisairas voi käyttäytyä yllättävällä tavalla esimerkiksi lyödä hoitajaa. Käyttäytyminen voi myös muuttua nopeasti ja muistisairas saattaa yllättäen halata tai silittää hoitajaa poskelle.

Omat vuorovaikutustaidot hoitajat kokivat parantuneen työkokemuksen ja elämäkokemuksen myötä. Vuorovaikutustaitojen katsottiin olevan myös paremmat silloin, kun hoitaja ja muistisairas ovat oppineet tuntemaan toisensa.

8.1.2 Vuorovaikutusta edistävät tekijät

Hoitajat kuvasivat, millaisissa tilanteissa vuorovaikutus sujuu muistisairaahan henkilön kanssa ja mitkä asiat siihen vaikuttavat. Hoitajat kertoivat, että vuorovaikutus muistisairaahan kanssa sujuu paremmin silloin, kun muistisairas on rauhallinen, hyväntuulinen ja hän on nukkunut hyvin. Keskeisimmiksi vuorovaikutusta edistäviksi tekijöiksi on nostettu aito välittäminen, positiivinen arvostus, luottamus, turvallisuus, avoimuus, sitoutuneisuus ja joustavuus (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 9). Aito kuunteleminen ja kiireettömyys tuovat molemminpuolista luottamusta muistisairaahan ja hoitajan välille (Muistiliitto 2016, 46). Myös haastateltavat kokivat edellä mainittuja asioita vuorovaikutusta edistäviksi tekijöiksi. Lisäksi haastateltavat mainitsivat selkeän puheen ja kärsivällisyyden vuorovaikutusta edistäviksi tekijöiksi.

Muistisairaalla voi olla joskus vaikeuksia selviytyä monivaiheisista toiminnoista (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016, 13). Sairauden edetessä kommunikointi ja opastaminen vaativat selviä lauseita ja yhden asian kerrallaan kertomisen (Muistiliitto 2016, 46). Nämä tukivat myös tutkimuksen tuloksia. Hoitajat kertoivat vuorovaikutuksen sujuvan paremmin, kun muistisairaahan kanssa edetään yksi asia kerrallaan, hoitaja on rauhallinen ja hänelle puhellaan mieluisia asioita hoitotoimien aikana. Myös hoitajan työkokemus, työtavat, elämäkokemus, ja taito lukea tilannetta, katsottiin vuorovaikutusta edistäviksi tekijöiksi.

8.1.3 Vuorovaikutuksen haasteet

Kolmas teema käsitteli vuorovaikutuksen haasteita hoitajan ja muistisairaana välillä. Hoitajat kertoivat, millaisissa tilanteissa on ongelmia muistisairaana ihmisen kanssa, ovatko hoitajat havainneet muistisairaana haastavaa käytöstä, millaista haastava käytös on ja mikä on suurin haaste muistisairaana kanssa kommunikoidessa.

Muistisairaiden käytösoireet aiheuttavat haasteita ja hoidollisia ongelmia. Jopa 90 %:lla muistisairaana esiintyy erilaisia käytösoireita, jotka liittyvät muistisairauteen. (Muistisairauden käytösoireiden hoito: Käypä hoito -suositus, 2016.) Kaikki hoitajat olivat kokeneet muistisairaana haastavaa käyttäytymistä lähes päivittäin. Haastavimmiksi tilanteiksi koettiin tavalliset päivittäiset hoitotilanteet, kuten aamu- ja iltatoimet, WC-käynnit, vaatteiden riisumiset sekä suihkutustilanteet. Yleisimmäksi haastavaksi käytösoireeksi tutkittavat kokivat muistisairaana aggressiivisen käytöksen. Aggressiivisiksi käytösoireiksi mainittiin lyöminen, potkiminen, huutaminen, kiroilu, tarraaminen, käsien rutistelu, pureminen, huitominen ja kieltäytyminen. Muistisairaana voi olla vaikea ymmärtää ympäröivää maailmaa, muiden puhetta ja toimintaa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 18). Suurimmaksi ongelmaksi hoitajat kertoivat, että muistisairaana ei ymmärrä mitä ollaan tekemässä. Ongelmana on usein myös se, ettei hoitaja ymmärrä mitä muistisairaana on sanottavanaan.

Sairauden oireistoon ja etenemiseen vaikuttaa muistisairauden vaikeusaste sekä muistisairauden diagnoosi. Kukin diagnoosi vaikuttaa eri kohdissa eri tavoin aivoihin. (Muistiliitto 2021.) Nämä tukivat myös tutkimuksen tuloksia. Hoitajat kuvasivat, että haastavaan käytökseen vaikuttaa, miten pitkälle muistisairaana on edennyt ja mikä sairauden diagnoosi muistisairaana on. Pitkälle edenneen muistisairauden ajateltiin aiheuttavan kommunikaation heikkenemistä. Lewynkappaletautia tai otsalohkodementiaa sairastavilla katsottiin hoitajien mukaan olevan enemmän aggressiivista käyttäytymistä kuin muilla muistisairaana. Oireisiin vaikuttavat myös ärsykkeiden määrä sekä ympäristön rauhallisuus tai levottomuus (Muistiliitto 2021). Hoitajienkin mukaan haastavan käytöksen ajateltiin liittyvän rauhattomiin tilanteisiin esimerkiksi osaston hälinään tai toisen asukkaan ärsyttämiseen. Haastatteluissa nousi esiin, että myös muistisairaana huono kuulo- ja näköaisti voivat olla yhteydessä muistisairaana

haastavaan käytökseen. Myös hoitajan omalla käytöksellä ajateltiin olevan merkitystä muistisairaahan käyttäytymiseen

8.1.4 Hoitajan ja muistisairaahan keinot vuorovaikutuksessa

Hoitajat kertoivat, millaisia keinoja he käyttävät haastavissa tilanteissa muistisairaahan kanssa, mitä sanattomia keinoja he käyttävät ja mitä sanattomia keinoja muistisairaahan käyttävät. Lisäksi hoitajat kuvasivat, millaisissa tilanteissa he ovat havainneet muistisairaahan käyttävän puhetta korvaavia keinoja.

Muistisairaalla on halu tulla kuulluksi ja ymmärretyksi juuri siinä hetkessä, siinä ajassa ja tilanteessa, jonka muistisairas sillä hetkellä kokee. Kiirehtiminen, pakottaminen tai hyvätkään perustelut eivät aina auta. (Muistiliitto 2016, 46.) Hoitajat toivat esille, ettei aina löydy keinoja, jos muistisairas ei ymmärrä mitä ollaan tekemässä, silloin annetaan tilanteen rauhoittua, muistisairaalle annetaan aikaa ja yritetään myöhemmin uudestaan. Pelkästään sanallinen vuorovaikutus ei aina muistisairaahan kanssa riitä. Tärkeää kohtaamisessa on myös sanaton viestintä ja kehon kieli, jonka muistisairas herkästi aistii. Rauhallinen äänensävy ja puhe, kuunteleminen, kosketus, katsekontakti ja tilanteessa läsnä oleminen antavat muistisairaalle turvaa ja tilaa ilmaista itseään. (Muistiliitto 2016, 46.) Myös hoitajat nostivat esiin edellä mainittuja asioita. Lisäksi he kertoivat kärsivällisyyden, pitkäpinnaisuuden, lyhyiden lauseiden, tilanteen rauhoittamisen, luottamussuhteen luomisen, ymmärrettävien sanojen, halaamisen, läheisyyden, kädestä kiinni pitämisen ja silittelyn hoitajien vuorovaikutuskeinoiksi.

Monesti huumori auttaa käsittelemään muistamattomuudesta johtuvia häkellyttäviä tilanteita. Huumori helpottaa myös sairauden kanssa elämistä. (Muistiliitto 2016, 46.) Huumorin ja hauskanpidon merkitys nousi esiin myös tutkimuksen tuloksissa. Hoitajan iloisella ilmeellä ja esimerkiksi musiikin kuuntelulla ja herkkujen antamisella on hoitajien mukaan merkitystä. Nämä asiat saavat muistisairaahan hyvälle mielelle ja silloin hoitotilanteetkin sujuvat paremmin. Kokemusten ja elämänhistorian tunteminen ja ymmärtäminen auttavat löytämään turvallisia ja tuttuja toimintatapoja (Muistiliitto 2016, 46.) Haastattelujen mukaan muistisairaahan asukkaan tunteminen edesauttaa hoitajan ja muistisairaahan keskinäistä ymmärretyksi tuleamista.

Muistisairauden edetessä tilan, esineiden ja ajan hahmottaminen voivat hankaloitua (Muistiliitto 2021). Hoitajat käyttivät muistisairaahan hahmottamiseen tukena esimerkiksi erivärisiä mukeja sekä reunoja. Yhdeksi hoitotyön keinoksi tutkimuksessa nousi esiin lääkehoito. Tilanteissa, joissa muistisairaus aiheuttaa levottomuutta tai pelkoti-loja voidaan häntä hoitaa myös lääkehoidon avulla. Muistisairasta hoidettaessa ja hänen käyttäytyessään haastavasti, työkaverin tuki on hoitajien mukaan tärkeää. Työkavereiden kanssa puhutaan haasteista ja ongelmista, sekä jaetaan keinoja muistisairaahan haastavaan käyttäytymiseen.

Muistisairaahan sanattomiksi keinoiksi hoitajat mainitsivat ääntelyn, aggressiivisuuden, ilmeet, eleet ja yleisen levottomuuden. Muistisairaahan kerrottiin käyttävän puhetta korvaavia keinoja esimerkiksi silloin kun hänellä on joku hätä tai tarve. Sanattomasti muistisairaahan kerrottiin hakevan huomiota ilmeillään esimerkiksi kipua tai mielihyvää tuottavissa tilanteissa.

8.1.5 Vuorovaikutustaitojen kehittäminen

Jokainen haastateltava suhtautui myönteisesti lisäkoulutus mahdollisuuteen. Ajatuksia erilaisista tarpeista löytyi myös laidasta laitaan. Lisäkoulutusta kaivattiin erityisesti käytösoireisiin kuten aggressiivisen asukkaan kohtaamiseen ja kokemusasiantuntijuutta muistisairaahan henkilön kanssa kommunikoinnista. Ymmärrys muistisairaahan käytösoireista avaa keinoja ja tukea henkilöä sekä löytää hoitotyön keinoja hankalissakin tilanteissa (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 221). 90 % muistisairauksiin sairastuneista kärsii käytöshäiriöistä jossakin taudin vaiheessa (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2015, 451).

Hoitotyön tutkimussäätiön mukaan hoitotyöntekijöiden ammattitaidon ylläpitämisellä on ilmeisesti positiivisia vaikutuksia muistisairaahan päivittäistoiminnoissa suoriutumisessa. Työnantajalla on vastuu luoda edellytykset ammatillisiin täydennyskoulutuksiin, seurata henkilöstön osaamista sekä kokeneen henkilökunnan mentorointi sekä käytäntöön vietyjen menetelmien auditoinnista saattaa olla hyötyä. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019, 21–22.) Tärkeää ikääntyneiden hoitotyössä on innovatiivinen ja

kehittävä työote, kriittinen arviointi toimintatavoissa sekä ennakkoluulottomuus (Kelo ym. 2015, 279).

Hoitohenkilöstöille suunnattujen koulutusten tulisi kattaa erilaisiin muistisairauksiin sekä lääkkeettömiin menetelmiin liittyviä aihealueita monipuolisesti. Näitä ovat muun muassa muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisten muutokset, muistisairauden vaikutus sosiaaliin kanssakäymisiin, lääkkeettömien menetelmien toteuttaminen ja muistisairaahan henkilön toimintakyvyn arviointi. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2019, 21.) Hoivakotien ympäristö tulee suunnitella muistihäiriöisen elämää tukeväksi. Asukkaat tarvitsevat toimintansa tukemiseksi selkeyttä, rauhallisuutta ja levollisuutta. Muistisairas henkilö ahdistuu vähemmän ja pysyy rauhallisempana, kun hänen liikkumistaan ei rajoiteta eikä häntä kielletä jatkuvasti. (Anttila ym. 2015, 459.)

Maailman laajuisen Covid-19 pandemiatilanteen takia keväällä 2020 Suomessa muun muassa suurin hoitotyön vuotuinen ammattitapahtuma Sairaanhoidaja-päivät jouduttiin perumaan. Samaisena keväänä peruttiin myös Terveystieteiden päivät sekä Tampereen Lääkäripäivät-koulutustilaisuus. (Tehy-lehti 2020.) Lääkäriliitosta tutkija Piitu Parmanne kertoo, että korona on muuttanut tilannetta, eikä tarjolla ole ollut koulutuksia samalla tavalla kuin ennen. Parmanne sanoo monien koulutusten peruuntuneen koronan vuoksi. (Pennanen 2021.)

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella luotettavuuskriteereillä, joita ovat uskottavuus, siirrettävyys, reflektiivisyys ja vahvistettavuus. Tutkimuksen uskottavuus edellyttää sitä, että tulokset on kuvattu selkeästi, jolloin lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset. Luotettavuutta lisää, että tutkija kuvaa analyysinsä mahdollisimman tarkasti. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Opinnäytetyön analyysissä käytettiin taulukoita selkeyttämään haastattelujen tuloksia. Analyysissä käytettiin myös tutkittavien alkuperäisilmauksia lisäämään tutkimuksen uskottavuutta. Opinnäytetyön tekijät varmistivat, ettei haastateltavat ole tunnistettavissa murreilmausten perusteella, joten suorista lainauksista vaihdettiin murren sanat yleiskielelle. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Uskottavuutta lisää myös se, että tutkijalla on ollut riittävästi aikaa perehtyä tutkimuksen aiheeseen ja tehdä tutkimuksensa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139).

Haastattelut suoritettiin hoitajien näkökulmasta. Kahdeksasta ilmoittautuneesta hoitajasta haastatteluun osallistui viisi. Yhtä hoitajaa ei tavoitettu ja kaksi vetäytyi tutkimuksesta. Kaikilla tutkimukseen osallistuvilla oli pitkä työkokemus hoitajana, ja he olivat työskennelleet lähes koko työuransa muistisairaiden parissa.

Siirrettävyys tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset voivat olla siirrettävissä johonkin muuhun tutkimusympäristöön. Siirrettävyys edellyttää, että tutkimusympäristö kuvataan huolellisesti ja tutkimukseen osallistuvista henkilöistä annetaan monipuolisesti tietoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.)

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että opinnäytetyön tekijät ovat tietoisia omista lähtökohdistaan. Haastatteluita tehtäessä opinnäytetyön tekijät huolehtivat siitä, etteivät he vaikuttaneet omilla työkokemuksillaan ja mielipiteillään haastateltavien vastauksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.)

Tutkimuksen vahvistettavuus edellyttää, että tutkimusprosessi on kirjattu siten, että prosessia pystyy toinen tutkija seuraamaan pääpiirteittäin. Raporttia kirjoitettaessa tutkijat käyttivät apunaan haastatteluaineistoa. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tutkijat varasivat aineiston lukemiseen runsaasti aikaa. Aineistoa yhä uudelleen luettaessa tutkijoille syntyi ajatuksia ja oivalluksia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 143.) Tutkijat pystyvät aineiston avulla osoittamaan miten tutkimustuloksiin on päädytty (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Todellisuuksia on monia ja toinen tutkija voi päätyä tutkimuksen tuloksissa erilaisiin päätelmiin, mutta se hyväksytään laadullisessa tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2007, 129).

8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Mitä avoimempi menetelmä tiedon keruussa on, sen vaikeampaa eettisten ongelmien etukäteen punnitseminen tutkimusasetelmassa on (Tuomi & Sarajärvi 2009, 122). Haastateltavien informointiin kuului opinnäytetyön tavoitteen esittely sekä kertominen

millaista uutta tutkimustietoa tavoitellaan ja miten mahdollisesti tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää (Kuula 2016, 105). Opinnäytetyön aiheen valinta on aina eettinen kysymys tekijälle. Pohdintaan aiheen eettisyydestä tulee aina liittää ja selkiyttää se, kenen ehdoilla aihe on valittu ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Tahtoen tai tahtomatta nämä eettiset kannanotot tulevat esille tutkimuksen julkilausutussa tarkoituksessa ja itse tutkimustehtävän muotoilussa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 122.)

Opinnäytetyön tekijät tarkastelivat, millainen hyvä tutkimus on, onko kaikenlainen tiedon jano hyväksyttävää, miten valitaan tutkimusaihe, millaisia tutkimustuloksia on tutkijan sopiva tavoitella sekä millaisia keinoja tutkijalla on lupa käyttää (Tuomi & Sarajärvi 2009, 126). Kaikki tutkimukseen osallistuvat eivät välttämättä tiedä mitä tutkimushaastattelu tarkoittaa ja millaista toimintatapaa siinä toteutetaan. Hoitajia informoitiin saatekirjeen lisäksi haastattelun alussa tutkimusmenetelmästä ja haastattelun kulusta. (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 17.) Hoitajille selvennettiin informaatiotekstin lisäksi mihin tarkoitukseen tutkimusaineisto kerätään, kenellä siihen on käyttöoikeus sekä miten sitä säilytetään ja muokataan (Kuula 2013, 106–107). Opinnäytetyön tekijät toteuttivat koko tutkimuksen ajan tutkimuseettinen neuvottelukunnan laatimia yleisiä eettisiä periaatteita, jolloin haastateltavien henkilöiden ihmisarvoa sekä itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin. Merkittäviä riskejä, haittoja tai vahinkoja ei aiheutunut tutkittaville. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2019.) Opinnäytetyön tekijät selvittivät haastateltaville, että tutkimuksesta saa jäädä pois missä vaiheessa tahansa ja osallistuminen on täysin vapaaehtoista. (Kuula 2013, 106–107.)

Hoitajille kerrottiin aineistonkeruun kertaluontoisuudesta. Tutkimushaastattelu ei edellyttänyt kirjoittamista tai valmiiden vastausvaihtoehtojen valitsemista. Haastateltaville oli tuotu ilmi se, että osallistuminen edellyttää kohtaamista tutkijoiden kanssa. (Kuula 2016, 106.) Äänitysten jälkeen haastatteluaineisto litteroitiin, jonka yhteydessä voitiin poistaa sekä suorat että epäsuorat tunnistetiedot. Suoria tunnistetietoja ovat tutkittavan nimi, syntymäaika sekä yhteystiedot ja epäsuoria tunnistetietoja ovat työpaikka, sukupuoli, asuinpaikka sekä koulutus. (Ruusuvoori, Nikander & Hyvärinen 2010, 452.) Tutkimushaastattelussa haastateltavilta kysyttiin ainoastaan työvuosia hoitoalalla sekä työkokemusta muistisairaiden henkilöiden parissa.

Keskeistä anonymiteetin säilymisessä on, ettei tietoja luovuteta ulkopuolisille sekä aineisto säilytetään joko sanasalalla suojatussa laitteessa tai lukollisessa kaapissa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 179). Tunnistettavuuden vuoksi murrekielinen sisältö käännettiin yleiskielelle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 180). Aineistolle ei ole asetettu jatkokäyttöön ehtoja, joten haastatteluaineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä (Tutkimuseettinen toimikunta 2009, 11). Haastatteluaineistoa on säilytetty toisen tutkijan henkilökohtaisella ja salasanalla varustetulla tietokoneella sekä litteroitua tekstiä lukollisessa kaapissa.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön pohjalta tekijät pohtivat erilaisia jatkotutkimusehdotuksia. Yksi mikä nousi päällimmäisenä ajatuksena, oli jatkaa kyseisiä haastatteluja tarkennetuin kysymyksin sekä selkeämmällä saatekirjeellä. Näin haluttaisiin saada innostettua lisää hoitajia osallistumaan ja jatkaa haastatteluja laajemmalla osallistujamäärällä. Lisäksi haastattelu olisi mielenkiintoista suorittaa myös omaisten näkökulmasta, miten he kokevat vuorovaikutuksen muistisairaahan henkilön kanssa. Toisaalta tutkijat pohtivat, olisiko täysin poissuljettua muistisairaahan henkilön haastattelu vuorovaikutuksesta hoitajan kanssa muistisairauden tasosta huolimatta.

Haastattelut pohjautuivat hoitajien kokemukseen. Mielenkiintoista olisi jatkotutkia käyttäytymisen muutoksia konkreettisesti tehostetussa palveluasumisyksikössä. Hoitajat havainnoitsisivat aktiivisesti käyttäytymismuutoksia eri ajankohtina ja hetkinä päivässä. Opinnäytetyön tekijät kuitenkin pohtivat, saataisiinko yksiköt innostumaan kirjaamisesta, saataisiinko hoitohenkilökunta sitoutettua tutkimukseen sekä riittäisikö resurssit ja aika.

Muita jatkotutkimusehdotuksia olisi kyselylomake hoitajien tieto-aidon määräästä liittyen hoitajan oikeuksiin sekä sen pohjalta innovatiivisesti ja palvelun laadun kehittämiseksi luoda hoitoyksikköön esimerkiksi hoitajien hyvinvointiin liittyvä taulu, joka sisältäisi muun muassa kertauksen hoitajien oikeuksista potilaan ja asiakkaan kohtaamisessa. Tähän voitaisiin liittää keinoja ratkaista ongelmatilanteita käytösoireisen muistisairaahan henkilön kanssa.

LÄHTEET

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Vastuullinen opinnäytetyö. Arene 2020. Viitattu 20.12.2021 <https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/Arenen%20ONT%20eettiset%20ohjeet%20esitysmateriaali%202020.pdf?t=1578486373>

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2015. Sairaanhoidon ja huolenpito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Burakoff, K. & Haapala, P. 2013. Kohdaten: opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa. Kirjapaino Keili Oy. Viitattu 15.11.2020. https://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Hoivalluksia/kohdaten_netti.pdf

Eloniemi-Sulkava, U & Savikko, N. 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. MielenMuutos- tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti, 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Huovinen, M. 2006. Muistihäiriöt. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hallikainen, M. & Mönkäre, R. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2010. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

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

Hoitotyön tutkimussäätiö 2019. Muistisairaana henkilön päivittäistoiminnoista suoriutumisen tukeminen – Lääkkeettömät menetelmät hoitotyössä. Hoitotyön tutkimussäätiön julkaisuja 12/2019. Viitattu 21.10.2021. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/12/hoitosuositus-muistisairaana.pdf>

Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kauranen, I., Mustakallio, M. & Palmgren, V. 2006. Tutkimusraportin kirjoittamisen opas opinnäytetyön tekijöille. Helsinki: Picaset Oy.

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

Kuula, A. 2013. Tutkimusetiikka. Vantaa: Hansaprint Oy.

Kuula, A. 2016. Tutkimusetiikka: Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vantaa: Hansaprint Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Muistisairaudet. 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, 2021 Viitattu 13.10.2021. www.käypähoito.fi

Muistisairauden käytösoireiden hoito. 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, 2016. Viitattu 12.10.2021. www.käypähoito.fi

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä – Tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus muistisairaana ihmisen kanssa. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia TunteVa-työskentelystä muistisairaiden kohtaamisesta. ”No minusta on tullut paljon parempi hoitaja”. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Viitattu 15.11.2020. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48294/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201601091047.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Muistiliiton www-sivut 2021. Viitattu 14.10.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto>

Muistiliiton www-sivut 2021. Viitattu 13.10.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/tukija-palvelut/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito>

Muistiliiton www-sivut 2021. Viitattu 6.9.2021. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistiystavallinen-ymparisto-turvallisuus>

Muistiliitto 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Helsinki: Muistiliiton julkaisusarja 2/2016. https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf

Papunet 2020. Eleilmaisuus ja olemuskieli viestinnässä. Viitattu 13.10.2021. Eleet ja olemuskieli viestinnässä | Papunet

Papunet 2021. Hoivalluksia- tukea muistisairaana kohtaamiseen. Viitattu 13.10.2021. <https://papunet.net/materiaalia/hoivalluksia>

Papunet 2019. Tietoa puhevammaisuudesta. Muistisairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen. Viitattu 13.10.2021. Muistisairaus vaikuttaa vuorovaikutukseen | Papunet

Pennanen, T. Korona romahdutti täydennyskoulutuksen. Lääkärilehti 10/2021. Viitattu 21.10.2021. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/korona-romahdutti-taydennyskoulutuksen/>

Rappen, E., Rajaniemi, J. & Topo, P. 2020. Hyvä asuminen muistisairaana. Viitattu 8.11.2020 <https://journal.fi/gerontologia/article/view/84947/53430>

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu-Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Saarinen, P. 2019. Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 15.11.2020 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/306148/Saari-nen_Paivi_Pro_gradu_2019.pdf?sequence=2/

Satakunnan ammattikorkeakoulun www-sivut 2021

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.

Suomi.fi www-sivut. 2021. Tekstistä vastaa: Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä. Viitattu 14.11.2021. <https://www.suomi.fi/palvelut/ikaihmissen-tehostettu-palveluasuminen-yla-savon-sote-kuntayhtyma/69d3296a-f3cf-4d1f-aad6-61f8e28b2f4c>

Terveyskylä 2021. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Viitattu 13.10.2021. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen | Ikätalo.fi | Terveyskylä (terveyskyla.fi)

Tehy-lehti. 2020. Viitattu 21.10.2021. <https://www.tehylehti.fi/fi/uutiset/sairaanhoitajapaivat-siirtyy-toiseen-ajankohtaan>

THL: n www-sivut. 2021. Viitattu 3.10.2021. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tommola, S., Teiska, M., Tamminen, A., Alastalo, H., Hammar, T. & Viljamaa, S. 2020. Muistibarometri. Helsinki: Muistiliitto. Muistibarometri 2020 (muisti-liitto.fi)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmistieteiden eettisen ennakoarvioinnin ohje. Viitattu 21.10.2021. <https://tenk.fi/fi/ohjeet-ja-aineistot/ihmistieteiden-eettisen-ennakoarvioinnin-ohje>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen

ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 21.10.2021
<https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/eettisetperiaatteet.pdf>

Vainikainen, T. 2016. Kumppanina muistisairaus. Viro: Painopaikka Tallinna Raamatutrukkikoda.

Vilka, H. 2007. Tutki ja Mittaa. Jyväskylä: Tammi

Väestöliiton www-sivut. 2018. Hyvä kysymys – Kun elämä askarruttaa. Viitattu 14.11.2021. [https://www.hyvakysymys.fi/artikkeli/ihmissuhteet-perustuvat-vuorovai-
kutukseen/](https://www.hyvakysymys.fi/artikkeli/ihmissuhteet-perustuvat-vuorovai-
kutukseen/)

AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Tekijä, vuosi, maa	Tarkoitus, asetus	Aineisto ja metodi	Päätulokset
Saarinen Päivi, 2019, Suomi	Tarkoituksena on ollut tutkia vaikeasti muistisairaiden ja hoitajien välistä vuorovaikutusta. Tutkimuksessa haluttiin selvittää millaisia vuorovaikutuskeinoja vaikeasti muistisairaat henkilöt käyttävät hoitohenkilökunnan näkökulmasta sekä millaisia keinoja hoitajat itse käyttävät.	Laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto on kerätty teemahaastattelun avulla. Haastateltavia oli kymmenen. Aineiston on analysoitu sisällönanalyysillä.	Erilaisia eleitä ja koskettamista muistisairaat henkilöt olivat käyttäneet vuorovaikutuskeinoina. Puhetta oli pidetty tärkeänä riippumatta siitä puhuko muistisairas itse. Läsnäolon tärkeyttä korostettiin. Tuloksissa käy ilmi, että vuorovaikutuksessa on paljon haasteita. Yhteisen kielen löytäminen, ymmärtää ja tulla ymmärretyksi, oli tutkittavien mielestä suurin haaste.
Laitinen Merja, 2015, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata työntekijöiden kokemuksia TunteVa	Tutkimus toteutettiin fenomenologisella tutkimusotteella. Aineisto kerättiin avoimilla	Tutkimus tuloksista kävi ilmi, että TunteVa-työskentely monipuolisti työtä, lisäsi työn

	<p>työskentelystä sekä niiden merkityksistä kohdata muistisairas. Tu- lostien avulla lisää ymmärrystä TunteVa-vuoro- vaikutusmenetelmästä hoiva- ja hoitotyössä.</p>	<p>yksilöhaastatte- luilla. Analyysi on tehty kuvailevaa Giorgin (1985) fe- nomenologista analyysiä hyödyn- täen. Tutkimuk- seen osallistui kuusi työntekijää, jotka olivat perus- koulutukseltaan lä- hihoitajia.</p>	<p>mielekkyyttä, laa- jensi ymmärrystä sekä mahdollisti kehittämisen. Tut- kittavat olivat ko- keneet muistisai- raan käyttäytymi- sen ymmärtämisen erittäin tärkeäksi. Tutkittavat olivat kokeneet tärkeäksi muistisairaana tun- netilan huomioi- misen asiakasläh- töisesti.</p>
--	--	--	--

HAASTATTELURUNKO

Muistisairaahan kohtaaminen tehostetussa palveluasumisyksikössä

TAUSTAKYSYMYKSET

Työvuodet hoitoalalla

Työkokemus muistisairaiden parissa

MILLAISTA ON

Millaista on muistisairaahan henkilön vuorovaikutus ja kommunikointi hoitajan kanssa?

Jos puhetta on, millaista se on?

VUOROVAIKUTUSTAITOT

Millaiseksi koet omat vuorovaikutustaitosi muistisairaahan henkilön kanssa?

SUJUMINEN

Millaisissa tilanteissa vuorovaikutus muistisairaahan henkilön kanssa sujuu hyvin? (Saarinen)

Mitkä asiat siihen vaikuttavat? (Saarinen)

HAASTEET/ONGELMAT

Millaisissa tilanteissa vuorovaikutuksessa on ongelmia muistisairaahan ihmisen kanssa? (Saarinen)

Oletko havainnut muistisairaahan henkilön käyttäytyvän haastavasti vuorovaikutustilanteissa? (Saarinen)

Millaista haastava käytös on? (Saarinen)

Mikä on suurin haaste muistisairaahan henkilön kanssa kommunikoidessa?

KEINOT

Millaisia keinoja käytät itse haastavissa tilanteissa?

Millaisia keinoja muut käyttävät?

Mitä sanattomia keinoja muistisairaahan ihmiset käyttävät? (Saarinen)

Mitä sanattomia keinoja itse käytät? (Saarinen)

Millaisissa tilanteissa havaitset muistisairaana henkilön käyttävän puhetta korvaavia keinoja? (Saarinen)

LISÄKOULUTUS

Koetko tarvetta lisäkoulutukselle vuorovaikutuksesta / kohtaamisesta?

Millaista koulutusta? Millaisiin tilanteisiin tarvitsisit lisäkoulutusta?

Saarinen, P. 2019. Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 6.12.2020

[https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/306148/Saarinen_Paivi_Pro_gradu_2019.pdf?sequence=2/](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/306148/Saarinen_Paivi_Pro_gradu_2019.pdf?sequence=2) Sivun 66.

Arvoisa hoitaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Satakunnan ammattikorkeakoulusta ja olemme tekemässä opinnäytetyötä aiheesta ”Muistisairaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä”. Opinnäytetyömme tilaaja on Rauman kaupunki, Linnavuoren palvelukodit.

Opinnäytetyömme on tutkimus, jonka tarkoituksena on selvittää miten työntekijät kokevat muistisairaan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten työntekijät kokevat muistisairaan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä ja miten muistisairaan ihmisen ja hoitajan välisiä vuorovaikutustaitoja voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä.

Pyydämme sinua osallistumaan tutkimukseen. Tutkimus toteutetaan laadullisella tutkimusmenetelmällä, jossa aineisto kerätään teemahaastattelun avulla. Toteutamme haastattelut huhti-toukokuussa. Haastattelun kesto on noin 30–60 minuuttia. Haastattelut toteutetaan Linnavuoren palvelukeskuksessa työajan puitteissa. Tarkempi ajan kohta sovitaan jokaisen haastateltavan kanssa erikseen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen tulokset raportoidaan niin, ettei haastateltavien henkilöllisyys tule esille. Tutkimukseen osallistuvat voivat halutessaan keskeyttää osallistumisensa missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimuksen aineisto kerätään ainoastaan tätä opinnäytetyötä varten. Haastatteluaineisto tuhoetaan tutkimuksen valmistuttua. Tutkimukseen osallistuvalla on mahdollisuus saada lisätietoa tästä tutkimuksesta missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Opinnäytetyö julkaistaan Theseus-tietokannassa (www.theseus.fi) sen valmistuttua.

Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin kysymyksiin os.
sanni.u.jaakkola@student.samk.fi tai kaisa-maija.rosvall@student.samk.fi.

Mikäli haluat osallistua lämminhenkiseen teemahaastatteluun ja ajankohtaiseen tutkimukseen, ilmaisehan kiinnostuksesi palveluesimies Elina Javanaiselle, niin olemme sinuun yhteydessä työsähköpostitse. Olemme saaneet asianmukaisen luvan tutkimuksen suorittamiseen Rauman kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalta. Opinnäytetyötä ohjaa lehtori Elina Lahtinen.

Toivottavasti tapaamme huhti-toukokuussa 2021! Suuret kiitokset jo etukäteen! 😊

Ystävällisin terveisin:

Sanni Jaakkola, puh: [REDACTED] & Kaisa-Maija Rosvall, puh: [REDACTED]

TIETOSUOJASELOSTE

Tietoa tutkimukseen osallistuvalla

Olet osallistumassa Satakunnan ammattikorkeakoulun opintoihin kuuluvaan opin-näytetyöhön liittyvään tutkimukseen.

Tämä seloste kuvaa, miten henkilötietojasi käsitellään tutkimuksessa.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit myös halutessasi keskeyttää osallistumisesi tutkimukseen. Jos keskeytät osallistumisesi, ennen keskeytystä kerättyä aineistoa voidaan kuitenkin käyttää tutkimuksessa. Tässä tietosuojaselosteessa kerrotaan tarkemmin, mitä oikeuksia sinulla on ja miten voit vaikuttaa tietojesi käsittelyyn.

1. Opinnäytetyön rekisterinpitäjä

Opiskelija: Kaisa-Maija Rosvall

Sanni Jaakkola

Osoite:

██████████

████████████████████

██████████

██████████

2. Kuvaus tutkimuksesta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena selvittää, miten työntekijät kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, miten työntekijät kokevat muistisairaahan ihmisen ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen tehostetussa palveluasumisyksikössä ja miten muistisairaahan ihmisen ja hoitajien välisiä vuorovaikutustaitoja voitaisiin kehittää tehostetussa palveluasumisyksikössä.

Tällä kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä halutaan uutta näkökulmaa hoitajien kokemuksiin perustuen, millaista on vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa.

Tutkimuksella halutaan löytää uusia toimintatapoja muistisairaahan ihmisen ja hoita-jan välisiin vuorovaikutustaitoihin.

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valikoitui teemahaastattelu, johon laaditaan valmiit teemat ja aihepiirit. Aineisto kerätään teemahaastattelun avulla, ja toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu on tarkoitettu äänittämään tutkijoiden analyysivaiheen helpottamiseksi. Aineistoa käytetään vain tähän opinnäytetyöhön ja se hävietään opinnäytetyön valmistuttua.

3. Yhteistyöhankkeena tehtävän tutkimuksen osapuolet ja vastuunjako

Tutkimusta on toteuttamassa Satakunnan ammattikorkeakoulun opiskelijat Sanni Jaakkola ja Kaisa-Maija Rosvall. Tutkimuksen vastuu on jaettu tutkimuksen tekijöiden kesken puoliksi. Tilaajana on Linnavuoren palvelukeskus ja sen yhteyshenkilönä on Elina Javanainen / elina.javanainen@rauma.fi

4. Vastuullinen opinnäytetyön tekijä

Sanni Jaakkola

Puh. [REDACTED]

Sähköpostiosoite: sanni.u.jaakkola@[REDACTED]

Kaisa-Maija Rosvall

Puh. [REDACTED]

Sähköpostiosoite: kaisa-maija.rosvall@[REDACTED]

5. Tietosuojavastaavan yhteystiedot

Satakunnan ammattikorkeakoulun tietosuojavastaava on Osmo Santavirta. Häneen saa yhteyden sähköpostiosoitteesta tietosuojavastaava@samk.fi

6. Tutkimuksen suorittajat

Opinnäytetyön tekijät.

7. Tutkimuksen aihe ja kesto / Opinnäytetyön aihe ja kesto

Opinnäytetyön nimi: Muistisairaana ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä.

Kertatutkimus.

Henkilötietojen käsittelyn kesto on vuoden 2021 aikana.

8. Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste

Henkilötietoja käsitellään seuraavalla yleisen tietosuoja-asetuksen 6 artiklan 1 kohdan mukaisella perusteella:

- X tutkittavan suostumus
- X rekisterinpitäjän lakisääteisen velvoitteen noudattaminen
 - yleistä etua koskeva tehtävä/rekisterinpitäjälle kuuluvan julkisen vallan käyttö:
 - tieteellinen tai historiallinen tutkimus tai tilastointi
 - tutkimusaineistojen arkistointi
- rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettujen etujen toteuttaminen mikä oikeutettu etu on kyseessä

9. Mitä tietoja keräämme ja tallennamme

Tutkimuksessa/kehittämistoiminnassa tai opinnäytetyössä käsitellään seuraavia arkaluonteisia henkilötietoja:

- Rotu tai etninen alkuperä
- Poliittiset mielipiteet
- Uskonnollinen tai filosofinen vakaumus
- Ammattiliiton jäsenyys
- Geneettiset tiedot
- Biometristen tietojen käsittely henkilön yksiselitteistä tunnistamista varten

- X Terveys
- Luonnollisen henkilön seksuaalinen käyttäytyminen tai suuntautuminen

Tietosuojasetuksen 9 artiklan 2 kohdan mukaan arkaluonteisten tietojen käsittely perustuu seuraavaan oikeusperusteeseen:

- X Tutkittavan/osallistujan suostumus
- Tieteellinen tai historiallinen tutkimustarkoitus tai tilastollinen tarkoitus
- Tutkittava / osallistuja on saattanut käsiteltävät arkaluonteiset tiedot julkiseksi
- Muu peruste (mikä?)
- Tutkimuksessa tai kehittämistyössä käsitellään rikostuomiota tai rikkomuksia koskevia tietoja.

10. Mistä henkilötietoja kerätään

Tallennettavat tiedot saadaan Linnavuoren palveluesimieheltä Elina Javanaiselta.

11. Tietojen siirto tai luovuttaminen muille

Henkilötietoja ei siirretä tai luovuteta muille.

12. Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle

Ei siirretä.

13. Automatisoitu päätöksenteko

Automaattisia päätöksiä ei tehdä.

14. Henkilötietojen suojauksen periaatteet

- X Tiedot ovat salassa pidettäviä.

Suorien tunnistetietojen käsittely:

- X Suorat tunnistetiedot poistetaan analysointivaiheessa
- Aineisto analysoidaan suoriin tunnistetiedoin, koska (peruste suorien tunnistetietojen säilyttämiselle):

15. Henkilötietojen käsittely tutkimuksen jälkeen

Tutkimusrekisteri tai muu rekisteri hävitetään

16. Mitä oikeuksia sinulla tutkittavana on ja oikeuksista poikkeaminen

Yhteyshenkilöt tutkittavan oikeuksiin liittyvissä asioissa, johon voi ottaa yhteyttä on Sanni Jaakkola tai Kaisa-Maija Rosvall.

TUTKIMUSLUPA



Sosiaali- ja terveystoimiala
Hallintopalvelut
Koulutussuunnittelija

PÄÄTÖSPÖYTÄKIRJA
14.4.2021

§ 16 / 2021

1 / 2

Muu päätös
RAUM/129/13.00.01/2
021

Opinnäyte-/tutkimuslupa

Asian esittely	Kaisa-Maija Rosvall ja Sanni Jaakkola ovat hakeneet opinnäyte- / tutkimuslupaa opinnäytetyöhön "Muistisairaana ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä".
Esittelijän ehdotus	<u>Palveluesimies Elina Javanainen 9.4.2021:</u> Ehdotan hyväksyttäväksi Kaisa-Maija Rosvallin ja Sanni Jaakkolan opinnäytetyön "Muistisairaana ja hoitajan välinen vuorovaikutus tehostetussa palveluasumisyksikössä".
Päätös	Päätän kehittämistehtävän tekemisen seuraavin ehdoin: <p>Tutkija sitoutuu tietojen käsittelyssä ja suojaamisessa noudattamaan henkilötietolain määräyksiä.</p> <p>Tutkimuksessa mahdollisesti syntyvät yksittäisten henkilöiden tietoja koskevat tutkimusrekisterit hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla.</p> <p>Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimuksen piiriin tai ontantaan kuulunutta henkilöä.</p> <p>Mahdollisesti tarvittaessa suostumusasiakirjassa tulee ilmetä ao. henkilön lupa käyttää häntä koskevia tietoja, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja henkilöiden mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tutkimukseen heti niin halutessa.</p> <p>Sosiaali- ja terveystoimialan toimintasääntö 1.7.2020. §16 Viranhaltijan ratkaisulta toiminnallisissa asioissa.</p>
Litteet	
Päätöksen allekirjoitus	Tarja Alin Koulutussuunnittelija Allekirjoitettu sähköisesti - allekirjoitusmerkinnät nähtävillä asiakirjan ensimmäisellä sivulla.
Pöytäkirja nähtävillä yleisessä tietoverkossa	7.4.2021
Tiedoksianto	Asianosainen: Hakija <input checked="" type="checkbox"/> Annettu tiedoksi sähköisesti, pvm: 15.4.2021 <input type="checkbox"/> Lähetetty tiedoksi kirjeellä, joka on annettu postin kuljetettavaksi, pvm: Tiedoksiantaja: <input type="checkbox"/> Luovutettu asianosaiselle Paikka ja pvm: <input type="checkbox"/> Muulla tavoin, miten <p style="text-align: right;">Vastaanottajan allekirjoitus</p>
Muut tiedoksisaajat:	Elina Javanainen

Oikaisuvaatimusviranomainen

SÄHKÖISESTI ALLEKIRJOITETTU

Alin Tarja, Koulutussuunnittelija 14.4.2021