



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

VAIKEASTI MUISTISAIRAIDEN HENKILÖIDEN JA HOITAJIEN VUOROVAIKUTUS TEHOSTETUN PAL- VELUASUMISEN YKSIKÖISSÄ

Päivi Saarinen
Pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Logopedia
Syyskuu 2019
Ohjaaja: Seija Pekkala



Tiedekunta - Fakultet - Faculty Lääketieteellinen tiedekunta		Laitos - Institution - Department	
Tekijä - Författare - Author Päivi Saarinen			
Työn nimi - Arbetets titel Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien vuorovaikutus tehostetun palveluasumisen yksiköissä			
Oppiaine - Läroämne - Subject Logopedia			
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Pro gradu -tutkielma / Seija Pekkala		Aika - Datum - Month and year Syyskuu 2019	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 60 s. + 3 liitettä
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p><i>Tavoitteet.</i> Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden henkilöiden määrä tulee kasvamaan. Muistisairailla henkilöt ovat suurin ympärivuorokautista hoitoa tarvitseva ryhmä. Muistisairauden edetessä henkilön kielelliset kyvyt ja vuorovaikutustaidot heikentyvät, ja lopuksi henkilöllä on käytössään enää sanattomat keinot olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Vuorovaikutuksen ylläpitäminen on silloin osaavamman vuorovaikutuskumppanin, hoitajan, vastuulla. Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään, millaisia vuorovaikutuskeinoja hoitajat havaitsevat vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän ja millaisia keinoja he itse käyttävät. Lisäksi tarkastellaan keskinäisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia.</p> <p><i>Menetelmät.</i> Tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tutkittavina oli 10 hoitajaa kahdesta eteläsuomalaisesta tehostetun palveluasumisen yksiköstä. Haastattelurunko muodostettiin aiempaan kirjallisuuteen perehtyen. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin. Kerätty aineisto analysoitiin sisällönanalyysin keinoin.</p> <p><i>Tulokset ja johtopäätökset.</i> Tutkittavien mukaan vaikeasti muistisairailla henkilöt kommunikoivat enää vähän puheella, mutta heillä oli useita sanattomia keinoja viestiä ja olla vuorovaikutuksessa. Tällaisia keinoja olivat kosketus, katse, ilmeet, näyttäminen, tunteet ja fyysinen olotila. Vaikeasti muistisairailla henkilöt tekivät vuorovaikutusaloitteita ja olivat täten aktiivisessa roolissa vuorovaikutuksessa. Hoitajat käyttivät selkeän ja yksinkertaisen puheen rinnalla useita sanattomia vuorovaikutuskeinoja. He käyttivät eleitä, ilmeitä, läsnäoloa, tunnetilaansa ja ajanantamista. Suurin haaste hoitajien ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa oli yhteisen kielen puuttuminen, mikä muistisairailla henkilöillä johti hoitotoimenpiteiden vastustamiseen ja levottomuuteen, jonka syytä hoitajat eivät tieneet. Vuorovaikutus sen sijaan onnistui, kun oli yhteinen ymmärrys sekä riittävästi aikaa kohdata ja tehdä hoitotoimenpiteet. Musiikin koettiin vaikuttavan positiivisesti muistisairaalla henkilön vuorovaikutukseen. Vuorovaikutus vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien välillä perustuu suurelta osin sanattomaan kommunikointiin. Kiire ja resurssien puute aiheuttavat haasteita vuorovaikutukseen, mutta hyvän vuorovaikutuksen luomisessa keskeistä on hoitajien vuorovaikutusosaaminen. Puheterapeuttien vahvaa osaamista vuorovaikutuksesta voitaisiin hyödyntää hoitajille suunnatuissa koulutuksissa.</p>			
Avainsanat - Nyckelord vaikea muistisairaus, vuorovaikutus, vuorovaikutuskeinot, hoitaja, tehostettu palveluasuminen, haastattelututkimus			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited			



Tiedekunta - Fakultet - Faculty Faculty of Medicine		Laitos - Institution - Department	
Tekijä - Författare - Author Päivi Saarinen			
Title Interaction between people with severe dementia and nurses in enhanced service housing units			
Oppiaine - Läroämne - Subject Logopedics			
Työn laji/ Ohjaaja - Arbetets art/Handledare - Level/Instructor Master's Thesis / Seija Pekkala		Aika - Datum - Month and year September 2019	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 60 pp. + 3 appendices
Tiivistelmä - Referat - Abstract <p><i>Objectives.</i> As the population ages, the prevalence of dementia will also increase. People with dementia are the largest group requiring round-the-clock nursing. As dementia progresses language and interaction skills decline. At the end person is using only non-verbal communication. It is then the responsibility of a care-staff to maintain interaction. The aim of this study is to get information on how nurses think people with severe dementia (PSD) are communicating and how they think they are communicating themselves. In addition, this study gathers information on what are the challenges and successes of the interaction between nurses and PSD.</p> <p><i>Methods.</i> Method for the research was semi-structured theme interview. Interviewees were 10 care-staff members from two enhanced service housing units in Southern Finland. Themes for the interview were formed based on the previous research. The interviews were recorded and transcribed. The collected data was analyzed using content analysis.</p> <p><i>Results and conclusions.</i> According to the nurses, PSD use mostly non-verbal communication. They use touching, looking, facial expressions, showing, emotions and physical condition. PSD made interaction initiatives and were thus active in interaction. Nurses used simple speech and non-verbal communication. They used gestures, facial expressions, presence, emotions and time giving. The biggest challenge in the interaction between caregivers and PSD was the lack of shared language which led to aggression and anxiety by PSD. Interaction was successful when nurses had enough time to face and care and they had shared understanding with PSD. Music was thought to have a positive effect on the interaction of PSD. Interaction between the caregivers and PSD is mostly based on non-verbal communication. Hurry and the lack of personnel cause challenges in interaction. Nursing staff's ability to interact with PSD is central to person-centered nursing. The speech therapist's expertise in interaction and communication could be utilized in nurse training.</p>			
Keywords severe dementia, interaction, communication methods, nurse, enhanced service housing, interview research			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited			

Lämmin kiitos kaikille tutkittaville.
Kiitos läheisilleni tuesta ja kannustuksesta.

"Kohtele minua hyvin, sitten kun en enää muista nimeäni.
Sitten kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen.
Sitten kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani pieniksi jälleen,
sitten kun en enää ole tuottava yksilö, kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä.
Välittäkää minusta, antakaa rakkautta, koskettakaa hellästi.
Kello hidastaa, eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan,
mutta siihen on vielä aikaa.
Antakaa minulle arvokas vanhuus."

-Tuntematon

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	IKÄÄNTYMINEN JA MUISTISAIRAUDET.....	2
	2.1 Normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset	3
	2.2 Etenevät muistisairaudet	4
3	VAIKEASTI MUISTISAIRAAN HENKILÖN TOIMINTAKYKY JA VUOROVAIKUTUS	6
4	MUISTISAIRAIDEN HENKILÖIDEN HOITO.....	9
	4.1 Pitkäaikaishoidon yksiköt	10
	4.2 Hoitajien rooli vuorovaikutuksessa.....	11
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	16
6	MENETELMÄ.....	17
	6.1 Aineiston keruu	17
	6.2 Tutkittavat	18
	6.3 Tutkimusaineiston analyysi.....	20
7	TULOKSET	22
	7.1 Vaikeasti muistisairaahan henkilön vuorovaikutuskeinot.....	22
	7.2 Hoitajien käyttämät vuorovaikutuskeinot	25
	7.3 Vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset	28
	7.4 Tulosten yhteenveto	32
8	POHDINTA	33
	8.1 Tulosten pohdinta.....	33
	8.1.1 Vaikeasti muistisairaahan henkilön vuorovaikutuskeinot	33
	8.1.2 Hoitajien vuorovaikutuskeinot	34
	8.1.3 Vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset	37
	8.2 Menetelmän pohdinta.....	40
	8.3 Kliiniset sovellukset ja jatkotutkimusehdotukset.....	42
	8.4 Johtopäätökset.....	44
	LÄHTEET	46
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Yli 65-vuotiaiden osuus Suomen väestöstä tulee kasvamaan tulevien vuosien ja vuosikymmenten aikana (Suomen virallinen tilasto, 2015). Ikääntyneiden ihmisten määrän kasvaessa myös muistisairauksien määrä tulee kasvamaan. Suomessa keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairastavien henkilöiden määrän ennustetaan yli kaksinkertaistuvan vuoteen 2060 mennessä (Viramo & Sulkava, 2015). Eniten ikääntyneiden pitkäaikaista avuntarvetta aiheuttava sairausryhmä on muistisairaudet (Martikainen & Viramo, 2015). Tulevien vuosikymmenten aikana muistisairauksien merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmälle tulee korostumaan väestön vanhentuessa. Englanninkielisessä kirjallisuudessa etenevästä muistisairaudesta käytetään termiä *dementia*. Aiemmin suomessakin muistisairauksia kutsuttiin dementiaksi (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen, 2015), mutta tällä hetkellä käytössä on termi *etenevä muistisairaus*. Etenevällä muistisairaudella tarkoitetaan oireyhtymää, joka kattaa useita eri muistisairauksia.

Kaikilla ihmisillä on tarve kommunikoida ja olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa (Snyder, 2006). Olemme yhteydessä toisiimme nopeasti siirtyvien sanallisten ja sanattomien viestien avulla. Olemassaolomme mahdollistuu, kun voimme määritellä itsemme ja ilmaista minuutemme niin, että toiset ihmiset ymmärtävät. Vastavuoroinen, aito vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa edistää elämänlaatua (Spitzberg, 2003). Kommunikointiin vaaditaan aina vähintään kaksi ihmistä: viestin lähettäjä ja vastaanottaja (Downs & Collins, 2015; Lindholm, 2010). Ihmisten välisen kohtaamisen keskeisin elementti on arvokkuuden kokemuksen luominen ja tukeminen (Karvinen, 2013). Yhdistyneiden kansakuntien ihmisoikeuksien yleismaailmallisessa julistuksessa (1948) artiklassa 19 määritellään, että ”jokaisella on oikeus mielipiteen- ja sananvapauteen; tähän sisältyy oikeus häiritsemättä pitää mielipiteensä sekä oikeus rajoista riippumatta hankkia, vastaanottaa ja levittää tietoja kaikkien tiedotusvälineiden kautta.” Kielelliset vaikeudet voivat kuitenkin rajoittaa kommunikoimisen oikeuden toteutumista (Muller, Pietranton & Williams, 2018).

Kommunikoinnin tarkoitus ei ole vain tiedon välittäminen, vaan myös yhteisen ymmärryksen saaminen, yhteyden luominen ja ihmissuhteiden ylläpitäminen, jotka ovat tärkeitä myös hoivakodeissa asuvien ihmisten hyvinvoinnille (Lindholm, 2010). Tarve olla vuorovaikutuksessa ei

katoa, vaikka puhe hiljalleen hiipuu pois. Muistisairauden heikentäessä henkilön puheen tuottamista ja ymmärtämistä nousee sanaton viestintä merkityksellisempään rooliin. Vaikeasti muistisairaana henkilön tullessa riippuvaiseksi toisesta ihmisestä korostuvat läheisten ja hoitajien näkemykset sekä osaaminen sanattomasta kommunikoinnista. Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuksella tarkoitetaan kaikkia sanallisia ja sanattomia tapoja olla yhteydessä toisen ihmisen kanssa.

Puheterapeutit ovat kielen ja kommunikoinnin sekä syömis- ja nielemistoimintojen asiantuntijoita (Puheterapeuttiliitto, puheterapiapalvelut). Yhdysvalloissa muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksen arvioinnista, kuntoutuksen suunnittelusta ja uudelleenarvioinnista vastaa puheterapeutti (Bayles & Tomoeda, 2014). Suomessa puheterapeutin rooli muistisairaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on vasta muotoutumassa (Kohonen, 2014) ja puheterapeuttien asiantuntijuutta etenkin kommunikoinnin osalta hyödynnetään melko heikosti muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnin lisäämiseksi (Puheterapeuttiliitto, puheterapiapalvelut).

Tämän pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien näkemyksiä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksesta tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Tutkimuksessa tarkastellaan, millaisia vuorovaikutuksen keinoja hoitajat kertovat vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän sekä millaisia keinoja he itse käyttävät. Tutkimuksessa tarkastellaan myös vaikeasti muistisairaiden ja hoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia. Tutkimuksessa käytetään kaikista muistisairaita henkilöitä hoitavista ammattilaisista nimitystä *hoitaja* riippumatta heidän koulutusasteestaan.

2 IKÄÄNTYMINEN JA MUISTISAIRAUDET

Ikääntyminen on luonnollinen osa ihmisen elämänkaarta. Ikääntymiseen liittyy aivojen rakenteellisia muutoksia, jotka vaikuttavat yksilöllisesti kognitiiviseen suoriutumiseen (Tuomainen & Hänninen, 2000). Muutokset voivat johtaa normaaliin ikääntymiseen, lievään kognitiiviseen heikentymään tai etenevään muistisairauteen (Bourgeois & Hickey, 2009). Tässä luvussa käsitellään normaalia ikääntymistä ja eteneviä muistisairauksia. Vaikeasti muistisairaita henkilöitä

ja heidän vuorovaikutustaan sekä muistisairaiden henkilöiden hoitoa käsitellään luvuissa kolme ja neljä.

2.1 Normaaliin ikääntymiseen liittyvät muutokset

Ikääntymiseen liittyvät muutokset ovat moninaiset (Kirkwood, 2008). Molekyyli- ja solumuutokset johtavat fysiologisiin muutoksiin ja korkeampaan sairastumisriskiin (World Health Organization (jatkossa WHO), 2015). Muutoksiin vaikuttavat olennaisesti ympäristö ja yksilön käytös. Ikääntymisen myötä myös sosiaalinen asema voi muuttua. Koettu hyvinvointi voi kuitenkin jopa kasvaa psyko-sosiaalisten muutosten myötä. Iän myötä kognitioon vaikuttavia riskitekijöitä on useita, ja usein kyse on riskitekijöiden yhteisvaikutuksesta (Tuomainen & Hänninen, 2000).

Normaaliin ikääntymiseen liittyy hitaasti etenevää heikentymistä joustavuutta vaativassa tiedonkäsittelyssä (Soininen & Hänninen, 2015a; Tuomainen & Hänninen, 2000). Kiteytyneet toiminnot, kuten yleistietous ja deduktiivinen päättely sen sijaan säilyvät tai jopa tehostuvat (Tuomainen & Hänninen, 2000). Puheen ja kielen prosessointi säilyy melko pitkään muuttumattomana ihmisen ikääntyessä (Glisky, 2007). Jotkin kielelliset taidot kuitenkin heikkenevät ikääntymisen myötä, kuten puheen ymmärtäminen, sananlöytäminen sekä kerronta- ja keskustelutaidot (Obler & Pekkala, 2008). Ikääntymiseen liittyvä vaikeus ymmärtää puhetta kohdistuu etenkin laajoihin kielellisiin kokonaisuuksiin, kuten lauseisiin ja kertomuksiin (Pekkala, 2011). 75-vuotiailla spontaani puhe alkaa heikentyä, ja puheesta tulee kieliopillisesti ja sisällöllisesti köyhempää (Kemper, Thompson & Marquis, 2001). Kielellisiä muutoksia voidaan selittää neurologisilla, kognitiivisilla ja sosio-ekonomisilla tekijöillä (Obler & Pekkala, 2008).

Sekä normaalissa ikääntymisessä että muistisairaudessa on todettu laadullisesti samankaltaisia muutoksia aivoissa, mutta vaurioiden sijainti vaikuttaa siihen, kuinka paljon muutokset vaikuttavat henkilön kognitiiviseen suoriutumiseen (Tuomainen & Hänninen, 2000). Aivojen otsalohkoon painottuvat muutokset liittyvät lähinnä normaaliin ikääntymiseen, kun taas ohimolohkon sisäosien rappeutuminen johtaa lievään kognitiiviseen rappeutumiseen ja etenevään muistisairauteen.

Lievä kognitiivinen heikentyminen (mild cognitive impairment, MCI) on vaihe ennen muistisairausdiagnoosia (Bayles & Tomoeda, 2014) ja sitä pidetään siirtymävaiheena normaalista ikääntymisestä muistisairauteen (Pekkala, 2010). Muutokset ovat usein pieniä ja niitä on vaikea havaita kielellisten toimintojen perusteella. Henkilöt, joilla on lievä kognitiivinen heikentyminen pärjäävät työssä ja päivittäisissä toimissa toisin kuin muistisairaantuneet henkilöt (McKhann ym., 2011).

2.2 Etenevät muistisairaudet

Vuonna 2015 maailmassa oli 46,8 miljoonaa ihmistä, jolla oli etenevä muistisairaus (Prince ym., 2015). Määrän on ennustettu lähes tuplaantuvan kahdessa kymmenessä vuodessa ja vuonna 2030 maailmassa tulee olemaan jo 74,7 miljoonaa ihmistä, joilla on etenevä muistisairaus. Joka vuosi maailmassa noin 7,7 miljoonaa ihmistä sairastuu etenevään muistisairauteen (WHO, 2012). Suomessa yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli vuonna 2015 19,9 % ja sen ennustetaan nousevan 26 %:in vuoteen 2060 mennessä (Suomen virallinen tilasto, 2015). Samaan aikaan kun ikääntyneiden määrä kasvaa, kasvaa myös muistisairauksien esiintyvyys, sillä ikä on merkittävin tekijä muistisairauksien vallitsevuudessa (Viramo & Sulkava, 2015). 65–69 -vuotiaiden joukossa muistisairauksia on 1,6 %:lla, kun taas yli 85-vuotiailla jo noin 25 %:lla. Suomessa sairastuu vuosittain noin 14 500 henkilöä etenevään muistisairauteen (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017). Keskivaikeaa ja vaikeaa muistisairautta sairasti Suomessa vuonna 2013 noin 93 000 henkilöä (Viramo & Sulkava, 2015). Määrän ennustetaan vuonna 2060 olevan jo 240 000. Muistisairaudet ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä (Lobo ym., 2000).

Etenevä muistisairaus on kliininen oireyhtymä, joka johtuu laaja-alaisista kognitiivisten kykyjen heikentymisestä (Whalley & Breitner, 2009). Kognitiivinen heikentyminen ja mahdolliset neuropsykiatriset oireet laskevat ihmisen toimintakykyä (McKhann ym., 2011). Etenevässä muistisairaudessa useat korkeammat aivotoinnot ovat heikentyneet, kuten muisti, ajattelu, orientoituminen, oppimiskyky ja kieli (WHO, 2016). Siihen liittyy usein myös tunteiden käsittelyn, sosiaalisen käyttäytymisen ja motivaation heikentyminen.

Etenevä muistisairaus voi aiheutua useasta eri sairaudesta. Neljä yleisintä etenevään muistisairauteen johtavaa sairautta ovat Alzheimerin tauti (jatkossa AT), aivoverenkiertosairauden (vaskulaarinen) muistisairaus, Lewyn kappale -tauti ja otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttama muistisairaus (WHO, 2012). Muistisairauksista yleisin on AT sen ollessa muistisairauden aiheuttaja 65–70 %:lla (Viramo & Sulkava, 2015). AT on kuudenneksi yleisin kuolinsyy Yhdysvalloissa (Alzheimer's Association, 2015). Suomessa naisten kuolemista joka viides ja miesten kuolemista joka kymmenes johtuu etenevästä muistisairaudesta (Suomen virallinen tilasto, 2016).

Usein muistisairauden oireet eivät ole selkeästi vain yhtä alatyyppeä, vaan kyseessä on sekoitus kahdesta tai useammasta eri tyypistä (WHO, 2012). Etenevät muistisairaudet jaetaan kolmeen vaiheeseen vaikeusasteen mukaan: lievä, keskivaikea ja vaikea (WHO, 2012). Etenevä muistisairaus aiheuttaa yhä useammalle toimintakyvyn alenemaa ikääntyneiden määrän kasvaessa (Feigin ym., 2019). Vaikka toimintakyky alenee, ei muistisairauteen liittyvä lääkkeiden käyttö, fyysinen rajoittuneisuus, kipu tai kaatumiset vaikuta henkilön elämänlaatuun (Beerens ym., 2014). Sen sijaan masennusoireet heikentävät elämänlaatua henkilöillä, joilla on etenevä muistisairaus (Beerens, Zwakhalen, Verbeek, Ruwaard, & Hamers, 2013; Beerens, ym., 2014).

Vauriot eri aivoalueilla aiheuttavat erilaisia muistivaikeuksia (Tanila & Hänninen, 2015). AT:ssa ensimmäiset muutokset tulevat yleensä sisempään ohimolohkoon aiheuttaen vaikeuden tallentaa asioita ja tapahtumia pitkäkestoiseen muistiin. Otsa-ohimolohkon rappeumassa vaurioita on eniten etuotsalohkossa, jolloin muistivaikeudet ilmenevät etenkin toiminnanohjauksen säätelyssä. Aivoverenkiertosairauden muistisairaus on heterogeeninen ryhmä oireyhtymiä, jotka liittyvät monen tyyppisiin vaskulaarisiin tekijöihin ja aivomuutoksiin (Melkas, Jokinen & Erkinjuntti, 2015). Lewyn kappale -tauti johtuu patologisista muutoksista, Lewyn kappaleiden esiintymisestä (Rinne, 2015). Kappaleita on etenkin aivojen kuorikerroksen alueella, otsa-, ohimo- ja päälakilohkojen sekä pihtipoimun alueella ja aivokuoren alla.

Kommunikaatio perustuu kognitiivisiin ja muistitoimintoihin, ja näiden toimintojen heikentyminen vaikuttaa kykyyn ymmärtää ja tuottaa kielellistä informaatiota (Bayles & Tomoeda, 2013). Yleisellä tasolla kommunikoinnin osalta muistisairauksien vaiheet näyttäytyvät erilaisina. Varhaisessa vaiheessa voi muun muassa ilmetä sananlöytämisen vaikeutta (WHO, 2012).

Keskivaikeassa vaiheessa puheen ymmärtäminen ja tuottaminen hankaloituvat entisestään. Vaikeassa vaiheessa sanallinen kommunikointi hiipuu ja ihminen ilmaisee itseään olemuksellaan (Burakoff & Haapala, 2013; Förstl & Kurz, 1999).

Kielelliset muutokset ovat erilaisia eri muistisairautta aiheuttavissa sairauksissa. Aivoverenkierron muistisairaudessa kielellistä heikentymistä voi ilmetä riippuen aivomuutosten sijainnista (Soininen & Hänninen, 2015b). Lewyn kappale -taudissa kielelliset toiminnot sen sijaan säilyvät pitkään sairauden edetessä ja otsa-ohimolohkorappeuman aiheuttamassa muistisairaudessa muutokset ovat lähinnä puheen sisällössä, joka ilmenee perseveraationa, ekolaliana tai mutismina. AT:n alkuvaiheessa kielelliset muutokset voivat ilmetä lievinä (Soininen & Hänninen, 2015b). AT:ssa kielellisten taitojen on havaittu heikkenevät hierarkkisesti (Emery, 2000). Mitä vaikeampi kielellinen rakenne, sitä aiemmin se kadotetaan taudin edetessä. Kielellisten taitojen heikentymisessä AT:ssa on nähtävissä yhteys kielenoppimiseen lapsuusiässä: lapsena viimeisenä opitut kielelliset taidot katoavat ensimmäisinä etenevässä muistisairaudessa. Sama hierarkkinen taitojen heikentyminen on havaittu myös kirjoitetussa kielessä henkilöillä, joilla on AT (Croisile, 1999). Esineiden tai kuvien käytön on havaittu parantavan AT:a sairastavien, keskiasteisesti muistisairaiden henkilöiden keskustelua (Fried-Oken ym., 2012).

3 VAIKEASTI MUISTISAIRAAN HENKILÖN TOIMINTAKYKY JA VUOROVAIKUTUS

Suomessa keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta sairastaa 93 000 ihmistä (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017). Muistisairaista henkilöistä 15 %:lla sairaus etenee vaikea-asteiseen vaiheeseen. Etenevän muistisairauden vaikeassa vaiheessa henkilö on yleensä tietämätön ajasta ja paikasta, ja hänen on vaikea ymmärtää ympärillään tapahtuvia asioita (WHO, 2012). Hän ei välttämättä tunnista läheisiä ihmisiä eikä tuttuja esineitä. Muistisairauden vaikeassa vaiheessa henkilö on riippuvainen muista ihmisistä ja tarvitsee apua useissa arjen toiminnoissa (Carson, Vanderhorst & Koenig, 2015b; Giebel ym., 2014; Haak, 2002; WHO, 2012). Hän ei osaa liikkua enää tutussakaan ympäristössä ja kävelykyvyn heikentyessä saattaa olla vain sängyssä tai pyörätuolissa (WHO, 2012). Pureskelu ja nieleminen muuttuvat usein vaikeaksi (Bayles & Tomoeda, 2014). Kansainvälisen tutkimuksen mukaan Suomessa muistisairaiden

henkilöiden päivittäistoiminnoissa suoriutumisen heikentyminen ei laske elämänlaatua (Giebel ym., 2014). Muistisairauden vaikeassa vaiheessa kognitiivisten osakykyjen heikentymistä on vaikea erotella, kun henkilön kaikki kognitiiviset toiminnot ovat heikentyneet merkittävästi (Förstl & Kurz, 1999). Muistin puutteet ovat suuria ja tarkkaavaisuus heikentynyt (Bourgeois & Hickey, 2009). Infektioiden myötä keuhkokuume on yleinen kuolinsyy vaikeasti muistisairailta ihmisillä (Giebel ym., 2014).

Käytöksen muutokset ovat tyypillisiä vaikeasti muistisairailta henkilöillä (WHO, 2012). Tavallisia käytösoireita ovat masennus, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, psykoottiset oireet, persoonallisuuden muuttuminen, uni-valvetrytmin häiriöt, seksuaaliset käytösoireet ja syömishäiriöt (Vataja & Koponen, 2015). Käytöksen muutoksista puhutaan usein haastavana käyttäytymisenä, levottomuutena tai häiriökäyttäytymisenä. Haastavalla käyttäytymisellä tarkoitetaan toistuvia ja pitkäaikaisia toimintoja, jotka koetaan ympäristössä vahingollisiksi joko henkilölle itselleen tai muille (Launonen, 2007). Haastava käyttäytyminen on sanatonta levottomuutta, joka ilmenee potkimisena, lyömisenä, huutamisenä ja vaikerruksena (WHO, 2012). Yksi levottomuuden muoto on katastrofireaktio, joka on äkillinen itku-, huuto- tai aggressiivisuuskohtaus (Vataja & Koponen, 2015). Tällaisen reaktion valtaan muistisairas henkilö voi joutua, jos hän kohtaa kognitiivisesti ylivoimaisen haasteen, ärsykkeen jota hän ei ymmärrä. Kohtauksia tulee etenkin arkisissa tilanteissa, joissa potilasta kosketetaan pukeutumisen tai peseytymisen tilanteissa. Haastava käyttäytyminen heikentää henkilön itsensä elämänlaatua ja kuormittaa hoitavia ihmisiä (Smalbrugge, Zwijsen, Koopmans & Gerritsen, 2017; Vataja & Koponen, 2015).

Käytöshäiriöiden ajatellaan usein olevan riesa, jota hoidetaan muistisairaahan henkilön kontrolloimisella ja lääkityksellä (Prince, Comas-Herrera, Knapp, Guerchet & Karagiannidou, 2016). Haastavaa käyttäytymistä voidaan kuitenkin hoitaa myös käyttäytymisanalyttisesti, musiikki-terapialla ja aististimuloinnilla sekä henkilökunnan kouluttamisella (Smalbrugge ym., 2017). Vaikka käytöshaasteiden ajatellaan usein olevan riesa, on se muistisairaahan näkökulmasta itsensä ilmaisua (Haapala, Burakoff & Martikainen, 2013; Mönkäre, 2014).

Vaikka kielelliset muutokset eri muistisairauksissa ovat erilaisia, alkaa sairauden edetessä kielelliset oirekuvat muistuttamaan toisiaan (Pekkala, 2010). Kielelliset vaikeudet sekä eleiden käyttäminen ja ymmärtäminen ovat yhteydessä muistisairaahan vaikeusasteeseen (Bayles & Tomoeda, 1992, Bschor, Kühl & Reischies, 2001). Muistisairaahan edetessä kommunikoinnin

haasteet kasvavat (Watts & O'Connor, 2017): ilmaukset lyhenevät (Ripich, Fritsch, Zioli & Durand, 2000), keskustelutaito katoaa ja henkilöt tukeutuvat enemmän visuaalisiin vihjeisiin, kontekstiin, äänensävyyn sekä kosketukseen (Bayles & Tomoeda, 1995; viitattu lähteessä Haak, 2002). Muistisairauden vaikeassa vaiheessa sanallinen kommunikointi vähenee ja muistisairaalla henkilöllä voi olla käytössään vain joitakin yksittäisiä sanoja tai hän toistaa kuulemaansa puhetta tai puhetta ei ole lainkaan (Burakoff & Haapala, 2013; Förstl & Kurz, 1999). Muistisairauden vaikeassa vaiheessa myös kuullun ymmärtäminen on merkittävästi heikentynyt (Bourgeois & Hickey, 2009).

Vaikeasti muistisairaat henkilöt tunnistavat yleensä edelleen nimensä ja he saattavat vielä tervehtiä ja vastata kyllä/ei -kysymyksiin (Bayles & Tomoeda, 2014). Vaikeasti muistisairas henkilö saattaa ymmärtää vielä lauseita ja tilanteita, jotka ovat hänelle merkityksellisiä (Hamilton, 1994, viitattu lähteessä Lindholm, 2010). Muistisairautta sairastavan henkilön suorituskykyä toissijaisesti heikentää muun muassa sopimaton lääkitys ja infektiot sekä liialliset tai liian vähäiset ympäristövirikkeet (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017). Televisiota pidetään hoivayksiköissä usein päällä ja sen ajatellaan olevan hyvä virike, mutta se voi itse asiassa hämentää ja häiritä vaikeasti muistisairaana henkilön kommunikointia (Bayles & Tomoeda, 2014; Digby & Bloomer, 2014).

Suurin osa kommunikaatiostamme on sanatonta (Watts & O'Connor, 2017). Aivojen vaurioituminen muistisairaudessa vaikuttaa myös henkilön kykyyn hallita sanatonta kommunikaatiota. Sanattomat keinot kuitenkin säilyvät paremmin kuin sanalliset, ja muistisairauden vaikeassa vaiheessa ihminen reagoi niihin samoihin ärsykkeisiin kuin vauvana on reagoinut: kosketus, laulu, musiikki, tuoksut ja läsnäolo (Bourgeois & Hickey, 2009; Carson ym., 2015b). Muistisairasta ihmistä ei kuitenkaan pidä kohdella kuin pientä lasta (Bayles & Tomoeda, 2014).

Vaikka muistisairaus heikentää ihmisen kommunikointikykyä, on heillä silti kommunikatiivisia vahvuuksia (Bourgeois & Hickey, 2009). Ihminen ilmaisee puheen hiipumisenkin jälkeen itseään äänenpainoilla, katseella, kosketuksella, naurulla, ilmeillä, eleillä ja toiminnalla (Burakoff & Haapala, 2013). Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden voidaankin ajatella kommunikoivan olemuskielellä. Olemuskieli on usein ainoa tapa viestiä henkilöllä, joka ei muilla tavoin pysty ilmaisemaan itseään (Papunet, 2018a). Olemuskieli on ihmisen olemusta ja toimintaa, joka välittää tunnetiloja, kipua, kehollisia tuntemuksia sekä reaktioita ympäristön tapahtumiin. Halu

kommunikoida ei katoa, vaikka puhekyky loppuu (McCarthy, 2011). Silloin kun muistisairaalla ihmisellä ei ole muuta keinoa kommunikoida, voidaan aggressiivisuuden ajatella olevan yksi tapa itsensä ilmaisemiseen (Dettmore, Kolanowski, & Boustani, 2009; Haapala ym., 2013; Mönkäre, 2014). Aggressiivisuus voi olla sanaton tapa viestiä esimerkiksi kivusta, eristyneisyydestä tai tylsyydestä.

Vaikeasti muistisairaajat henkilöt pystyvät yhteistyöhön tuntoaistiin perustuvien, näönvaraisten tai tunnepitoisten vihjeiden avulla (Bourgeois & Hickey, 2009). Heillä on edelleen tarve huomiolle ja kosketukselle (Bourgeois & Hickey, 2009) ja tarve olla vuorovaikutuksessa, kun toinen ihminen on fyysisesti lähettyvillä (Ellis & Astell, 2004). Kyky vastaanottaa ja välittää tunteita säilyy vielä pitkään puheen katoamisen jälkeen (Förstl & Kurz, 1999).

Kommunikoinnin epäonnistuminen voi johtaa muistisairaahan ihmisen ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (Downs & Collins, 2015). Positiivinen ja kannustava kommunikointi on elämänlaadun kannalta olennaista. Kyky kommunikoida onnistuneesti tuo tyydytystä ja tukee itsetuntoa, ihmissuhteita ja elämänlaatua (Watts & O'Connor, 2017). Muistisairaudet ovat eteneviä, joten muun muassa toimintakyky ja kommunikointitaidot heikentyvät koko ajan. Kuitenkin vielä muistisairauden vaikeassakin vaiheessa voivat jotkut suorat kuntoutusmuodot ylläpitää tai edistää muistisairaahan henkilön kommunikointitaitoja (Pitkälä & Laakkonen, 2015; Swan ym., 2018).

4 MUISTISAIRAIDEN HENKILÖIDEN HOITO

Eteneviä muistisairauksia sairastavia ihmisiä hoidetaan monissa erilaisissa hoitopaikoissa (Juva & Eloniemi-Sulkava, 2015). Kotona asuville henkilöille on tarjolla päiväkeskuksia ja jaksoittaista hoitoa. Kodin ulkopuolisia hoitopaikkoja ovat palvelutalot, tehostetun palveluasumisen yksiköt, vanhainkodit ja terveyskeskussairaalat. Muistisairauksia sairastavat henkilöt ovat kodin ulkopuolisissa hoitopaikoissa joko erityisissä muistisairaiden yksiköissä tai niin sanotuilla sekaosastoilla, joissa on myös muista syistä ympärivuorokautista hoitoa tarvitsevia ihmisiä.

Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Suomen Kuntaliiton iäkkäiden palvelujen laatusuosituksessa (2017, 13) sanotaan seuraavasti: ”Iäkkäillä ihmisillä pitää iästä ja toimintakyvystä riippumatta olla mahdollisuus elää omanlaistaan hyvää elämää omissa yhteisöissään. Hyvä elämänlaatu ei ole pelkästään hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tahi eriasteista hoidon ja huolenpidon tarpeen arviointia ja siihen vastaamista. Kyse on laajasti hyvän elämän edistämisestä eli hyvän elämänlaadun, itsemääräämisoikeuden ja toimivan arjen turvaamisesta”.

4.1 Pitkäaikaishoidon yksiköt

Muistisairautta sairastavista henkilöistä 40 % on laitoshoidossa tai tehostetun ympärivuorokautisen hoivan palveluasumisessa (Viramo & Sulkava, 2015). Pitkäaikaishoidossa olevista iäkkäistä ihmisistä suurimmalla osalla on muistisairaus (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017; Viramo & Sulkava, 2015). Muistisairaiden henkilöiden hoito on haastavampaa, pitkäkestoisempaa ja vaatii enemmän hoitohenkilökunnan resursseja kuin muista syistä laitoshoidossa olevien henkilöiden hoito, ja aiheuttaa täten suuremmat kustannukset (Prince ym., 2016). Perinteisen laitoshoidon purkamisen myötä tehostetun palveluasumisen piirissä on entistä enemmän asiakkaita (Blomgren & Einiö, 2015). Tehostettu palveluasuminen on tarkoitettu niille ikääntyneille ihmisille, jotka tarvitsevat paljon hoivaa ja huolenpitoa ympäri vuorokauden (Terveyskylä, Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen).

Muistisairaiden henkilöiden hoidon tulisi olla ajassa muuttuvaa, niin että annettava hoito ja tuki muuttuvat sairauden edetessä (Prince ym., 2016). Hoidon tulisi olla myös kokonaisvaltaista, siten että ihmistä hoidetaan kokonaisuutena ottaen huomioon hänen mieltymyksensä ja arvonsa. Muistisairaahan henkilön hoidon kannalta tärkeää on myös hoidon yhtenäisyys, niin että eri palveluntuottajat toimivat saman päämäärän eteen. Muistisairauksien hoidon tulisi keskittyä edistämään mahdollisimman hyvän elämänlaadun saavuttamista (Beerens ym., 2013).

Muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua voi parantaa suorilla menetelmillä, kuten kognitiivisella stimulaatioterapialla (ks. Spector ym., 2003) ja mielialalääkkeillä (ks. Raina ym., 2008) sekä ympäristön ohjauksella, esimerkiksi perheenjäsenten tai hoitajien kouluttamisella (Cooper ym., 2012). Muistisairaiden henkilöiden aktivointi puheen ja kommunikoinnin säilyttämiseksi

on tärkeää, mutta vielä tärkeämpää on, että tällaisissa yhteisissä hetkissä muistisairas henkilö saa tunteen yhteenkuuluvuudesta ja yhteydestä (Lindholm, 2010).

Muistisairaahan ihmisen ympärivuorokautinen hoiva vaatii erityisosaamista (Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017). Yksilöllisen hoidon edellytyksiä ovat asukkaan ja hänen läheistensä kuuleminen sekä elämänhistorian huomioiminen hoidossa. Kohtaamisessa tulee säilyttää muistisairaahan ihmisen omanarvontunto ja kunnioittaa itsenäisyyttä. Hyvän hoidon turvaamiseksi tulee osaavaa hoitohenkilökuntaa olla riittävä määrä. Hoitohenkilökunnan osaaminen ja kouluttautuminen ovat olennaisia hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi (Swanson & Carnahan, 2007). Tutkimuksessa, jossa verrattiin muistisairaiden hoidon laatua erikoishoitoyksikössä ja perushoito-osastolla havaittiin eroja näiden kahden eri hoitoyksikön välillä (Pohto-Kapianen, 1997). Muistisairauksien erikoishoitoyksikössä tarjottu hoito vastasi muistisairaiden henkilöiden erityisvaatimuksia muun muassa vuorovaikutuksen luonteen ja erityistarpeiden huomioimisessa. Henkilökunnan ja muistisairaiden henkilöiden välistä vuorovaikutusta oli enemmän muistisairauksien erikoishoito-osastolla kuin perushoito-osastolla.

Tutkimuksessa, jossa selvitettiin työntekijöiden hyvinvointia vanhuspalveluissa, kävi ilmi, että kiire ja kokemus siitä, ettei ehdi tehdä työtään kunnolla on melko yleistä (Vehko, Sinervo & Josefsson, 2017). Tehostetun palveluasumisen työntekijöiden keskuudessa 5 % koki, että aina ehtii tehdä työnsä kunnolla ja 12 % oli sitä mieltä, että erittäin usein työtä ei ehdi tehdä kunnolla. Kiireeseen vaikuttaa henkilökunnan riittävyys. 18 % palveluasumisen työntekijöistä kokee, että työntekijöiden riittävyys on välttävä tai huono (Vehko ym., 2017).

4.2 Hoitajien rooli vuorovaikutuksessa

Henkilö, jolla on vaikea-asteinen etenevä muistisairaus, tulee täysin riippuvaiseksi toisten ihmisten avusta (WHO, 2012). Häneltä katoaa kyky viestiä tarpeistaan ja toiveistaan. Tällöin muistisairasta henkilöä hoitavan henkilön tulee taata ympärivuorokautinen hoito, tuki ja valvonta. Henkilö, jonka muistisairaus on edennyt vaikeaan vaiheeseen, tarvitsee toisen ihmisen apua kaikissa päivittäisissä toiminnoissaan, kuten syömisessä, juomisessa, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisesta, pukeutumisesta ja liikkumisesta (Carson ym., 2015b; Giebel ym.,

2014; Haak, 2002; WHO, 2012). Hoitajien vuorovaikutustaidot ovat ihmisläheisen hoivan perusta (Moyle, Olorenshaw, Wallis & Borbasi, 2008). Tehostetun palveluasumisen yksiköissä vuorovaikutus tapahtuu suurimmaksi osaksi hoitotilanteissa (Norbergh, Asplund, Rassmussen, Nordahl & Sandman, 2001).

Niin kutsutussa laitoshoidossa olevan muistisairaana ihmisen elämänlaatua voi edistää hoitoympäristö, jossa hoitajilla on muistisairaana ihmisen hoitoon liittyvää osaamista, hoitajamitoitus on riittävä ja muistisairaana ihmisen erityistarpeet on huomioitu (Holopainen & Siltanen, 2015). Tärkeää elämänlaadun kannalta on myös hoitoympäristön kodinomaisuus. Hoidon laadun kannalta tärkein tekijä on henkilökunnan koulutustaso, etenkin muistisairaiden henkilöiden hoitoa koskeva erikoiskoulutus (Pohto-Kapiainen, 1997).

Muistisairauden heikentäessä ihmisen sanallista kommunikointia, tulee hoitajienkin olla entistä tietoisempia sanattomasta viestinnästä (Carson ym., 2015b; Watts & O'Connor, 2017). Heidän tulee huomioida muistisairaana henkilön sanattomat tavat olla vuorovaikutuksessa, mutta myös itse käyttää niitä. Yksi hoitajille tarkoitettu muistisairasta henkilöä kunnioittava vuorovaikutusmenetelmä on validaatio. Validaation tarkoitus on, että hoitaja sanoittaa muistisairaana henkilön tunteita ja samalla hallitsee omia sanattomia viestejään ja tunteitaan. Validaation avulla hoitajan ei tarvitse olla samaa tai eri mieltä muistisairaana ihmisen kanssa, vaan hän voi vain yrittää ymmärtää taustalla olevaa tunnetta (Watts & O'Connor, 2017).

Hoitajille suunnattuja lisäkoulutuksia, jotka keskittyvät vuorovaikutukseen ovat muun muassa TunteVa® -koulutus sekä Tietotekniikka- ja kommunikaatiokeskus Tikoteekin kehittämä Hoivalluksia, joka on verkkopohjainen itseopiskelun väline työyhteisöille (Papunet, 2018b). TunteVa® -toimintamalli on vuorovaikutusmenetelmä, joka pohjautuu yhdysvaltalaisen jo aiemmin mainittuun Naomi Feilin validaatioajatteluun ja on muokattu suomalaiseen hoitokulttuurin sopivaksi (Tampereen Kaupunkilähetys, TunteVa® -ideologia). Lähtökohtana toimintamallissa on näkemys, että muistisairaana ihmisen näkemyksillä ja kokemuksilla on merkitys ja hänen tarpeensa ja tunteensa otetaan todesta ja niitä tuetaan. Toimintamallin mukaan muistisairaana ihmisen käyttäytymisellä on aina syy. Validaatiomenetelmästä, johon TunteVa® pohjautuu, ei ole vahvaa tutkimusnäyttöä. Sokkoistettujen tutkimusten katsauksen perusteella ei voida päätellä menetelmän tehokkuutta (Neal & Wright, 2003), mutta toisaalta on myös todettu, että me-

netelmän myötä hoitajat ovat osaavampia vuorovaikutuskumppaneita ja täten muistisairaat henkilöt voivat hyötyä menetelmän käytöstä (Söderlund, Cronqvist, Norberg, Ternestedt & Hansbo, 2016). Suomessa käytössä olevan TunteVa® -toimintamallin hoitajat ovat kokeneet parantavan aitoa kohtaamista ja vuorovaikutusta sekä helpottavan kohtaamista haasteellisissa tilanteissa (Mäkisalo, 2015; Nikali & Soinio, 2010).

Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien välinen vuorovaikutus on kielellisesti epäsymmetristä. Kielellisellä epäsymmetrialla tarkoitetaan sitä, että vuorovaikutuskumppanilla on rajoituksia kielellisissä taidoissaan ja hän on täten kielellisesti heikommassa asemassa (Leskelä & Lindholm, 2011). On läheisen tehtävä pyrkiä ymmärtämään vaikeasti muistisairaahan henkilön viestien merkitykset (Burakoff & Haapala, 2013).

Hoitajien kouluttaminen kommunikoinnin strategioihin voi tuottaa enemmän onnistuneita vuorovaihtoja keskustelussa, vähentää hoitajien kuormaa, parantaa muistisairaiden henkilöiden elämänlaatua, ylläpitää muistisairaiden henkilöiden kielellisiä taitoja ja lisätä hoitajien ymmärrystä muistisairaahan ihmisen kommunikoinnista (Zientz ym., 2007). Tietämys muistin eri osaluista sekä aivoalueista, joissa muistin keskeiset prosessoinnit tapahtuva, auttavat ymmärtämään muistisairaiden henkilöiden erilaisia oireita (Ylinen & Sirviö, 1997). Käytösoireiden määrä lisääntyy, mikäli henkilökunnalla ei ole taitoja osaavaan vuorovaikutukseen muistisairaiden henkilöiden kanssa (Topo ym., 2007). Sen sijaan käytösoireet vähenevät, jos hoitajien vuorovaikutustaidot ovat hyvät ja hoito toteutetaan ihmislähtöisesti (Caris-Verhallen, Kerkstra, Bensing & Grypdonck, 2000; Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011; Topo ym., 2007). Muistisairaahan henkilön toiminnalla on haastavassakin tilanteessa syynsä, ja hoitajien tehtävä on yrittää ymmärtää syitä ja kohdella muistisairasta oikealla tavalla (Mönkäre, 2014).

Ihmisläheisen kommunikoinnin lähtökohta on kohdata ihminen kokonaisvaltaisesti ja ymmärtää hänen henkilöhistoriansa ja mieltymyksensä (Downs & Collins, 2015). Muistisairaahan ihmisen elämänhistorian tunteminen on tärkeää, jotta kommunikointi on mahdollisimman hyvää (Bayles & Tomoeda, 2014; Lindholm, 2015). Hoitotyö kattaa sekä sanallisen että sanattoman kommunikoinnin (Lindholm, 2010). On osaavamman vuorovaikutuskumppanin vastuulla, että vuorovaikutus toteutuu henkilön kanssa, jonka ilmaisukeinot ovat hyvin rajalliset (Launonen, 2007; Lindholm, 2010). Lähi-ihmisten on tärkeää tarkastella, kuinka pelkällä olemuksellaan kommunikoiva henkilö vastaanottaa ja ymmärtää ympäristöstään saamaansa tietoa (Launonen,

2007). Muistisairauksien lääkkeettömissä hoidoissa kiinnitetäänkin huomiota hoitavien henkilöiden vuorovaikutustaitojen lisäämiseen (Koponen & Vataja, 2015). Toimivan kommunikoinnin säilyttäminen hoitoympäristössä, jossa hoitajat ovat kiireisiä ja hoidettavat heikossa asemassa, vaatii hoitajilta hyviä ihmissuhdetaitoja ja tietoisuutta itsestä ja toisista (Bramhall, 2014). Ajan antaminen hoivatyössä on tärkeää (Lindholm, 2010).

Muistisairauden myötä tiedonkäsittely hidastuu, ja siksi hoitajien on tärkeää puhua rauhallisesti muistisairaalle henkilölle (Bayles & Tomoeda, 2014; Lindholm, 2010). Mitä nopeampaa puhe on, sitä enemmän vastaanottajan pitää prosessoida puheen yksiköitä. Hoitajien kannattaa käyttää tavallisia, usein käytettyjä sanoja, sillä ne ovat helpompia ymmärtää (Bayles & Tomoeda, 2014; Lindholm, 2010; Watts & O'Connor, 2017). Myös muutenkin lauseen sisällön yksinkertaistaminen auttaa muistisairasta ihmistä ymmärtämään paremmin kuulemaansa puhetta (Rochon, Waters & Caplan, 2000). Persoonapronominit voivat olla hankalia ymmärtää, ja siksi kannattaa suosia ihmisten etunimiä heistä puhuessaan (Lindholm, 2010; Rochon ym., 2000). On myös hyvä antaa aikaa, käyttää kyllä/ei -kysymyksiä ja sanoa vain yksi ohje tai kysymys kerrallaan (Lindholm, 2010). Ihmisen ilmaisut saavat merkityksensä vasta silloin, kun vuorovaikutuskumppani ne tulkitsee (Launonen, 2007). Hoitajat tulkitsevat ja arvaavat vaikeasti muistisairaiden henkilöiden viestien sisältöä (Simula, 2007). He antavat vastausvaihtoehtoja epäsäännöllisesti ja käyttävät etenkin odottamista vain vähän vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa.

Muistisairauden myötä sanojen merkitykset katoavat, mutta kyky reagoida prosodiaan ja puheen tunnepiirteisiin säilyy (Bayles & Tomoeda, 2014) niin kuin muutenkin kyky vastaanottaa ja välittää tunteita (Förstl & Kurz, 1999). Hoitajan hyväksyvä äänensävy saa aikaan positiivisen reaktion muistisairaassa ihmisessä (Bayles & Tomoeda, 2014) ja täten hoitajien tunnetiloilla on merkitystä muistisairaita henkilöitä hoitaessaan (Förstl & Kurz, 1999). Muistisairaahan henkilön kanssa vuorovaikutuksessa ollessaan kannattaakin olla lähellä, eläytyä tunteisiin ja olemukseen sekä käyttää sanatonta viestintää (Burakoff & Haapala, 2013). Tärkeää on muistaa, että puhuu muistisairaalle ihmiselle kuten aikuiselle (Bayles & Tomoeda, 2014), sillä niin sanottu hoivapuhe (elderspeak) mielletään loukkaavaksi.

Myös haastavissa vuorovaikutustilanteissa henkilöt peilaavat toistensa tunnetiloja (Karvinen, 2013). Hoitajien on tärkeää olla tietoisia millaisia signaaleja he lähettävät kehonkielellään

(Lindholm, 2010). Hermostuneisuus ja turhautuneisuus voivat vaikuttaa vuorovaikutukseen epäsuotuisasti. Muistisairaat henkilöt ovat usein ajasta tietämättömiä ja saattavat esimerkiksi kuvitella olevansa nuoria (Watts & O'Connor, 2017). Henkilökunta voi reagoida muistisairaahan ihmisen ”todellisuuteen” joko orientoimalla hänet tähän aikaan ja paikkaan tai myötäelää ihmisen tunteita eikä koittaa palauttaa häntä todellisuuteen. Usein näiden kahden toimintatavan yhdistäminen on eettisintä, eikä toimintatavat ole toisiaan poissulkevia. Pyrkimys ymmärtää muistisairaahan henkilön toiminnan tai sanojen taustalla olevia toiveita ja tarpeita on ihmisläheisen hoidon perusta.

Emotionaalisesti latautunut tieto kiinnittää muistisairaahan ihmisen huomion paremmin kuin neutraali tieto (LaBar, Mesulam, Gitelman & Weintraub, 2000). Mielimusiikki aktivoi ihmisen limbisen järjestelmän eli aivojen tunnekeskuksen, joka tuottaa emootioita ja mielihyvän kokemuksia sekä säätelee immuuni- ja hormonijärjestelmää (Numminen, 2013). Musiikin avulla voidaan siis vaikuttaa muistisairaahan henkilön tunnetiloihin. Musiikilla on täten myönteinen vaikutus muistisairaahan ihmisen elämänlaatuun (Holopainen & Siltanen, 2015; Sakamoto, Ando & Tsutou, 2013). Eri muodoissa käytetyn musiikin hyödyntämisestä muistisairaiden henkilöiden toimintakykyyn on eri tutkimuksissa havaittu erilaisia vaikutuksia. Joidenkin tutkimuksien mukaan musiikin kuuntelu näyttäisi olevan vaikuttavampaa kuin aktiivinen musiikkiin osallistuminen, kuten soittaminen tai laulaminen (Vasionyté & Madison, 2013). Toisaalta myös laulamisen on todettu parantavan mielialaa ja ympäristön orientoitumista (Särkämö ym., 2011). Nauhoitetun musiikin kuuntelu saattaa olla tehokkaampaa kuin elävä musiikki ja klassisella musiikilla on enemmän positiivisia vaikutuksia kuin populaarimusiikilla (Vasionyté & Madison, 2013).

Musiikki missä muodossa tahansa vaikuttaa olevan hyödyllinen lisä hoitotyöhön. Musiikki-tuokiot ovat omaisten mukaan edistäneen muistisairaahan henkilön kommunikointia. Musiikki hoitotyössä mahdollistaa myös asukkaan ja hoitajan välisen toimivan vuorovaikutuksen (Hamar, Emami, Engström & Götell, 2010). Taustamusiikin on havaittu vähentävän hoitajan käyttämää puhetta ja parantavan vaikeasti muistisairaahan henkilön kykyä ymmärtää tilannetta (Götell, Brown & Ekman, 2002). Taustamusiikki myös vähentää hoitotoimien vastustelua sekä häiritsevää ääntelyä sekä parantaa muistisairaahan henkilön kykyä ilmaista tahtoa ja mielipiteitä. Yleinen ja verbaalinen levottomuus vähentyy musiikkia kuuntelevilla muistisairailta ihmisillä

(Helmes & Wiancko, 2006; Pelkonen, 2015). Myös hoitajien työhyvinvointi paranee, jos musiikkia kuunnellaan (Pelkonen, 2015). Hoitajan laulaminen parantaa kommunikaation vastavuoroisuutta ja vähentää hoitotilanteissa ilmenevää aggressiivisuutta (Götell ym., 2002; Götell, Brown & Ekman, 2009). Hoitajan laulaminen saa asukkaan hymyilemään ja unohtamaan vastustelemisen hoitotilanteessa (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011). Se myös vähentää ahdistusta ja aggressiivisuutta. Ohjeiden antaminen vähenee, kun hoitaja laulaa, mutta muistisairas henkilö ymmärtää silti mitä tilanteessa tapahtuu (Götell ym., 2002). Säännöllisten musiikki-tuokioiden on havaittu edistävän muistisairaiden henkilöiden psyykkistä ja kognitiivista hyvinvointia (Särkämö ym., 2011).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Vaikeasti muistisairaat henkilöt elävät monien haasteidensa vuoksi yleensä tehostetun palveluasumisen yksiköissä, joissa heidän hoidostaan vastaa ammattihenkilökunta. Henkilökeskeisen hoidon keskiössä ovat vuorovaikutustaidot (Moyle ym., 2008). Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään, millaisia vuorovaikutuskeinoja hoitohenkilökunta havaitsee vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän ja millaisia keinoja he itse käyttävät. Lisäksi tarkastellaan keskinäisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä vuorovaikutuskeinoja vaikeasti muistisairaat henkilöt käyttävät hoitajien mukaan?
2. Mitä vuorovaikutuskeinoja hoitajat kertomansa mukaan käyttävät?
3. Mitkä ovat vaikeasti muistisairaana henkilön ja hoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset hoitajien mukaan?

6 MENETELMÄ

Tämä pro gradu -tutkimus toteutettiin laadullisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla kymmentä hoitajaa käyttämällä teemahaastattelun menetelmää (ks. Hirsjärvi & Hurme, 2008; Tuomi & Sarajärvi, 2009). Haastattelun avulla selvitettiin hoitajien näkemyksiä vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa. Haastattelut käsiteltiin analysoimalla niiden sisältöä laadullisesti.

6.1 Aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin aineistonkeruumenetelmänä puolistrukturoitua teemahaastattelua. Teemahaastattelulle tai puolistrukturoidulle haastattelulle ei ole vain yhtä määritelmää (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Yleisen käsityksen mukaan se on kuitenkin haastattelu, jossa yksityiskohtaisten kysymysten sijaan käsitellään tiettyjä ennalta päätettyjä teemoja. Teemahaastattelussa edetään tiettyjen ennalta valittujen teemojen ja tarkentavien kysymysten mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Tutkimuksen menetelmäksi valittiin teemahaastattelu, sillä sen avulla tutkittavien ääni nousee esille ja tutkittavien tulkinnat sekä asioille antamansa merkitykset ovat keskiössä. Haastattelu on menetelmänä myös joustava (Tuomi & Sarajärvi, 2009) ja se mahdollistaa vastausten taustalla olevien motiivien esille saamisen (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Haastattelun aikana tiedonhankintaa voi suunnata, kysyä tarkentavia kysymyksiä tai käydä keskustelua tutkittavan kanssa sekä toistaa tai tarkentaa kysymyksiä (Tuomi & Sarajärvi, 2009).

Haastattelurunko (liite 1) laadittiin tutkimuskysymysten ja aiemman kirjallisuuden pohjalta. Haastattelurungon toimivuutta testattiin esihaastattelun avulla. Esihaastatteluun osallistunut tutkittava vastasi koulutukseltaan ja työnkuvaltaan varsinaisia tutkittavia. Häneltä kysyttiin myös mahdollisia parannusehdotuksia haastattelukysymyksiin. Esihaastattelun perusteella tarvetta haastattelurungon muokkaamiselle ei ollut. Haastattelun teemoiksi muodostuivat *vuorovaikutus ja kommunikointi, vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset* sekä *puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi*. Tutkittavilta kysyttiin taustatietoina ikää, työkokemusta muistisairaiden henkilöiden parissa ja koulutustaustaa. Tutkittavilta kysyttiin orientoivana kysymyksenä heidän käsitystään vuorovaikutuksesta ja kommunikoinnista. Tällä tavoin varmistettiin, että tutkittavat käsittävät tutkimuksen aiheen samalla tavalla kuin tutkija.

Lopulliseen aineistoon kuuluvat kymmenen yksilöhaastattelua toteutettiin tutkittavien työpaikoilla maaliskuussa 2018. Tutkittavat saivat osallistua tutkimukseen työajallaan. Haastatteluiden aluksi tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja heille kerrottiin mahdollisuudesta perua osallistumisensa syytä ilmoittamatta missä tahansa vaiheessa tutkimusta. Tutkittavat allekirjoittivat suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta (liite 2). Tutkittaville kerrottiin mitä vaikeasti muistisairaalla henkilöllä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan. Haastattelut olivat kestoiltaan 19–78 minuutin, keskimäärin 40 minuuttia. Haastattelut nauhoitettiin Zoom 2H -ääninauhurilla, josta äänitiedostot siirrettiin muistitikulle ja kannettavalle tietokoneelle, joiden salasanat olivat vain tutkimuksen tekijän tiedossa.

6.2 Tutkittavat

Tutkittavat valittiin lumipallo-otantaa mukaillen. Lumipallo-otanta on aineistonkeruumenetelmä, jossa tutkijalla on ensimmäisenä tiedonantajana avainhenkilö (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Tämä avainhenkilö johdattaa tutkijan seuraavien tiedonantajien luo. Tässä tutkimuksessa ensimmäiset tiedonantajat eivät olleet tutkittavia, vaan heidän avullaan löydettiin varsinaiset tutkittavat.

Tehostetun palveluasumisen yksiköt, joista tutkittavia rekrytoitiin, valikoituivat lumipallo-otannan mukaisesti syys-lokakuussa 2017 ottamalla yhteyttä puhelimitse neljän eteläsuomalaisen kunnan vanhusten asumispalveluista vastaaviin henkilöihin tai asumispalveluiden neuvontanumeroihin. Kahdesta kunnasta löytyi tutkimuksen tarkoitukseen sopivia yksiköitä ja soveltuvia tutkittavia. Kuntien vanhusten asumispalveluista vastaavat henkilöt ehdottivat tutkijalle mahdollisesti soveltuvia yksiköitä tai laittoivat tiedustelun itse eteenpäin. Yksiköiden valikoiduttua tutkielman tekijä oli yhteydessä toisen yksikön esimieheen ja toisen yksikön osalta esimies oli itse tutkijaan yhteydessä. Tutkimukseen valikoituneet yksiköt ja tutkittavat ovat valikoituneet ilman tutkimuksen tekijän vaikutusta. Tutkimusluvut haettiin tutkimukseen osallistuvilta kahdelta kunnalta tammikuussa 2018.

Tutkimuksesta kertova informaatiokirje (liite 3) lähetettiin yksiköiden esimiehille sähköisesti, ja he jakoivat sen henkilökuntansa nähtäville. Ei ole tiedossa, kuinka moni hoitaja on nähnyt

tiedotteen tutkimuksesta. Haastateltaviksi haluavat työntekijät ilmoittivat osallistumishalukkuudestaan esimiehilleen ja tutkittavat valikoituivat ilmoittautumisjärjestyksessä. Haastatteluiden ajankohdat sovittiin tutkimuksen tekijän ja esimiesten kesken. Tutkimuslupien myöntämisen jälkeen haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2018.

Yhdestä yksiköstä kaikkien työntekijöiden tuli olla samalla osastolla työskenteleviä ja toisesta yksiköstä usealla osastolla kiertäviä hoitajia. Molemmista yksiköistä saatiin tavoitellut viisi tutkittavaa. Haastatteluissa kävi ilmi, että toisessa yksikössä tutkittavista viidestä hoitajasta vain kolme oli kiertävää hoitajaa. Tutkittavien työnkuvan selvittyä lopullisesti haastattelut päätettiin kuitenkin pitää sovitusti eikä lisähaastatteluja toteutettu (taulukko 1). Täten kaikista tutkittavista seitsemän työskenteli ainoastaan erityisessä muistisairaiden yksikössä ja kolme olivat niin sanottuja kiertäviä hoitajia, jotka työskentelivät sekä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden että muista syistä ympärivuorokautista hoivaa tarvitsevien henkilöiden parissa. Kahden eri kunnan ja tutkittavien erilaisten työnkuvien tarkoituksena oli saada mahdollisimman monipuolinen aineisto.

Tutkittavien koulutustausta ja työkokemus vaihtelivat (kaksi sairaanhoitajaa, yksi hoiva-avustaja ja seitsemän lähihoitajaa). He olivat iältään 26–61 -vuotiaita. Tutkittavilta kysyttiin heidän koulutustaan sekä käymiään lisäkoulutuksia. Lisäkoulutuksen osalta haastateltavat eivät osanneet kertoa kuinka monessa koulutuksessa olivat käyneet, mutta useat sanoivat käyneensä noin kaksi kertaa vuodessa yhden tai kahden päivän mittaisissa koulutuksissa, joita työpaikka järjestää. Lisäkoulutuksista taulukkoon 1 on merkitty ainoastaan yksi laaja vuorovaikutukseen keskittyvä koulutus (TunteVa®), jonka oli käynyt tai jota kävi parhaillaan kolme tutkittavaa.

Tutkittavien yksityisyyden suojaamiseksi työyhteisöissään taustatiedot on jaoteltu iän ja työvuosien osalta jatkumoina. Samasta syystä hoiva-avustajana työskentelevä tutkittava on merkitty taulukossa 1 lähihoitajaksi.

TAULUKKO 1. Tutkittavat

Tutkittava	Ikä	Koulutus	Lisäkoulutus	Työkokemus	Työnkuva
1	≥55	sairaanhoitaja		≥26	omahoitaja
2	35–44	lähihoitaja	TunteVa®	6–15	omahoitaja
3	≤34	lähihoitaja		≤5	omahoitaja
4	45–54	lähihoitaja		16–25	omahoitaja
5	≥55	lähihoitaja	TunteVa®	6–15	omahoitaja
6	≥55	lähihoitaja		6–15	omahoitaja
7	≥55	lähihoitaja		≤5	kiertävä hoitaja
8	≥55	sairaanhoitaja		6–15	kiertävä hoitaja
9	45–54	lähihoitaja		6–15	kiertävä hoitaja
10	≤34	lähihoitaja	TunteVa®	≤5	omahoitaja

Huom. omahoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, joka työskentelee yhdellä osastolla. Kiertävällä hoitajalla tarkoitetaan hoitajaa, joka työskentelee tarpeen mukaan eri osastoilla. Työkokemus on ilmoitettu vuosina.

6.3 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analyysissä käytettiin sisällönanalyysin periaatteita (Tuomi & Sarajarvi, 2009). Haastatteluiden ääninauhat litteroitiin eli muutettiin tekstimuotoon. Tämän tutkimuksen kannalta ei ollut oleellista keskusteluanalyttinen tarkka litteraatio, vaan karkea, sanatarkka litteraatti riitti sisällönanalyysiin. Haastatteluista jätettiin litteroimatta sisällön kannalta tarpeettomat ilmaukset, kuten epäröinnit sekä tavu- ja sanatoistot. Litteraatteihin merkittiin pidemmät tauot pisteillä ja nauru sekä joitakin puhejaksoa selventäviä selityksiä merkattiin hakasulkeisiin. Litteraatissa ei käytetty isoja alkukirjaimia eikä kysymysmerkkejä. Karkeampi litteraatio riittää yleensä keskustelun asiasisällön analyysia varten (Alasuutari, 2011). Aineisto litteroitiin ensin kertaalleen ääninauhaa hidastaen, minkä jälkeen se vielä tarkistettiin mahdollisten litteraatiovirheiden varalta. Äänitallenteista litteraateiksi muutettua tekstiä muodostui yhteensä 117 sivua.

Valmiit litteraatit ajettiin ATLAS.ti –ohjelman versioon 7. ATLAS.ti on laadullisen analyysin alusta, jonka avulla voidaan käsitellä suurta laadullista aineistoa. Ohjelman avulla aineisto koodattiin eli luotiin aineistoa kuvaavia luokitteluita (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Koodit luotiin tutkimuskysymysten, haastattelukysymysten sekä aineiston pohjalta. Koodeja muodostui 20 kappaletta ja koodimerkintöjä niihin tuli yhteensä 564. Kunkin koodin alle tulleita koodimerkintöjä eli sitaatteja sekä koodien välisiä sisältöjä tarkasteltiin manuaalisesti. Kolme koodia osoittautui tutkimuksen kannalta epärelevanteiksi ja niihin kerääntyneitä koodimerkintöjä oli hyvin vähäinen määrä, joten ne päätettiin jättää analysoimatta. Jäljelle jäävien 17 koodin sisällöissä oli päällekkäisyyksiä, joten niitä yhdisteltiin. Lopullisia koodeja muodostui 10, joista tutkimuksen tulokset analysoitiin.

Koodatun aineiston sekä tutkimuskysymysten ja haastattelurungon avulla luotiin tutkimuksen tuloksien otsikot. Tuloksia vielä tarkastettiin palaamalla alkuperäiseen aineistoon. Vuorovaikutuksen ollessa epäsymmetristä hoitajien ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden välillä (Leskelä & Lindholm, 2011) päädyttiin vuorovaikutuskeinot jaottelemaan vuorovaikutuskumppaneiden osalta erikseen. Keskinäisen vuorovaikutuksen piirteitä käsitellään vuorovaikutuksen haasteiden ja onnistumisten alla. Tulososioissa on täten hieman päällekkäisyyksiä, sillä vuorovaikutuskumppaneiden käyttämät sanalliset ja sanattomat keinot vaikuttavat vuorovaikutuksen haasteisiin ja onnistumisiin.

Teemahaastattelulla kerätystä aineistosta voidaan tehdä sekä laadullista että määrällistä analyysia (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Aineiston laadullisen tarkastelun lisäksi aineistosta laskettiin, kuinka moni tutkittavista mainitsi saman asian (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Tällä tavoin saatiin esille, kuinka yleisiä tutkittavien mainitsemat asiat olivat heidän keskuudessaan ja saatiin esille myös tyypillisistä mielipiteistä poikkeavia näkemyksiä.

Tulososioon poimittiin suoria lainauksia litteraateista. Lainausten tarkoituksena on selventää ja vahvistaa analyysin argumentteja (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Otteet litteraateista valittiin siten, että ne kuvaavat käsiteltävää asiaa monipuolisesti ja esittelevät sekä aineiston samankaltaisuuksia että poikkeavuuksia. Teeman kannalta epäolennaiset osat poistettiin ja merkittiin sitaatteihin kolmella ajatusviivalla (- - -). Tutkittavien yksityisyyden suojaamiseksi työpaikoillaan tunnistamisen mahdollistavat ilmaukset poistettiin tai muutettiin tässä tutkimusraportissa nähtävissä

lainauksissa. Välimerkkejä ei käytetty kieliopillisesti, vaan niillä pyrittiin ilmentämään painotuksia. Lainausten ymmärrettävyyttä parantavat lisäykset merkittiin hakasulkeisiin. Lainausten perään merkittiin taulukon 1 mukainen tutkittavan tunniste numerolla. Lainausten valinnassa pyrittiin huomioimaan kaikkien tutkittavien äänen kuuluminen.

Tutkimuskysymyksiä tarkennettiin aineistonkeruun valmistuttua, koska aineisto poikkesi alun perin ajattelusta. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimussuunnitelmaa ja -ongelmaa saatetaan joutua tarkistamaan aineistonkeruun kuluessa (Eskola & Suoranta, 2003). Haastattelurungossa kysyttiin puhetta tukevista ja korvaavista kommunikointikeinoista. Tämä termi oli tutkittaville vieras, vaikka he puhuivatkin paljon juuri puhetta tukevista ja korvaavista keinoista. Laajasti ajatellen puhetta tukeviksi ja korvaaviksi keinoiksi voidaan ajatella kuuluvan kaikki sanaton viestintä.

7 TULOKSET

Vaikeasti muistisairaista henkilöistä käytetään tässä tutkimusraportissa myös ilmaisua 'asukas' sen ollessa tutkittavien haastatteluissa useimmiten käyttämä ilmaisu ja tekstin sujuvoittamiseksi. Tulokset on jaoteltu tutkimuskysymysten mukaisesti siten, että ensin käsitellään muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutustapoja, sitten hoitajien ja lopuksi keskinäisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia.

7.1 Vaikeasti muistisairaana henkilön vuorovaikutuskeinot

Tutkittavat kertoivat muistisairaiden henkilöiden käyttämistä sanallisista ja sanattomista keinoista. Tässä tulososiossa käsitellään ensin sanallisia keinoja ja sen jälkeen sanattomia.

Haastatteluissa kävi ilmi, että mikäli muistisairaalla henkilöllä on vielä puhekykyä tallella, on hänen sanalliset vuorovaikutuskeinonsa rajalliset. Puhe voi olla hoitajan sanomisten toistamista tai televisio-ohjelmassa kuultujen lauseiden toistamista. Se voi olla myös tavu- tai sanatoistoa ja merkityksetöntä puhetta. Sana voi myös tarkoittaa jotain muuta kuin sen suora merkitys.

Tutkittavien mukaan esimerkiksi kellonajasta kysyminen tarkoittaa, että asukas on tylsistynyt. Sana voi myös korvaantua jollain samankaltaisella sanalla. Tutkittavien mukaan suurempi merkitys on muistisairaahan ihmisen tunnetilalla ja muulla viestin sisällöllä kuin sanan kirjaimellisella merkityksellä. Yksi tutkittavista oli sitä mieltä, että kaikki vaikeasti muistisairaahan henkilön puhe on merkityksellistä, eikä niin sanottua merkityksetöntä puhetta ole.

et ainahan joku sen sanan tarkoitus tai sen taustalla on, et silloin hoitaja ei vaan ymmärrä mitä hän tarkoittaa sillä asialla (10)

Tutkittavien mukaan osa vaikeasti muistisairaista henkilöistä saattaa vielä vastata kyllä/ei -kysymyksiin. He saattavat vastata nyökkäämällä tai lyhyellä sanalla. Vastaaminen on kuitenkin usein epäluotettavaa, sillä muistisairas henkilö saattaa vastata peräkkäin kahteen eri vaihtoehtoon samalla tavalla. Puolet tutkittavista mainitsi vaikeasti muistisairaiden henkilöiden toistavan puhetta tai hokevan tavuja tai sanoja. He saattavat vastata kysymyksiin myös toistamalla kysyjän sanoja. Kaksi tutkittavaa mainitsi yhdeksi kommunikointitavaksi ääntelyn ja yhden tutkittavan mielestä itkukin on kommunikointia, merkki jostain hädästä.

Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden sanallinen ilmaisu on vähäistä ja sanattomat keinot ovat merkityksellisemmässä asemassa. Muistisairaahan ihmisen sanattomiksi vuorovaikutuskeinoiksi tutkittavat mainitsivat lähelle tulemisen ja koskettamisen, kädestä kiinni ottamisen ja halaamisen, katseen ja ilmeen, eleet, näyttämisen, kehon liikkeet ja jännittyneisyyden, läsnäolon ja reagoinnin sekä touhuamisen ja fyysisen levottomuuden.

et tosi paljon se elekieli ja se hetkessä oleminen ja kosketus on myös sitä kommunikointia (10)

Neljä tutkittavaa mainitsi kosketuksen yhdeksi muistisairaahan henkilön tavaksi olla vuorovaikutuksessa. Tutkittavista seitsemän kertoi katseen tai silmänliikkeiden olevan yksi tapa muistisairaille henkilölle olla vuorovaikutuksessa. Lähes kaikki tutkittavat kertoivat myös pelkän ilmeen olevan vuorovaikutusta. Yhtä tutkittavaa lukuun ottamatta kaikki mainitsivat muistisairaiden henkilöiden käyttävän eleitä. Tutkittavien välillä oli suuria mielipide-eroja siinä, kuinka paljon ja kuinka vuorovaikutuksellisia eleet ovat. Usean mielestä eleitä on aika vähän, mutta muistisairas henkilö saattaa esimerkiksi näyttää mitä tai minne hän haluaa. Yhden tutkittavan mielestä

eleet eivät ole lainkaan vuorovaikutuksellisia. Suuri osa tutkittavista kertoi myös siitä, kuinka kehon liikkeet ja reagoinnit sekä touhuaminen ovat myös itsensä ilmaisua.

jos he pystyy vielä liikkumaan ja toimimaan niin siitäkin näkee, että miten he vähän niinku käyttäytyy ja miten he liikkuu nii silläkin he mun mielest osoittaa sitä, että mitä he haluis sanoo sillä toiminnallaan (3)

Useat tutkittavat toivat esille muistisairailta ihmisillä ilmenevän fyysisen levottomuuden. Levottomuudesta puhuttiin lähinnä oireena huonosti nukutun yön jälkeen. Yksi tutkittavista oli kuitenkin sitä mieltä, että levottomuudesta tehdään helposti johtopäätöksiä esimerkiksi huonosti nukutusta yöstä.

Kuvien käytön osalta vastaukset vaihtelivat tutkittavien kesken. Yksi tutkittava koki, että muistisairas henkilö voi näyttää kuvaa kommunikatiivisessa merkityksessä. Monet olivat kuitenkin sitä mieltä, että vaikeasti muistisairailla henkilöt eivät ole kiinnostuneita kuvista, eivät ymmärrä kuvia tai kuvat ovat ainoastaan iloksi ja kodikkuutta luomaan. Muistisairailla henkilöt saattavat repiä kuvat irti seiniltä, eivätkä he pysähdy katsomaan välttämättä edes kuvia läheisistään.

Mielipiteet kuvista toiminnanohjauksen tukena vaihtelivat tutkittavien välillä. Kuvat toimivat toiminnanohjauksen tukena kolmen tutkittavan mielestä, mutta kahden mielestä kuvat eivät auta toiminnanohjauksessa. Yhden tutkittavan mielestä kuvat toimivat toiminnanohjauksen apuna osalla vaikeasti muistisairaista henkilöistä, mutta ei kaikilla. Toiminnanohjaukseen tarkoitettavat kuvat eivät välttämättä käynnistä toimintaa, vaan muistisairas henkilö saattaa vain katsoa ja hymyillä kuvan nähdessään.

Kysyttäessä voisiko kuvia hyödyntää nykyistä enemmän, osa tutkittavista nosti esille, että suuri hyöty olisi siitä, jos muistisairas henkilö pystyisi kuvan avulla ilmaisemaan kipua. Tutkittavat olivat sitä mieltä, että kuvien käytön harjoittelu tulisi aloittaa jo sairauden alkuvaiheessa, sillä vaikeassa vaiheessa uutta taitoa ei enää pysty oppimaan. Yhden tutkittavan mielestä muistisairaat henkilöt käyttävät kuvia kommunikatiivisesti siinä vaiheessa, kun heillä on vielä puhekykyä, mutta puheen loppuessa päättyy myös kuvien käyttö.

Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkittavat olivat sitä mieltä, että muistisairaat henkilöt tekevät vuorovaikutusaloitteita. Heidän mukaansa vaikeasti muistisairaalla ihmisellä on tarve vuorovaikutukselle, ja he tekevät aloitteita vuorovaikutukseen tietoisesti. Vuorovaikutusaloitteina toimivat lähelle tuleminen ja koskettaminen, katse, ilme, eleet, nauru, äännähdykset, puhe ja tekeminen.

heil on jotain kerrottavaa - - - sen kyllä huomaa siitä heijän olemuksesta että he etsii sitä katsekontaktia (3)

Eri mieltä olleen tutkittavan mukaan vuorovaikutusaloitteita ei ole enää siinä vaiheessa, kun puhekyky on mennyt. Myöhemmin haastattelussa hän kuitenkin sanoi, että joissain harvinaisissa tilanteissa vaikeasti muistisairaalla henkilöllä voi jotain aloitteellisuutta esiintyä. Kahden tutkittavan mukaan myös musiikki voi toimia laukaisevana tekijänä vuorovaikutuksen aloitteeksi.

kyllä siis semmonen musiikki voi herättää jotain joka ei ehkä muuten tule esille että . että syntyy semmonen et se asukas huomioi jotain et hän osoittaa et on jotain muutakin tässä nytten (8)

7.2 Hoitajien käyttämät vuorovaikutuskeinot

Tässä tulososiossa käsitellään hoitajien käyttämiä vuorovaikutuskeinoja. Ensin käsitellään sanallisia keinoja ja sen jälkeen sanattomia keinoja.

Tutkittavat kertoivat erilaisia sanallisia keinoja, kuinka he omalta osaltaan voivat olla luomassa hyvää vuorovaikutusta ja yhteisymmärrystä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa. He kertoivat, ettei muistisairasta henkilöä kannata kärkeä vaan puhua hänelle rauhallisesti ja lempeästi. Tutkittavat kertoivat käyttävänsä lyhyitä lauseita ja selkokieltä sekä puhuvansa vain yhdelle ihmiselle kerrallaan. Kaikki tutkittavat kertoivat käyttävänsä puhetta ollessaan vuorovaikutuksessa muistisairaahan henkilön kanssa. Useat mainitsivat, että puhuminen on tärkeää, vaikka muistisairas henkilö itse ei puhuisi. Hoitajan tulisi myös aina kertoa mitä on tekemässä. Neljä

tutkittavaa oli sitä mieltä, että puheen tulisi olla selkeää ja hidasta, lauseiden lyhyitä ja sanojen yksitulkintaisia.

ei pitkiä lauseita monisanasia lauseita ne on turhia ja hämää ja voi takertua väärä sana pääasiaksi (6)

Kaksi tutkittavaa mainitsi, että puheen tulisi olla lempeää eikä kärkevää. Heidän mukaansa tavalla, jolla hoitaja puhuu, on vaikutus vuorovaikutukseen muistisairaana kanssa. Vuorovaikutus ei onnistu, jos hoitaja kärkee. Sen sijaan aggressiivisen asukkaan saattaa saada rauhoitettua, jos hoitaja puhuu lempeästi ja rauhallisesti.

mä olen huomannu et äänensävy vaikuttaa tosi paljon muistisairaalle ihmiselle (5)

Tutkittavat kertoivat useista käyttämistään sanattomista vuorovaikutuskeinoista. Sanattomina keinoina tutkittavat kertoivat käyttävänsä katsetta, kosketusta, läheisyyttä ja läsnäoloa sekä eleitä, ilmeitä, kuvia, omaa tunnetilaa ja ajan antamista. Neljä tutkittavaa kertoi käyttävänsä tietoisesti katsetta vuorovaikutukseen.

meidän pitää - - - tavallaan mennä siihen lähelle et hän näkee katsekontaktin ja koskettaa et me ollaan täällä minä olen täällä (1)

Kosketus koettiin tärkeänä vuorovaikutuskeinona. Kaikki tutkittavat kertoivat käyttävänsä kosketusta osana vuorovaikutusta. Kosketus saattaa olla esimerkiksi asukkaan hieromista tai siveilyä tai kädestä kiinni pitämistä. Tutkittavien mukaan kosketukseen ei sovi kaikille ja asukas tulee tuntee, jotta tietää millaisesta kosketuksesta hän pitää.

pyritään ottamaan kontaktia tähän henkilöön kosketuksella myös että niillä on sitten isompi merkitys kuin välttämättä sillä puheella (8)

Puolet tutkittavista kertoi läsnäolon tärkeydestä. Heidän mukaansa hoitotoimenpiteet sujuvat paremmin, kun asukkaan kohtaa ja on aidosti läsnä. Läsnäolo oli tutkittavien mielestä osa vuorovaikutusta.

varmaan se kuulostaa vähän hassulta sanoa mut kyl se kohtaaminen olla läsnä siinä hetkessä että toki mä voin mennä sinne ja tehdä ne hoitotoimenpiteet ja that's it ja tulla pois . mut jos mä en oo läsnä se on paljon hankalampaa jos en mä millään lailla osoita niinkun asukkaalle sitä läsnäoloa ja sitä et mä huomioin hänet ihmisenä enkä tämmösenä jolle vaan vaihdetaan vaippa (4)

Sanattomista vuorovaikutuskeinoista eleet mainitsi neljä ja ilmeet kuusi tutkittavaa. Hoitajat saattavat näyttää eleillä mitä tehdään esimerkiksi pesu- ja ruokailutilanteissa. Tutkittavien mukaan hoitajan iloisella ilmeellä ja joskus hassuttelulla saattaa saada positiivisen tunnetilan tarttumaan myös asukkaaseen.

*hoitajan ne eleet ja ilmeet on tosi tärkeit et jos asukkaat näkee et hoitajal on hauskaa - -
- nii kyl se heijastuu (6)*

Tutkittavat kertoivat, kuinka omalla tunnetilalla on vaikutusta vuorovaikutukseen muistisairaahan henkilön kanssa ja kuinka hoitotoimenpiteet sujuvat paremmin, jos esimerkiksi menee lempeästi tai iloisesti asukkaan huoneeseen. Sitä vastoin hoitajan puhussa vihaisesti ja käskevästi vastustaa muistisairas henkilö esimerkiksi suihkuun menemistä enemmän.

aika paljon siihen [vuorovaikutukseen] vaikuttaa se hoitajan tunnetila (1)

Neljä tutkittavista mainitsi ajan antamisen tärkeyden: asiat sujuvat hyvin, jos vain on tarpeeksi aikaa. Toisaalta kiireen vuoksi aina ei ole aikaa odottaa loputtomiin ja tietyt hoitotoimenpiteet on vain saatava tehtyä.

pitää antaa aikaa heidän kanssaan ei voi kiirehtiä se on paha virhe . heille pitää antaa se aika koska tota se voi moninkertaistua sen hoitotoimenpiteenkin suorittamisaika ellei anna heti ekalla yrityksellä niinku tarpeeks aikaa ja oo läsnä oikeesti (6)

Osa tutkittavista ei ollut ehkä ajatellut tietoisesti mitä sanattomia vuorovaikutuskeinoja he käyttivät ja siksi siihen vastaaminen oli myös vaikeaa. Yksi tutkittavista ei aluksi kertonut käyttävänsä sanattomia vuorovaikutuskeinoja lainkaan, mutta myöhemmin haastattelussa kuitenkin

kertoi joitain. Yksi tutkittava mainitsi, että vuorovaikutus on niin elävä tilanne, että sitä on vaikea sanoittaa.

[koetko sä et sä käytät jotain eleitä ja ilmeitä] varmasti mut en osaa näin äkkiseltään (4)

Hoitajista neljä kertoi käyttävänsä kuvia. Kuvia käytettiin lähinnä ilahduttamaan asukasta ja herättämään muistoja. Puolet tutkittavista oli sitä mieltä, että kuvien käyttöä voisi ainakin kokeilla. Niitä voisi käyttää siirtymätilanteissa antamaan visuaalinen vihje seuraavasta asiasta, kuten ruokailusta tai peseytymisestä. Kuvat voisivat olla myös apuna esimerkiksi ruokailuun liittyvissä valintatilanteissa. Yhden tutkittavan mukaan kuvien avulla voi myös luoda vuorovaikutusta.

jotka ei itsenäisesti liiku nii - - - heidän kanssaan voi olla niinku yhdessä tavallaan kommunikoida niiden kuvien kautta sitten taas . semmosta kontaktia tavallaan mitä muuten ei sitte ehkä syntyisi ja tavallaan niinku ajan kulua sillai ettei se oo aina vaan pelkkää istumista vaan kattellaan niitä kuvia ja palapeliä ja tän tyyppisiä juttuja (1)

7.3 Vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset

Haastatteluista kävi ilmi, että ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä on vuorovaikutuksessa paljon haasteita hoitajien ja vaikeasti muistisairaiden henkilöiden välillä, mutta myös paljon onnistumisia. Tässä osiossa käsitellään ensin vuorovaikutuksen haasteita ja sitten onnistumisia.

Tutkittavat toivat esiin useita vuorovaikutuksen haasteita. Suurin haaste oli yhteisen kielen löytäminen, se että ymmärtää ja tulee ymmärretyksi. Muistisairas henkilö voi olla myös kiihtynyt, ja tällöin voi olla vaikeaa löytää keinoa rauhoittaa ihmistä. Tutkittavien mukaan muistisairas henkilö saattaa vastustaa hoitotoimenpiteitä, jolloin voi olla haastavaa löytää keinoa tehdä hoitotoimenpiteet pakottamatta. Silloin, kun henkilökuntaa on vähän, esimerkiksi viikonloppuisin, on hoitotoimenpiteet tehtävä, eikä voi jäädä loputtomiin odottamaan parempaa hetkeä. Usein haasteet liittyvät ajanpuutteeseen ja resurssien vähäisyyteen. Tutkittavat kokivat, että kiireen

vuoksi heillä ei aina ole riittävästi aikaa pohtia muistisairaahan henkilön käyttäytymisen taustalla vaikuttavia asioita, jonka vuoksi he joutuvat tekemään pikaisia johtopäätöksiä.

jos siihen olis aikaa käyttää tiedäks ihan hirveesti että mentäs sen asukkaan ehdoilla pikkuhiljaa sieltä sängystä noustais ja mentäis vessaan ja meil ois niinku tunti aikaa siinä hänen kanssaan nii voi olla et se menis niinku helpommin mut näillä resursseilla nii ei oo mahdollista (7)

Kuuden tutkittavan mukaan yleinen haaste oli asukkaan kipu tai hätä, jota he eivät pysty sanallisesti ilmaisemaan tai esimerkiksi näyttämään jotakin osaa kehostaan. Tutkittavat kertoivat näkevänsä vaikeasti muistisairaahan henkilön silmistä tai kehosta, että joku on hätänä, mutta heidän on vaikeaa tietää, mihin muistisairas henkilö kaipaa apua. Käyttäytymisen muutoksen taustalla tutkittavat arvelivat usein olevan kivun. Hoitajat kertoivat keskustelevansa yhdessä ja koittavansa selvittää, mistä asukkaan hätä on peräisin. Toisinaan kipulääkkeillä muistisairaahan henkilön olotila saadaan paremmaksi.

se on vaikeempi ku ihminen ei pysty sanomaan mitään että kyllä vaikeempi on ymmärtää niistä eleistä ja jos ei pysty puhumaan sanomaan että ne on kyllä hankalimmat semmoset, siinä vaan sitten kokeilemalla arvailemalla näkemällä - - - et se on vaan semmosta tunteesta (5)

Tutkittavat kertoivat muistisairailta ilmenevän aggressiivisuutta, huitomista, jostain kiinni tarttumista ja vastustelua. Reaktion syyn tietäminen on tutkittavien mielestä hankalaa. Henkilö voi kokea itsensä esimerkiksi suihkutilanteessa haavoittuvaksi tai häntä on aiemmin elämässään satutettu. Toisaalta osan tutkittavista mielestä kiinni tarttuminen ei välttämättä ole muuta kuin läheisyyden kaipuuta.

enempi semmosta huitomista ja vähän ranteest ottamista eikä se ranteesta ottaminen oo aina sitä et se ihminen tarkottas paha se voi hakee turvaa vaan hakee sitä kättä (6)

Tutkittavat olivat sitä mieltä, että vuorovaikutuksen kannalta haastavia tilanteita esiintyy, mutta niitä voidaan ennaltaehkäistä monin eri keinoin. Haastavien tilanteiden yleisyydestä tutkittavilla oli erilaisia näkemyksiä. Joidenkin tutkittavien mielestä haastavia tilanteita ei esiinny juuri lainkaan. Sen sijaan yhden tutkittavan mielestä vaikeita tilanteita tulee kuitenkin päivittäin.

onhan se tosi haastavaa päivittäin melkeen että et ku toinen ei pysty sanallisesti kertomaan - - - vaan täytyy sit luottaa siihen omaan tunteeseensa - - - [vaikeita tilanteita] tulee kaikissa päivän toiminnoissa - - - tulee ihan jo sängyssä ylösnousemisessa pukeutumisessa ja peseytymisessä - - - ne [tilanteet] on äärettömän haastavia - - - jos on jotenkin oikein huono päivä niin kaikki tilanteet on sit haastavia (7)

Onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttaa tutkittavien mukaan useat seikat. Ne ovat joko hoitajista lähtöisin, asukkaaseen itseensä liittyviä tai jotain muuta. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajien osalta onnistumisiin vaikuttaa hoitajien positiivinen tunnetila, selkeä itseilmaisuus, yksilöllinen kohtaaminen, omahoitajuus, ajan antaminen ja pakottamatta tekeminen. Onnistunut vuorovaikutus on monen asian summa. Vuorovaikutus ylipäätään onnistuu silloin, kun on molemminpuolinen ymmärrys. Tutkittavien mukaan eniten onnistuneita ja positiivisia vuorovaikutustilanteita tulee kodikkaissa tai virikkeellisissä tilanteissa, kuten ruokailussa ja liikunta-hetkessä.

ja niitä on ihan mahdollista saada todella paljon niinku niit hyvii kohtaamisia aikaan et se on ihan ammattitaidosta ja asenteesta itteltä kii (6)

Omahoitajuus ja hoitajan tuttuus asukkaalle ovat tutkittavien mukaan keinoja onnistuneeseen vuorovaikutukseen. Asukas tunnistaa tutun hoitajan ja on suostuvaisempi hoitotoimenpiteisiin, ja toisaalta hoitaja tuntee asukkaan hyvin ja tietää esimerkiksi millä tavoin asukas tykkää häntä hoidettavan, jolloin hoito on yksilöllistä. Olennaisessa osassa vaikutti olevan omaisilta saatu tieto muistisairaana ihmisen mieltymyksistä ja elämänhistoriasta.

Toinen onnistuneeseen vuorovaikutukseen vaikuttava asia on riittävä ajan antaminen. Tutkittavat toivat esille, kuinka hoitotoimenpiteet yleensä sujuvat, jos voi vain antaa tarpeeksi aikaa. Toisaalta työtahdin kiristyessä juuri ajan antaminen saattaa olla mahdotonta.

Tutkittavien mukaan muistisairaahan henkilön tunnetila vaikuttaa vuorovaikutuksen ja hoitotoimenpiteiden sujumiseen. Kun asukas on levollinen tai iloinen, sujuu kaikki yleensä hyvin. Useat tutkittavat nostivat esiin sen, että muistisairaahan ihmisen positiivinen tunnetila on kuitenkin usein hoitajan toiminnan seurausta. Muistisairaahan henkilön tunnetilat vaihtelevat ja hoitajan tulee olla sensitiivinen ja miettiä milloin on hyvä hetki esimerkiksi tehdä hoitotoimenpiteitä.

Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ahdistuneisuus ja ärtyneisyys hankaloittavat vuorovaikutusta. Neljän tutkittavan mukaan kipulääkkeillä voidaan muistisairaahan henkilön oloa helpottaa, ja täten myös vuorovaikutus sujuu paremmin. Yksi tutkittavista kuitenkin sanoi, että kipulääkettä saatetaan antaa ilman aitoa pohdintaa siitä, mikä levottomuuden aiheuttaa ja täten tullaan lääkityksi ihmistä suotta.

Musiikin merkitys muistisairaiden vuorovaikutukseen ei sisällynyt haastattelurungon aiheisiin, mutta se nousi useassa haastattelussa esille. Seitsemän tutkittavaa kertoi musiikin merkityksestä. Musiikin merkitys on tutkittavien mukaan moninainen: se aktivoi fyysisesti, rauhoittaa asukasta ja helpottaa päivittäistoimintojen tekemistä, etenkin suihkutilanteita, tai herättää muutoin tunteita. Muutoin passiivinen asukas saattaa musiikin soidessa tarttua hoitajaa käsistä. Suihkutilanteet sujuvat paremmin, kun huoneesta kuuluu asukkaan suosikkimusiikkia.

Musiikki voi tutkittavien mukaan olla joko yksilöllisesti tilanteeseen ja asukkaalle valittua tai soida yleisissä tiloissa taustamusiikkina tai yhteisissä toimintatuokioissa. Useampi tutkittava mainitsi, että musiikkia voisi hyödyntää enemmän ja harkitummin hoivayksikön arjessa. Musiikki saattaa soida tilanteissa, joissa sitä ei varsinaisesti tarvita, mutta sen sijaan sen tietoinen käyttö asukkaan rauhoittamiseksi ja hyvän olon tuottamiseksi kannattaisi. Haastatteluissa kävi ilmi, että hoitajilla on tietämystä hoitajan laulamisen positiivisesta vaikutuksesta hoito- ja vuorovaikutustilanteisiin asukkaiden kanssa. Kokemus huonosta lauluäänestä saattaa kuitenkin estää laulamisen. Useat tutkittavat kertoivat muistisairaiden henkilöiden laulavan, vaikka muuten eivät juuri muistaisi asioita tai puhuisi. Tutkittavat kertoivat musiikin olevan kuin terapiaa ja sen herättävän enemmän tunteita kuin jokin muu virike. Tutkittavat kokivat musiikin hyödyntämisen muistisairaiden hoitotyössä tulevan enemmän tietoisuuteen ja toivoivat sitä hyödynnettävän entistä enemmän.

voi että tää musiikki on niin semmonen voima vahva sellanen apuväline vahva terapia (2)

musiikki on tärkeä ainakin vaikuttaa neurologisesti tosi hyvin ja auttaa muistisairas (9)

Hoitajien koulutustaustalla tai erilaisilla työnkuvilla ei tässä tutkimuksessa vaikuttanut juuri olevan vaikutusta mielipiteisiin vuorovaikutuksesta vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa. Eroa ei ollut myöskään eri kunnan yksiköiden välillä. Tutkittavat vaikuttivat oppineen osaaviksi vuorovaikutuskumppaneiksi lisäkoulutuksen ja työkokemuksen sekä työyhteisön jaetun tiedon myötä.

7.4 Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen mukaan vaikeasti muistisairaajat henkilöt kommunikoiivat sekä sanallisilla että sanattomilla keinoilla. Kommunikointi puheella on vähäistä, eikä puhe välttämättä ole informatiivista. Suurempi merkitys on vaikeasti muistisairaajan henkilön sanattomilla tavoilla olla vuorovaikutuksessa. He ovat vuorovaikutuksessa käyttämällä kosketusta, katsetta ja ilmeitä sekä osoittamalla ja fyysisellä olotilallaan. Suurin osa tutkittavista oli sitä mieltä, että kuvat eivät ole vaikeasti muistisairailta ihmisillä kommunikatiivisessa käytössä. Vaikeasti muistisairaajat henkilöt tekevät vuorovaikutusaloitteita ja ovat täten aktiivisessa roolissa vuorovaikutuksessa.

Tutkittavat käyttivät itse sekä sanallisia että sanattomia vuorovaikutuskeinoja. Tutkittavat kertoivat käyttävänsä selkokielistä puhetta, mutta kokivat sanattoman viestinnän olevan tärkeässä roolissa. Sanattomista vuorovaikutuskeinoista tutkittavat kertoivat käyttävänsä eleitä, ilmeitä, läsnäoloa sekä oman tunnetilan mukauttamista ja ajan antamista. Hoitajat eivät välttämättä ole tietoisia kaikista käyttämistään kommunikointikeinoistaan, etenkin sanattomista.

Tutkittavat toivat esiin useita haasteita vuorovaikutustilanteissa. Näistä yleisin oli hoitotoimenpiteiden vastustaminen. Haasteellista tutkittavien mukaan oli myös tunnistaa, mistä asukkaan levottomuus tai muu poikkeava käytös johtuu; onko taustalla esimerkiksi hoitamaton kipua. Haastatteluissa kävi ilmi, että haasteellisten tilanteiden taustalla on yleensä ”yhteisen kielen” puuttuminen. Tutkittavien mukaan haastavia tilanteita voidaan kuitenkin ennaltaehkäistä tuntemalla asukas ja hänen mieltymyksensä ja henkilöhistoriansa.

Onnistuneisiin vuorovaikutustilanteisiin vaikuttavat useat asiat, joista osa on lähtöisin hoitajista ja osa muistisairaista henkilöistä. Hoitajien positiivinen tunnetila, selkeä itseilmaisu ja yksilöllinen kohtaaminen ovat merkittävässä osassa. Ajan antaminen koettiin myös tärkeäksi, jotta hoitotoimenpiteet voidaan tehdä rauhassa ja pakottamatta. Myös vaikeasti muistisairaahan ihmisen tunnetila vaikuttaa siihen, kuinka vuorovaikutus onnistuu. Tutkittavat kertoivat, että ylipäänsä vuorovaikutus onnistuu silloin, kun on molemminpuolinen ymmärrys. Tutkittavat toivat esiin, että musiikilla on positiivisia vaikutuksia muistisairaahan vuorovaikutukseen, sillä se muun muassa herättää tunteita ja rauhoittaa. Musiikin soidessa tai hoitajan laulaessa vuorovaikutus on parempaa ja hoitotoimenpiteet sujuvat helpommin kuin ilman musiikkia.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten pohdinta

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia vuorovaikutuskeinoja hoitohenkilökunta havaitsee vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän ja millaisia keinoja he itse käyttävät. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien keskinäisen vuorovaikutuksen haasteita ja onnistumisia. Tutkimuksessa haluttiin hoitajien ääni kuuluville. Hoitajat omilla vuorovaikutustaidoillaan muodostavat vuorovaikutusympäristön vaikeasti muistisairaille henkilöille ja täten oli tärkeää selvittää juuri heidän näkemyksiään. Tutkimuksen perusteella vuorovaikutuksen onnistuminen on pitkälti kiinni hoitajien vuorovaikutusosaamisesta eli siitä, kuinka he mukauttavat omaa sanallista ja sanatonta ilmaisuaan sekä tulkitsevat asukkaiden kommunikointia luodakseen yhteistä ymmärrystä.

8.1.1 Vaikeasti muistisairaahan henkilön vuorovaikutuskeinot

Tämän tutkimuksen mukaan vaikeasti muistisairaajat henkilöt kommunikoivat enää vähän puheella ja jos sanoja on, ei niiden merkitys ole välttämättä kirjaimellinen (vrt. Ripich ym., 2000). Totuutta sanojen merkityksistä on kuitenkin vaikea tietää, sillä muistisairaahan henkilön rajalliset keinot ilmaista itseään estävät heitä korjaamasta mahdollisia hoitajien tekemiä vääriä tulkintoja.

Hoitajien mukaan vaikeasti muistisairaat henkilöt saattavat myös toistaa kuulemiaan sanoja tai tavuja. Tätä tulosta tukee myös aiempi kirjallisuus (Burakoff & Haapala, 2013; Förstl & Kurz, 1999). Tutkittavien mukaan osa vaikeasti muistisairaista henkilöistä saattaa vielä vastata kyllä/ei -kysymyksiin (vrt. Bayles & Tomoeda, 2014), mutta vastaaminen ei ole aina luotettavaa. Hoitajien on hyvä olla tietoisia, ettei kysymyksiin vastaaminen ole luotettavaa, jotta he eivät luota pelkkään vaikeasti muistisairaahan henkilön sanalliseen ilmaisuun.

Kielelliset vaikeudet ja eleiden käyttäminen ovat yhteydessä muistisairauden vaikeusasteeseen (Bayles & Tomoeda, 1992, Bschor ym., 2001; Watts & O'Connor, 2017). Sanattomat keinot kuitenkin säilyvät sanoja paremmin (Carson ym., 2015b), mikä kävi ilmi myös tässä tutkimuksessa. Tutkittavat kertoivat vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän useita erilaisia sanattomia vuorovaikutuskeinoja: he koskettavat, katsovat ja käyttävät eleitä sekä viestivät asiastaan ilmeillä, tunnetilalla ja fyysisellä olotilallaan. Tutkittavien havainnot sanattomista keinoista saavat tukea aiemmasta kirjallisuudesta (Burakoff & Haapala, 2013; Simula, 2007).

Hoitajat tulkitsevat vaikeasti muistisairaahan henkilön ilmeistä esimerkiksi tunnetilaa, mutta on havaittu, että hoitajien ja tutkijoiden tulkinnat ilmeistä voivat olla eriävät (Hubbard, Cook, Tester & Downs, 2002). Tutkittavat kertoivat, että vaikeasti muistisairaiden henkilöiden tunnetila kertoo enemmän kuin käytetyt sanat. Tämä havainto on yhteneväinen aiemman kirjallisuuden kanssa, jossa on todettu, että tunteilla on merkittävä rooli vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksessa (Bourgeois & Hickey, 2009; Förstl & Kurz, 1999). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat kokevat vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kommunikoinnin haasteista huolimatta tekevän vuorovaikutusaloitteita ja olevan täten aktiivisia vuorovaikutuskumppaneita (vrt. McCarthy, 2011). Tämä tulos kertoo hoitajien vuorovaikutusosaamisesta, siitä että he tunnistavat pienetkin sanattomat vuorovaikutusaloitteet ja kokevat olevansa vastavuoroisessa kontaktissa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa.

8.1.2 Hoitajien vuorovaikutuskeinot

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat käyttävät työssään sekä sanallisia että sanattomia vuorovaikutuskeinoja. Molemmat keinot kuuluvat hoitotyöhön (Lindholm, 2010). Hoitajat käyttävät puhetta vuorovaikutuskeinonaan, vaikka vaikeasti muistisairas henkilö, jolle puhe on koh-

distettu, ei puhuisikaan itse. Tutkittavat kertoivat käyttävänsä rauhallista puhetta, mikä on tärkeää muistisairaahan henkilön hidastuneen tiedonkäsittelyn vuoksi (Bayles & Tomoeda, 2014; Lindholm, 2010). Tutkittavat kertoivat myös käyttävänsä lyhyitä lauseita ja yksitulkintaisia sanoja, jotka ovat myös aiempien tutkimusten mukaan tärkeitä keinoja yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi (Bayles & Tomoeda, 2014; Carson ym., 2015b; Lindholm, 2010; Rochon ym., 2000; Simula, 2007; Watts & O'Connor, 2017). Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien on tärkeää käyttää käskemisen sijaan lempeää äänensävyä, sillä muistisairailta henkilöillä säilyy kyky tunnistaa puheen tunnepiirteitä (Bayles & Tomoeda, 2014).

Tutkittavat kertoivat sanoittavansa kaiken mitä tekevät. Aiemmin on huomattu, että hoitajat pyrkivät luomaan tilanteesta ymmärrettävän kertomalla sanallisesti mitä tapahtuu, mutta vaikeasti muistisairaat henkilöt ovat usein hämmentyneitä ja tarkkaamattomia, eivätkä aina ymmärrä ohjeita (Götell ym., 2002). Luultavasti puhe on hoitajille niin luontainen tapa kommunikoida, että he käyttävät sitä, vaikka eivät ole varmoja ymmärtääkö vaikeasti muistisairas henkilö enää puhetta. Ehkä taustalla voi olla myös vaikeasti muistisairaahan henkilön puheen ymmärtämisen tason yliarvioiminen.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat käyttävät sanallisen kommunikaation rinnalla sanattomia keinoja (vrt. Simula, 2007). Hoitajat käyttävät useita sanattomia vuorovaikutuskeinoja: katsetta, kosketusta, eleitä, ilmeitä, läsnäoloa, ajan antamista ja kuvia sekä tunnetilaansa (vrt. Burakoff & Haapala, 2013). Tutkittavien näkemykset käyttämisestä sanattomista keinoista vaihtelivat jonkin verran. Aiemmin on havaittu nauhoitettujen vuorovaikutustilanteiden avulla, että hoitajien näkemykset käyttämisestä vuorovaikutuskeinoista vastaavat todellisuutta vain osittain (Small, Gutman, Makela & Hillhouse, 2003). Osa tutkittavista ei ehkä ollut tietoisesti ajatellut kaikkia käyttämiään sanattomia keinoja. Kehonkielen tietoinen hyödyntäminen hoitotyössä on kuitenkin tärkeää (Carson ym., 2015b; Lindholm, 2010).

Hoitajien eniten käyttämä sanaton vuorovaikutuskeino oli kosketus, jota kaikki tutkittavat kertoivat käyttävänsä (vrt. Simula, 2007) ja jonka he kokivat tärkeäksi vuorovaikutuskeinoksi (vrt. Carson ym., 2015b; Hansebo & Kihlgren, 2001). Tutkittavat kertoivat käyttävänsä myös katsetta vuorovaikutuskeinona, joka on tärkeää hoitotyössä (Carson ym., 2015b). Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat oman tunnetilan merkitykselliseksi ollessaan vuorovaikutuksessa vaikeasti muistisairaahan henkilön kanssa. Tunteiden hyödyntäminen hoitotyössä on tärkeää, sillä

muistisairaalla henkilöllä kyky vastaanottaa tunteita säilyy pitkään (Bayles & Tomoeda, 2014; Förstl & Kurz, 1999) ja siten hoitajan myötäeläminen tunnetasolla onkin osa ihmisläheistä hoitotyötä (Burakoff & Haapala, 2013; Förstl & Kurz, 1999; Watts & O'Connor, 2017). Hoitajien tietoisuus tunteiden hyödyistä vuorovaikutukseen vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa saattaa olla seurausta käydyistä lisäkoulutuksista. Tunteiden tietoista käyttämistä hyödyntää myös hoitajat, jotka eivät ole käyneet lisäkoulutusta. Hoitajat siis jakavat uusia oppejaan työyhteisössään, mikä on tärkeää, sillä hoitajien keskinäinen reflektointi voi johtaa parempaan arkeen sekä hoitajilla itsellään että heidän välityksellään muistisairaille henkilöillä (Börjesson, Cedersund & Bengtsson, 2015).

Tämän tutkimuksen mukaan hoitajien työ on kiireistä ja aikaa rauhalliseen kohtaamiseen saattaa olla vähän (vrt. Vehko, Sinervo & Josefsson, 2017). Kiire myös vaikuttaa negatiivisesti vuorovaikutukseen vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa. Kiireen vuoksi hoitotoimenpiteitä joudutaan joskus tekemään pakolla, sillä hoitajilla ei ole aikaa odottaa. Riittävät resurssit ja täten riittävä ajan antaminen hoitotilanteisiin mahdollistavat onnistuneen vuorovaikutuksen (vrt. Josefsson, Sinervo & Vehko, 2018; Lindholm, 2010; Vataja & Koponen, 2015). Hoitajilla on tietoa ja taitoa olla onnistuneessa vuorovaikutuksessa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa ja tehdä hoitotoimenpiteet pakottamatta, eikä kiire estä luomasta hyviä kohtaamisia (vrt. Laine, 2013).

Etenkin kiireessä korostuu hoitajien vuorovaikutustaidot (Bramhall, 2014). Tämän tutkimuksen mukaan hoitajat kohtaavat vaikeasti muistisairaana henkilön kokonaisuutena ja ottavat hoidossa huomioon hänen elämänsä ja mieltymyksensä (vrt. Downs & Collins, 2015; Lindholm, 2015; Muistisairaudet, Käypä hoito -suositus, 2017; Prince ym., 2016). Tutkittavien mukaan henkilöhistorian tunteminen auttaa luomaan hyvää vuorovaikutusta (vrt. Bayles & Tomoeda, 2014; Lindholm, 2010). Asumisen henkilöhistoriaan perehtyminen kertoo hoitajien arvostuksesta hoidettavia ihmisiä kohtaan. He haluavat luoda vuorovaikutusympäristön, jossa muistisairas henkilö kokee olonsa turvalliseksi ja mukavaksi.

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat käyttävät kuvia vuorovaikutuskeinona vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa hyvin vähän (vrt. Simula, 2007). Kuvat saattavat olla apuna toiminnanohjauksessa, mutta varsinaiseen kommunikaatioon niistä ei hoitajien mukaan ole juuri apua. Kuvien käyttöä etenkin vaikeasti muistisairaille henkilöillä on tutkittu vähän. Muistin

apuvälineiden (esineet, kuvat) on todettu parantavan lievästi tai keskiasteisesti muistisairaiden henkilöiden keskustelua (Bourgeois, 1990; 1992; 1993; Bourgeois & Mason, 1996; Fried-Oken ym., 2012). Vaikutus vaikeasti muistisairaiden vuorovaikutukseen on kuitenkin heikompi (Bourgeois, 1993; Bourgeois & Mason, 1996; McPherson ym., 2001). Tutkittavat arvelivat, että kuvista voisi olla enemmän hyötyä, jos niiden käyttö aloitettaisiin jo sairauden aikaisemmassa vaiheessa, sillä vaikeassa vaiheessa niiden käytön aloittamisesta ei ole enää hyötyä. Tämän tutkimuksen mukaan syynä kuvien käyttämättömyyteen voi olla se, että hoitajat eivät usko vaikeasti muistisairaahan henkilön enää oppivan uutta heikentyneen havainnointi- ja keskittymiskyvyn vuoksi (vrt. Fried-Oken ym., 2012). Syynä saattaa olla myös heikko tietämys kuvista vuorovaikutuksen tukena. Haastatteluissa kävi ilmi, että kuvat saatetaan mieltää kommunikointikeinoksi ainoastaan kognitiivisesti normaalille puhumattomalle henkilölle tai kehitysvammaiselle henkilölle.

8.1.3 Vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset

Vuorovaikutuksen haasteista ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä yleisin on tämän tutkimuksen perusteella haastava käyttäytyminen, joka ilmenee hoitotoimenpiteiden vastustamisena. Tilanteissa, joissa asukkaan ja hoitajan välillä on molemminpuolinen ymmärtämättömyys, kutsutaan asukkaan toimintaa usein aggressiivisuudeksi, levottomaksi tai haastavaksi käyttäytymiseksi tai hoitotoimenpiteiden vastustamiseksi. Käytetty termi heijastelee hoitajan tietämystä ja asennetta käyttäytymistapoja kohtaan. Tähän tutkimukseen osallistuneet hoitajat eivät juuri puhuneet muistisairaahan henkilön haastavasta käyttäytymisestä, vaan haasteellisista tilanteista. Tutkittavien mukaan suihkutilanteet ovat hankalimpia. He arvelivat, että asukas ei ymmärrä, mitä hänelle ollaan tekemässä, ja siksi hän saattaa lyödä tai potkia hoitajaa (vrt. Carson, Vanderhorst & Koenig, 2015a).

Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien on haasteellista tunnistaa, mistä asukkaan levottomuus tai aggressiivisuus johtuu. Tutkittavat eivät syyttäneet asukkaita pahantahtoisuudesta, vaan enemmän pohtivat omaa kyvyttömyyttään tunnistaa reaktioiden aiheuttajat. Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat ajattelevat levottomuuden tai haastavan käyttäytymisen taustalla olevan usein muistisairaahan henkilön kannalta mielekäs syy, kuten kipu tai huono olo (vrt. Mönkäre, 2014; Tampereen Kaupunkilähetys, TunteVa® -ideologia; Vataja & Koponen, 2015) ja hoitajat ajattelevat aggressiivisuuden olevan tapa ilmaista itseään (vrt. Dettmore ym., 2009;

Haapala ym., 2013; Mönkäre, 2014). Tutkittavat pyrkivät ymmärtämään vaikeasti muistisairaana henkilön viestien merkityksiä ja taustalla olevia tunteita, mikä on tärkeää (Burakoff & Haapala, 2013; Carson ym., 2015b; Watts & O'Connor, 2017). Tutkittavat arvelivat useimmiten haastavan käyttäytymisen taustalla olevan hoitamaton kipu. Tätä näkemystä tukee myös aiempi kirjallisuus (Carson ym., 2015a).

Haastavia tilanteita voidaan tämän tutkimuksen mukaan kuitenkin ennaltaehkäistä tuntemalla asukas ja hänen mieltymyksensä ja henkilöhistoriansa. Hoitajat käyttävät erilaisia keinoja luodakseen vuorovaikutus- ja hoitotilanteesta miellyttävän esimerkiksi tarjoamalla jotain mieluista syötävää tai laittamalla lämpimän jalkakylvyn suihkun ajaksi. Vastaavanlaisten keinojen on havaittu helpottavan suihkutilanteita myös aiemmassa tutkimuksessa (Carson ym., 2015a). Myös kylpyamme on monelle mieluisa (Carson ym., 2015a). Tässä tutkimuksessa ei käynyt ilmi, onko muistisairailla ihmisillä mahdollisuutta päästä kylpyammeeseen peseytymään, mutta yksi tutkittava kyllä mainitsi vievänsä välillä pesulle saunaan, sillä siellä suihkutilanteet sujuvat mukavammin. Hoitajat kokevat pystyvänsä jossain määrin vaikuttamaan vuorovaikutustilanteiden sujumiseen muokkaamalla omaa tunnetilaansa (vrt. Bourgeois & Hickey, 2009; Carson ym., 2015b) tai suuntaamalla asukkaan huomio johonkin muuhun asiaan (vrt. Koponen & Vataja, 2015).

Tämän tutkimuksen mukaan vuorovaikutustilanteiden onnistumisiin vaikuttavista asioista osa on lähtöisin hoitajista ja osa muistisairaista henkilöistä. Osaan hoitajat tai asukkaat eivät pysty itse vaikuttamaan. Tärkeimpinä keinoina onnistuneeseen vuorovaikutukseen on hoitajien positiivinen tunnetila, selkeä itseilmaisu ja yksilöllinen kohtaaminen. Myös ajan antaminen on tärkeää, jotta hoitotoimenpiteet voidaan tehdä pakottamatta. Ylipäätään vuorovaikutus onnistuu, kun on molemminpuolinen ymmärrys.

Tutkittavien mukaan muistisairaana ihmisen tunteminen mahdollisimman hyvin ja hänen henkilöhistoriansa tietäminen luovat mahdollisuudet onnistuneisiin vuorovaikutustilanteisiin. Monet tutkittavista olivat omahoitajia ja kokivat omahoitajuuden tärkeäksi. Muistisairaana tunteminen ja omahoitajuus on koettu tärkeäksi myös aiemmassa tutkimuksessa (Simula, 2007). Myös muistisairaiden henkilöiden kannalta omahoitajuus on tärkeää, sillä uudet ihmiset saattavat hämmentää vaikeasti muistisairasta henkilöä (Bayles & Tomoeda, 2014). Asukkaan hyvä tuntemukseen ei aina auta, sillä tutkittavat kertoivat, kuinka vuorovaikutus vaihtelee päivän ja

ajankohdan mukaan. Tämä on havaittu aiemmassakin tutkimuksessa (Simula, 2007). Tämän tutkimuksen perusteella tehostetun palveluasumisen yksiköissä kannattaisi suosia omahoitajuutta, jossa tietty työntekijä on päävastuussa tietyistä asukkaista. Täten hoitaja oppii tuntemaan vastuullaan olevat asukkaat paremmin ja takaamaan molempien kannalta onnistuneita vuorovaikutustilanteita mahdollisimman paljon. Hoitajilla on työssään kiire (Vehko ym., 2017), mutta he pyrkivät antamaan riittävästi aikaa esimerkiksi päivittäistoimintojen tekemiseen. Tutkittavat kokivat ajan antamisen johtavan onnistuneisiin vuorovaikutustilanteisiin.

Tutkittavat kertoivat paljon musiikin tuomista hyödyistä vuorovaikutukseen. Heidän mukaansa musiikki aktivoi fyysisesti. Se myös herättää tunteita ja rauhoittaa (vrt. Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011; Götell ym., 2002; Helmes & Wiancko, 2006; Pelkonen, 2015; Sung, Chang & Lee, 2010). Tutkittavien mukaan musiikin avulla vaikeasti muistisairas henkilö saattaa ymmärtää paremmin tilannetta (vrt. Götell ym., 2002). Tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajat tiedostavat musiikin ja laulamisen haastavaa käyttäytymistä vähentävän vaikutuksen (vrt. Götell ym., 2009), mutta oma epävarmuus lauluäänestä estää laulamisen (vrt. Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011). Tutkittavat käyttävät kyllä nauhoitettua musiikkia helpottamaan etenkin suihkutilanteita (vrt. Götell ym., 2002). Musiikin hyödyntäminen tulisi hoitajien mukaan olla harkittua, sillä väärässä tilanteessa taustalla soiva musiikki on ainoastaan hälyä (vrt. Numminen, 2013).

Musiikin käyttö muistisairaustyössä on tärkeää, sillä se edistää asukkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta (Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011; Hammar ym., 2010). Musiikin hyödyntäminen muistisairauksien erikoishoito-osastoilla on kustannustehokas, lisäresursseja vaatimaton lisä hoitotyöhön (Särkämö ym., 2011), joka parantaa elämänlaatua (Hammar ym., 2010; Holopainen & Siltanen, 2015; Sakamoto ym., 2013; Särkämö ym., 2011). Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat ovat tietoisia musiikin hyödyistä muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutukseen, mutta heiltä vaikuttaa puuttuvan vakiintuneet tavat käyttää sitä. Kiire hoivatyössä ei estä musiikin hyödyntämistä, sillä itseasiassa musiikki vähentää hoitajien kokemaa kiireen tuntua (Pelkonen, 2015).

8.2 Menetelmän pohdinta

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Menetelmän avulla on mahdollista saada tutkittavien ääni esille ja keskiöön tulee tutkittavien tulkinat ja asioille antamansa merkitykset (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Tutkittava esitti haastatteluiden aikana lisäkysymyksiä ja pyysi tarkennuksia, mikä on keino syventää tietoa teemahaastattelussa (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Haastattelu tutkimusmenetelmänä osoittautui onnistuneeksi myös siksi, että hoitajat saivat mahdollisuuden kertoa myös sellaisista asioista, joita tutkija ei ollut osannut etukäteen huomioida. Teema *puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi* käsitteenä oli monelle tutkittavalle melko vieras, mutta tutkittavat kertoivat spontaanisti lähes kaikista sanattomista vuorovaikutuskeinoista jo haastattelun alkupuolella ja täten teeman sisältö tuli suurelta osin käsitellyksi jo muiden teemojen alla. Tutkittavat kertoivat myös paljon musiikin hyödyistä vuorovaikutukseen ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä.

Haastattelurunko laadittiin kirjallisuuteen perehtymällä. Koehaastattelu toimi sekä harjoitus-haastatteluna että tiedonantona. Tutkija sai harjoitella haastattelun toteuttamista, ja tutkittava, joka kuului tutkittavien kohderyhmään, antoi palautetta haastattelurungosta. Haastattelurunko osoittautui harjoitteluhaastattelun perusteella toimivaksi eikä tarvetta haastattelurungon muuttamiselle ilmennyt. Haastattelut toteutettiin kolmen viikon aikana, maaliskuussa 2018. Tutkija pyrki haastatteluissa olemaan mahdollisimman neutraali, mutta toki on mahdollista, että tutkijan minimipalaute on tulkittu merkityksellisenä ja se on vaikuttanut tutkittavien kertomiin asioihin. Tutkittavat välillä myös kysyivät tutkijalta vahvistusta omalle näkemykselleen.

Tutkittaviksi tähän tutkimukseen valittiin hoitajat. Hoitajien näkemysten kartoittaminen vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksesta on tärkeää, sillä vaikeasti muistisairailla henkilöt ovat itse usein puhekyvyttömiä ja heidän subjektiivisen näkemyksen saaminen on lähes mahdotonta. Tutkimuksessa haluttiin myös saada kuuluviin hoitajien ääni, sillä he luovat vuorovaikutusympäristön vaikeasti muistisairaille henkilöille. Tutkittavia hoitajia oli kymmenen, jota voidaan pitää pro gradu -tutkielman laajuuteen sopivana määränä. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta tulee huomioida, että haastateltaviksi on voinut valikoitua vain sellaisia tutkittavia, joiden näkemykset muistisairaiden vuorovaikutuksesta ovat painottuneet hyvin myönteiseen tai kielteiseen suuntaan.

Haastattelut litteroitiin mahdollisimman nopeasti haastatteluiden jälkeen. Litteroinnin tapahtuminen mahdollisimman pian haastatteluiden jälkeen parantaa haastatteluiden laatua (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Litteroidessaan tutkija pystyi muistamaan mitä haastatteluissa oli tapahtunut ja miten tutkittava oli esimerkiksi elehtinyt käsillään. Haastatteluiden nauhoitukset olivat äänenlaadultaan hyviä ja mahdollisesti vain yksi sana jäi epäselväksi ja litteroimatta. Aineiston koodaaminen ja analysointi aloitettiin heti litteraattien valmistuttua. Aineiston koodaamisessa käytettiin apuna ATLAS.ti -ohjelmaa, joka helpotti melko suuren aineiston hallintaa. Koodauksen valmistuttua tutkija havaitsi, että niiden sisällöissä oli päällekkäisyyttä, joten koodeja yhdisteltiin. Koodit auttoivat tulosten jäsentämisessä ja toivat ilmi keskeiset asiat aineistosta (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2009).

Tämän tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin lisäämään hankkimalla tutkittavat kahdesta eri kunnasta, tutkittavien erilaisilla koulutustaustoilla sekä analyysivaiheessa yhdistelemällä laadullista ja määrällistä analyysia. Erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdisteleminen parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Tuomi & Sarajärvi, 2009). Analyysin luotettavuutta on pyritty lisäämään käyttämällä tulososiossa suoria lainauksia haastatteluista (ks. Hirsjärvi & Hurme, 2008). Aineistoa pyrittiin tarkastelemaan mahdollisimman objektiivisesti, mutta on mahdollista, että tutkija on tehnyt joitakin vääriä tulkintoja tutkittavien sanomisista. Laskemalla aineistosta, kuinka moni tutkittavista mainitsi saman asian, saatiin esille tutkittavien kertomien asioiden yleisyys (ks. Tuomi & Sarajärvi, 2009). Tämä tapa lisää tutkimuksen luotettavuutta tekemällä näkyväksi sen, mistä tulokset ovat tulleet.

Tutkijan kokemattomuus haastattelijana on voinut vaikuttaa haastatteluiden toteutukseen, ja koko tutkimukseen. Kokemattomuuden vaikutusta tutkimuksen tekemiseen pyrittiin minimoimaan kirjallisuuteen perehtymällä ja keskustelua käymällä haastattelurunkoa laadittaessa, koehaastattelun toteuttamisella, litteraattien uudelleentarkistuksella ja käsittelemällä tuloksia sekä laadullisesti että määrällisesti ja palaten aineistoon useita kertoja tuloksia ja pohdintaa kirjoitettaessa. Haastatteluiden toteuttaminen, litteroiminen, aineiston koodaaminen sekä aineiston analysointi toteutettiin tiiviisti kevään ja kesän 2018 aikana. Tutkimus tehtiin loppuun vuoden 2019 aikana.

Tutkimuksen perusteella ei voida todistaa käyttäkö hoitajat kaikkia niitä keinoja, joita kertoivat käyttävänsä vai pyrkivätkö he kertomaan hyväksyttävämpiä vastauksia. Muistisairasta ihmistä hoitavien läheisten arviot käyttämistään vuorovaikutustavoista vastaavat vain osittain nauhoitettuja tilanteita (Small ym., 2003). Tutkittavat ovat voineet jättää myös jotain kertomatta. Esimerkiksi on mahdollista, että joitain sanattomia keinoja hoitajat käyttävät laajemmin, mutta he eivät ole niistä tietoisia eivätkä täten voineet niistä kertoa.

Tuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia ympärivuorokautisen hoivan yksiköitä Suomessa. Hoitajat pääsevät eri kunnissa ja eri tehostetun palveluasumisen yksiköissä luultavasti vaihtelevasti lisäkoulutuksiin ja kaikkialla ei ole erityisiä muistisairauksien erikoishoitoyksiköitä, joiden on havaittu vuorovaikutusympäristöltään vastaavan paremmin asukkaiden tarpeita (Pohto-Kapiainen, 1997; Swanson & Carnahan, 2007).

8.3 Kliiniset sovellukset ja jatkotutkimusehdotukset

Mediassa on viime aikoina ollut paljon puhetta vanhusten hoidon tilasta. Vuonna 2019 nimetty hallitus on kaavailemassa hoitajamitoitusta vanhusten hoitoon. Hoitajamitoituksellakaan ei välttämättä taata onnistunutta vuorovaikutusta ympärivuorokautisen hoivan yksikössä vaikeasti muistisairaille henkilöille. Tämän tutkimuksen mukaan vaikeasti muistisairailla henkilöt tarvitsevat osaavan, tutun hoitajan ja riittävästi aikaa, jotta he voivat suoriutua päivittäisistä toiminnoistaan ilman pakottamista ja negatiivista vuorovaikutusilmapiiriä.

Läkkäiden palvelutarpeen kasvaessa merkittävästi tulisi huolehtia hoivajärjestelmän vastaavuudesta tarpeisiin. Muistisairaalla henkilön hoiva vaatii erityisosaamista ja täten on tärkeää panostaa erillisiin muistisairauksien erikoishoito-osastoihin, joiden henkilökunnalla on erityisosaamista vuorovaikutuksesta muistisairaiden henkilöiden kanssa (vrt. Cooper ym., 2012; Holopainen & Siltanen, 2015; Pohto-Kapiainen, 1997; Swanson & Carnahan, 2007; Zientz ym., 2007).

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajilla on tietoa ja taitoa kohdata vaikeasti muistisairas henkilö ihmisläheisesti ylläpitäen näin hyvää vuorovaikutusta heidän välillään. Kiire vaikuttaa kuitenkin olevan tekijä, jonka vuoksi he eivät pysty aina tekemään työtään siten kuin haluaisivat. Resurssien määrään hoitajat eivät voi itse kuitenkaan vaikuttaa. Hoitajat kokevat pystyvänsä

kiireestäkin huolimatta kohtaamaan asukkaat yksilöllisesti ja luomaan lyhyitä, hyviä vuorovaikutushetkiä. Hoidon laadun ja muistisairaahan henkilön elämänlaadun kannalta olennaista on henkilökunnan koulutus ja osaaminen (Cooper ym., 2012; Holopainen & Siltanen, 2015; Pohto-Kapiainen, 1997; Swanson & Carnahan, 2007; Zientz ym., 2007). Etenkin kommunikoinnin strategioihin kouluttaminen muun muassa ylläpitää muistisairaiden henkilöiden kielellisiä taitoja ja luo parempaa vuorovaikutusta hoitajien ja muistisairaiden henkilöiden välille (Zientz ym., 2007). Niissä kahdessa pitkäaikaishoidon yksiköissä, joissa tämä tutkimus toteutettiin, laajan vuorovaikutukseen keskittyvän koulutuksen käyneet hoitajat tuovat oppejansa myös muiden työyhteisön jäsenten tiedoksi. Tällä tavoin uudet ja toimivat tavat olla vuorovaikutuksessa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa leviävät useampien hoitajien tietoisuuteen. Tutkittavien keskuudessa tieto oli selkeästi levinnyt työyhteisössä, sillä useat tutkittavat puhuivat samoista vuorovaikutuskeinoista, esimerkiksi hoitajan tunnetilan merkityksestä.

Muistisairauden etenevän piirteen vuoksi muistisairaille henkilöille kohdistetut suorat interventiot eivät välttämättä ole tehokkaimpia eivätkä varmasti kustannustehokkaimpiakaan keinoja muistisairaiden henkilöiden elämänlaadun ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Epäsuorat kommunikointikumppaniin kohdistuvat menetelmät sen sijaan vaikuttavat positiivisesti vaikeasti muistisairaiden henkilöiden elämänlaatuun (esim. Cooper ym., 2012; Swan ym., 2018; Zientz ym., 2007). Koska kommunikoinnin onnistuminen on osaavamman osapuolen vastuulla, olisi tärkeää panostaa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden parissa työskentelevien hoitajien vuorovaikutustaitoihin, sillä on todettu, että vuorovaikutukseen paneutuva kouluttautuminen muun muassa parantaa hoitajien työssäjaksamista ja vähentää muistisairaiden haastavaa käyttäytymistä (Caris-Verhallen ym., 2000; Eloniemi-Sulkava & Savikko, 2011; Holopainen & Siltanen, 2015; Topo ym., 2007; Zientz ym., 2007).

Tämän tutkimuksen perusteella hoitajat vaikuttavat olevan melko tietoisia vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutustavoista, mutta eivät ole kovin tietoisia omista vuorovaikutustavoistaan. Osa tutkittavista oli käynyt tai kävi parhaillaan TunteVa® -lisäkoulutusta. On suotavaa, että siihen ja muihin vuorovaikutustaitoja kehittäviin koulutuksiin kannustetaan hoitajia, jotta työyhteisön tavat toimia olisivat entistä ihmisläheisempiä. Tutkittavat myös kokivat lisäkouluttautumisen tärkeänä. Ammatillisessa koulutuksessa saatetaan saada tietoa vuorovaikutuksen perusasioista, mutta puheterapeuttien koulutusta lukuun ottamatta tieto jää melko hata-

raksi ja soveltaminen käytännön tilanteisiin voi olla vaikeaa (Launonen, 2007). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella puheterapeutin asiantuntemusta vuorovaikutuksesta voitaisi hyödyntää tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Puheterapeutit vuorovaikutuksen asiantuntijoina voisivat hyvin toimia koulutus- ja asiantuntijatehtävissä muistisairaiden vuorovaikutukseen liittyen.

Tämän ja aiempien tutkimusten perusteella musiikki parantaa elämänlaatua ja on helposti hoivatyöhön integroitava keino. Musiikin käyttöä hoivatyössä voitaisiin käsitellä jo hoiva-alan ammatillisissa peruskoulutuksissa, eikä vasta erikoistumis- tai lisäkoulutuksissa. Täten kaikilla hoivatyötä tekevillä olisi tieto ja taito ottaa musiikki osaksi ihmisläheistä hoivatyötä.

Tietoa hyvistä vuorovaikutuskeinoista vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa olemiseen on jo olemassa, mutta tarvitaan lisää tietoa, kuinka nämä keinot ovat todellisuudessa käytössä ympärivuorokautisen hoivan yksiköissä (vrt. Small ym., 2003). Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia havainnoimalla, kuinka vuorovaikutukseen paneutuvan koulutuksen käyneiden hoitajien ja koulutusta käymättömien hoitajien vuorovaikutus vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa toteutuu. Musiikin monista positiivisista vaikutuksista muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutukseen tiedetään jo (mm. Särkämö ym., 2011; Vasionyte & Madison, 2013). Voitaisiin kuitenkin tarkemmin tutkia sitä, kuinka hoitajan laulaminen vaikuttaa vuorovaikutukseen vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa.

8.4 Johtopäätökset

Tässä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien näkemyksiä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutustavoista ja hoitajien omista tavoista olla vuorovaikutuksessa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa. Lisäksi selvitettiin vuorovaikutuksessa tapahtuvia haasteita ja onnistumisia tehostetun palveluasumisen yksiköissä.

Tutkimuksen perusteella vuorovaikutus vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien välillä perustuu suurelta osin sanattomaan kommunikointiin, jossa molemminpuoliset tunnetilat vaikuttavat vuorovaikutukseen. Kiire ja hoitajien riittämättömyys vaikuttavat olevan merkittävänä tekijänä haastavissa vuorovaikutustilanteissa. Haastavia tilanteita voidaan ennaltaehkäistä

ihmisläheisellä työllä, jossa jokainen vaikeasti muistisairas henkilö kohdataan yksilönä. Vuorovaikutuksen onnistuminen on pitkälti kiinni hoitajien vuorovaikutusosaamisesta, siitä kuinka he mukauttavat omaa sanallista ja sanatonta ilmaisuaan luodakseen yhteistä ymmärrystä. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että vaikeasti muistisairaiden henkilöiden parissa työskentelevien hoitajien vuorovaikutuskouluttaminen on tärkeää.

LÄHTEET

- Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.
- Alzheimer's Association (2015). 2015 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 11(3), 332–384.
- Bayles, K. & Tomoeda, C. (2013). *MCI and Alzheimer's dementia: Clinical essentials for assessment and treatment of cognitive-communication disorders*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Bayles, K. & Tomoeda, C. (2014). *Cognitive-communication disorders of dementia: Definition, diagnosis, and treatment* (2. painos). San Diego, CA: Plural Publishing.
- Bayles, K., Tomoeda, C. & Trosset, M (1992). Relation of linguistic communication abilities of Alzheimer's patients to stage of the disease. *Brain and Language*, 42(4), 454–472.
- Beerens, H. C., Zwakhalen, S. M., Verbeek, H., Ruwaard, D. & Hamers, J. P. (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(9), 1259–1270.
- Beerens, H. C., Sutcliffe, C., Renom-Guiteras, A., Soto, M. E., Suhonen, R., Zabalegui, A., ... & Hamers, J. P. H. (2014). Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(1), 54–61.
- Blomgren, J. & Einiö, E. (2015). Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin vuosina 2000–2013. *Yhteiskuntapolitiikka*, 80, 334–348.
- Bourgeois, M. S. (1990). Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23(1), 29–42.

- Bourgeois, M. S. (1992). Evaluating memory wallets in conversations with persons with dementia. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 35(6), 1344–1357.
- Bourgeois, M. S. (1993). Effects of memory aids on the dyadic conversations of individuals with dementia. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 26(1), 77–87.
- Bourgeois, M. S., & Mason, L. A. (1996). Memory wallet intervention in an adult day-care setting. *Behavioral Interventions*, 11(1), 3–18.
- Bourgeois, M. S. & Hickey, E. M. (2009). *Dementia: From diagnosis to management – A functional approach*. New York: Psychology Press.
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), 53–59. doi:10.7748/ns.29.14.53.e9355
- Bschor, T., Kühl, K. P. & Reischies, F. M. (2001). Spontaneous speech of patients with dementia of the Alzheimer type and mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*, 13(3), 289–298. doi:10.1017/S1041610201007682
- Burakoff, K. & Haapala, P. (2013). *Kohdaten. Opas vuorovaikutukseen muistisairaana ihmisen kanssa*. Tietotekniikka- ja kommunikaatiokeskus. Helsinki: Kirjapaino Keili Oy.
- Börjesson, U., Cedersund, E. & Bengtsson, S. (2015). Reflection in action: implications for care work. *Reflective Practice*, 16(2), 285–295, doi:10.1080/14623943.2015.1023275
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., Bensing, J. M. & Grypdonck, M. H. (2000). Effects of video interaction analysis training on nurse–patient communication in the care of the elderly. *Patient Education and Counseling*, 39(1), 91–103. doi:10.1016/S0738-3991(99)00094-4
- Carson, V., Vanderhorst, K. & Koenig, H. (2015a). “If I knew my loved one was in pain...”. Teoksessa V. Carson, K. Vanderhorst & H. Koenig (toim.), *Care giving for Alzheimer’s disease. A compassionate guide for clinicians and loved ones* (s. 21–32). New York: Springer.

- Carson, V., Vanderhorst, K. & Koenig, H. (2015b). Alzheimer's: Strips Individuals of All Skills. Teoksessa V. Carson, K. Vanderhorst & H. Koenig (toim.), *Care giving for Alzheimer's disease. A compassionate guide for clinicians and loved ones* (s. 33–42). New York: Springer.
- Cooper, C., Mukadam, N., Katona, C., Lyketsos, C. G., Ames, D., Rabins, P., ... & Brodaty, H. (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, *24*(6), 856–870. doi:10.1017/S1041610211002614
- Croisile, B. (1999). Agraphia in Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *10*(3), 226–230. doi:10.1159/000017124
- Dettmore, D. Kolanowski, A. & Boustani, M. (2009). Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing*. *30*(1), 8–17. doi:10.1016/j.gerinurse.2008.03.001
- Digby, R. & Bloomer, M. J. (2014). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers. *International Journal of Older People Nursing*, *9*(1), 34–43. doi:10.1111/opn.12014
- Downs, M. & Collins, L. (2015). Person-centred communication in dementia care. *Nursing Standard*, *30*(11), 37–41. doi:10.7748/ns.30.11.37.s45
- Ellis, M. & Astell, A. (2004). The urge to communicate in severe dementia. *Brain and Language*, *91*(1), 51–52. doi:10.1016/j.bandl.2004.06.028
- Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. (2011). *MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen*. MielenMuutos -tutkimus- ja kehittämishanke, tutkimusraportti, 3. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.

- Emery, V. O. B. (2000). Language impairment in dementia of the Alzheimer type: a hierarchical decline? *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(2), 145–164. doi:10.2190/X09P-N7AU-UCHA-VW08
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (2015). Muistisairaudet: käsitteitä ja termejä. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (s. 18–22). Helsinki: Duodecim.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2003). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen* (6. painos). Tampere: Vastapaino.
- Feigin, V. L., Nichols, E., Alam, T., Bannick, M. S., Beghi, E., Blake, N., ... & Vos, T. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459–480.
- Fried-Oken, M., Rowland, C., Daniels, D., Dixon, M., Fuller, B., Mills, C.,... & Oken, B. (2012). AAC to support conversation in persons with moderate Alzheimer's disease. *Augmentative and Alternative Communication*, 28(4), 219–231. doi: 10.3109/07434618.2012.732610
- Förstl, H., & Kurz, A. (1999). Clinical features of Alzheimer's disease. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(6), 288–290.
- Giebel, C. M., Sutcliffe, C., Stolt, M., Karlsson, S., Renom-Guiteras, A., Soto, M., ... & Challis, D. (2014). Deterioration of basic activities of daily living and their impact on quality of life across different cognitive stages of dementia: a European study. *International Psychogeriatrics*, 26(8), 1283–1293. doi: 10.1017/S1041610214000775
- Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. Teoksessa D. Riddle (toim.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms* (s. 3–20). Florida: Taylor & Francis Group.

- Götell, E., Brown, S. & Ekman, S. L. (2002). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 24(2), 195–216. doi: 10.1177/019394590202400208
- Götell, E., Brown, S. & Ekman, S. L. (2009). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care. *International journal of nursing studies*, 46(4), 422–430. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.11.001
- Haak, N. J. (2002). Maintaining connections: Understanding communication from the perspective of persons with dementia. *Alzheimer's Care Today*, 3(2), 116–131.
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. (2013). Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. *Gerontologia*, 3, 314–321.
- Hamilton, H. (1994). *Conversations with an Alzheimer's patient*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hammar, L. M., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. (2011). Communicating through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(1), 160–168. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00806.x
- Hansebo, G. & Kihlgren, M. (2001). Carers' reflections about their video-recorded interactions with patients suffering from severe dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 10(6), 737–747.
- Helmes, E. & Wiancko, D. C. (2006). Effects of music in reducing disruptive behavior in a general hospital. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12(1), 37–44. doi:10.1177/1078390306291514
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2009). *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Holopainen, A. & Siltanen, H. (2015). *Katsaus muistisairaiden ihmisten elämänlaatuun liittyvistä tekijöistä*. Muistiliiton julkaisusarja, 1, 2015. Helsinki: Muistiliitto.

- Hubbard, G., Cook, A., Tester, S. & Downs, M. (2002). Beyond words: Older people with dementia using and interpreting nonverbal behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16(2), 155–167. doi:10.1016/S0890-4065(02)00041-5
- Josefsson K., Sinervo T. & Vehko T. (2018). Mikä selittää hoitajiin kohdistuvaa väkivaltaa vanhustenhuollossa? Tutkimuksesta tiiviisti 9, huhtikuu 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (haettu 18.4.2019). Saatavilla internetistä: <http://www.julkari.fi/handle/10024/136184>
- Juva, K. & Eloniemi-Sulkava, U. (2015). Muistisairaahan hyvä ympärivuorokautinen hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Karvinen, I. (2013). Ytimessä ihmisen eksistenssi: vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen ja työntekijän välillä. Teoksessa J. Helminen, E. Laine, R. Sirén & M. Zotow (toim.), *Muisti muuttuu - arki muuttuu: puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä* (s. 20–28). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kemper, S., Thompson, M. & Marquis, J. (2001). Longitudinal change in language production: effects of aging and dementia on grammatical complexity and propositional content. *Psychology and aging*, 16(4), 600–614. doi:10.1037/0882-7974.16.4.600
- Kirkwood, T. B. (2008). A systematic look at an old problem. *Nature*, 451(7179), 644–647. doi:10.1038/451644a
- Kohonen, J. (2014). Muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto: Käyttäytymistieteellinen tiedekunta.
- Koponen, H. & Vataja, R. (2015). Muistisairauksien käytösoireiden hoito. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.

- LaBar, K. S., Mesulam, M. M., Gitelman, D. R. & Weintraub, S. (2000). Emotional curiosity: modulation of visuospatial attention by arousal is preserved in aging and early-stage Alzheimer's disease. *Neuropsychologia*, 38(13), 1734–1740. doi:10.1016/S0028-3932(00)00077-4
- Laine, E. (2013). Miten löytää muistisairaana maailmaan? Teoksessa J. Helminen, E. Laine, R. Sirén & M. Zotow (toim.), *Muisti muuttuu–arki muuttuu. Puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä* (s. 77–81). Helsinki: Diakoniammattikorkeakoulu.
- Launonen, K. (2007). Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Leskelä, L. & Lindholm, C. (2011). Näkökulmia kielellisesti epäsymmetriseen vuorovaikutukseen. Teoksessa L. Leskelä & C. Lindholm (toim.), *Haavoittuva keskustelu. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia kielellisesti epäsymmetrisestä vuorovaikutuksesta. Kehitysvammaliiton tutkimuksia 6* (s. 12–31). Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Lindholm, C. (2010). *När orden fattas oss: om demens, språk och kommunikation*. Stockholm: Liber.
- Lindholm, C. (2015). Parallel realities: the interactional management of confabulation in dementia care encounters. *Research on Language and Social Interaction*, 48(2), 176–199. doi:10.1080/08351813.2015.1025502
- Lobo, A., Launer, L. J., Fratiglioni, L., Andersen, K., Di Carlo, A., Breteler, M. M. B., ... & Hofman, A. (2000). Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: a collaborative study of population-based cohorts. *Neurology*, 54 (liite 5), S4–S9.
- Martikainen, J. & Viramo, P. (2015). Muistisairaudet ja terveystalous. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos) (s. 44–55). Helsinki: Duodecim.

- McCarthy, B. (2011). *Hearing the person with dementia: Person-centred approaches to communication for families and caregivers*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack Jr, C. R., Kawas, C. H., ... & Mohs, R. C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(3), 263–269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005
- McPherson, A., Furniss, F. G., Sdogati, C., Cesaroni, F., Tartaglino, B. & Lindesay, J. (2001). Effects of individualized memory aids on the conversation of persons with severe dementia: a pilot study. *Aging & Mental Health*, 5(3), 289–294.
- Melkas, S., Jokinen, H. & Erkinjuntti T. (2015). Aivoverenkiertosairauden muistisairaus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soinen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis, M. & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3(2), 121–130.
- 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, 2017 (haettu 29.3.2019). Saatavilla internetistä: www.kaypahoito.fi
- Mulcair, G., Pietranton, A. A. & Williams, C. (2018). The international communication project: raising global awareness of communication as a human right. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 20(1), 34–38.

- Mäkisalo, M. (2015). Yhteyden luominen muistisairaaseen ihmiseen TunteVa –vuorovaikutusmenetelmän avulla. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu: Sosiaali- ja terveystieteiden ala.
- Mönkäre, R. (2014). Muistisairaahan kohtaaminen ja ohjaaminen. Teoksessa M. Hallikainen, R. Mönkäre, T. Nukari & M. Forder (toim.), *Muistisairaahan kuntouttava hoito* (s. 85–96). Helsinki: Duodecim.
- Neal, M., & Wright, P. B. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane database of systematic reviews*, 3. doi:10.1002/14651858.CD001394.
- Nikali, M. & Soinio, T. (2010). Hoitajien kokemuksia TunteVa –menetelmästä Vanhustyön keskus Himminkodossa. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu: hoitotyön koulutusohjelma.
- Norbergh, K., Asplund, K., Rasmussen, B., Nordahl, G. & Sandman, P. (2001). How patients with dementia spend their time in a psychogeriatric unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(3), 215–221.
- Numminen, A. (2013). Musiikki siltana muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen. Teoksessa J. Helminen, E. Laine, R. Sirén & M. Zotow (toim.), *Muisti muuttuu - arki muuttuu: puheenvuoroja muistisairaiden henkilöiden hyvinvoinnista ja turvallisesta ympäristöstä* (s. 71–76). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Obler, L. & Pekkala, S. (2008). Language and communication in aging. Teoksessa B. Stemmer & H. Whitaker (toim.), *Handbook of the neuroscience of language* (s. 351–358). Amsterdam: Elsevier.
- Papunet (2018a). Eleilmaisuus ja olemuskieli viestinnässä (haettu 19.4.2019). Saatavilla internetistä: <http://papunet.net/tietoa/eleilmaisuus-ja-olemuskieli-viestinnassa>
- Papunet (2018b). Hoivalluksia – tukea muistisairaahan kohtaamiseen (haettu 22.3.2019). Saatavilla internetistä: <http://papunet.net/materiaalia/hoivalluksia>

- Pekkala, S. (2010). Dementiaan liittyvät puheen, kielen ja kommunikaation muutokset. Teoksessa P. Korpilahti, O. Aaltonen & M. Laine (toim.), *Kieli ja aivot* (s. 293–299). Turun yliopisto.
- Pekkala, S. (2011). Normaaliin ikääntymiseen liittyvät kielelliset muutokset ja niiden syyt. *Gerontologia* 25(1), 35–43.
- Pelkonen, J. (2015). Kvasikokeellinen interventiotutkimus mielimusiikin käytöstä muistisairausten käytösoireiden hoidossa. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto: Musiikkikasvatuksen koulutus.
- Pitkälä, K. & Laakkonen, M-L. (2015). Muistisairaahan kuntoutus. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos) (s. 495–505). Helsinki: Duodecim.
- Pohto-Kapiainen P. (1997). Tutkimus dementiapotilaan hoidon toteutumisesta perinteisellä vanhainkodin sekaosastolla ja dementian erikoishoitoyksikössä. *Gerontologia*, 11(3), 192–210.
- Prince, M., Comas-Herrera, A., Knapp, M., Guerchet, M. & Karagiannidou, M. (2016). *World Alzheimer Report 2016: improving healthcare for people living with dementia: coverage, quality and costs now and in the future*. London, UK: Alzheimer's disease International.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali G-C., Wu, Y-T. & Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. London, UK: Alzheimer's Disease International.
- Puheterapeuttiliitto. *Puheterapiapalvelut* (haettu 14.6.2019). Saatavilla internetistä: <https://puheterapeuttiliitto.fi/puheterapia/puheterapiapalvelut/>
- Raina, P., Santaguida, P., Ismaila, A., Patterson, C., Cowan, D., Levine, M., ... & Oremus, M. (2008). Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia:

- evidence review for a clinical practice guideline. *Annals of Internal Medicine*, 148(5), 379–397.
- Rinne, J. (2015). Lewyn kappale -tauti. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Ripich, D. N., Fritsch, T., Ziol, E. & Durand, E. (2000). Compensatory strategies in picture description across severity levels in Alzheimer's disease: A longitudinal study. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 15(4), 217–228.
- Rochon, E., Waters, G. S. & Caplan, D. (2000). The relationship between measures of working memory and sentence comprehension in patients with Alzheimer's disease. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(2), 395–413.
- Sakamoto, M., Ando, H. & Tsutou, A. (2013). Comparing the effects of different individualized music interventions for elderly individuals with severe dementia. *International Psychogeriatrics*, 25, 775–784.
- Simula, M. (2007). Dementoituvien ihmisten ja hoitajien välinen kommunikaatio dementiaryhmäkodissa. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto: Puhetieteiden laitos.
- Small, J. A., Gutman, G., Makela, S. & Hillhouse, B. (2003). Effectiveness of communication strategies used by caregivers of persons with Alzheimer's disease during activities of daily living. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 46(2), 353–367.
- Smalbrugge, M., Zwijsen, S. A., Koopmans, R. C. & Gerritsen, D. L. (2017). Challenging behavior in nursing home residents with dementia. Teoksessa S. Schüssler & C. Lohrmann (toim.), *Dementia in nursing homes* (s. 55–66). Cham, Switzerland: Springer.
- Snyder, L. (2006). Personhood and interpersonal communication in dementia. Teoksessa J. C. Hughes, S. J. Louw & S. R. Sabat (toim.), *Dementia: mind, meaning, and the person* (s. 259–276). NY: Oxford University Press.

- Soininen, H. & Hänninen, T. (2015a). Muistioireiden taudinmääritys. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Soininen, H. & Hänninen, T. (2015b). Muistisairauksien erotusdiagnostisia kysymyksiä. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017). *Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019*. STMn julkaisuja 2017:6. Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Davies, S., Butterworth, M. & Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 248–254.
- Sung, H. C., Chang, A. M. & Lee, W. L. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7–8), 1056–1064. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x
- Suomen virallinen tilasto (SVT). *Väestöennuste 2015*. Helsinki: Tilastokeskus (haettu 9.1.2018). Saatavilla internetistä: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): *Kuolemansyyt 2016*. Helsinki: Tilastokeskus (haettu 21.2.2019). Saatavilla internetistä: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_001_fi.html
- Swan, K., Hopper, M., Wenke, R., Jackson, C., Till, T. & Conway, E. (2018). Speech-language pathologist interventions for communication in moderate-severe dementia: a systematic

- review. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(2), 836–852.
doi:10.1044/2017_AJSLP-17-0043
- Swanson, K. A. & Carnahan, R. M. (2007). Dementia and comorbidities: an overview of diagnosis and management. *Journal of Pharmacy Practice*, 20(4), 296–317.
doi:10.1177/0897190007308594
- Särkämö, T., Laitinen, S., Numminen, A., Tervaniemi, M., Kurki, M. & Rantanen, P. (2011). *Muistaakseni laulan: musiikin käyttö muistisairaiden mielialan, elämänlaadun ja kognitiivisen toimintakyvyn tukemisessa*. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.
- Söderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternstedt, B. M. & Hansebo, G. (2016). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses—qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(1), 37–47.
- Tampereen Kaupunkilähetys. TunteVa® -ideologia (haettu 21.2.2019). Saatavilla internetistä: <https://tamperecitymission.fi/kaupunkilahetys/yhdistystoiminta/tunteva-ideologia/>
- Tanila, H. & Hänninen, T. (2015). Muistitoimintojen neurobiologinen tausta. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet* (2. painos) (s. 61–76). Helsinki: Duodecim.
- Terveyskylä. Palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen (haettu 30.8.2019). Saatavilla internetissä: <https://www.terveyskyla.fi/ikatalo/ik%C3%A4%C3%A4ntyneelle/koti-ja-asuminen/palveluasuminen-ja-tehostettu-palveluasuminen>
- Topo P, Sormunen S, Saarikalle K, Räikkönen O & Eloniemi-Sulkava, U. (2007). Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. *Tutkimuksia 162*. Stakes, Helsinki.
- Tuomainen, S. & Hänninen, T. (2000). Kognitiivinen ikääntyminen. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 116(12), 1293–1298.

- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.
- Vasionyté, I., & Madison, G. (2013). Musical intervention for patients with dementia: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9-10), 1203–1216.
- Vataja, R. & Koponen, H. (2015). Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. (2. painos). Helsinki: Duodecim. Saatavilla internetistä: www.oppiportti.fi.
- Vehko, T., Sinervo, T. & Josefsson, K. (2017). Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11, kesäkuu 2017. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (haettu 18.4.2019). Saatavilla internetistä: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134678/URN_ISBN_978-952-302-876-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Viramo P. & Sulkava, R. (2015). Muistisairauksien epidemiologia. Teoksessa T. Erkinjuntti, A. Remes, J. Rinne, & H. Soininen (toim.), *Muistisairaudet*. (2. painos) (s. 35–43). Helsinki: Duodecim.
- Watts, P. & O'Connor, S. (2017). Communication in dementia. Teoksessa S. Schüssler & C. Lohrmann (toim.), *Dementia in nursing homes* (s. 105–121). Cham, Switzerland: Springer.
- Whalley, L. J. & Breitner, J. C. (2009). *Fast Facts: Dementia*. Abingdon: Health Press.
- World Health Organization (2012). *Dementia: A public health priority* (haettu 15.1.2018). Saatavilla internetistä: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/helsinki-ebooks/detail.action?docID=1218685>
- World Health Organization (2015). World report on ageing and health. World Health Organization (haettu 30.5.2019). Saatavilla internetissä: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=6C33DC850C464E8E4E39B8CFB3393B06?sequence=1

World Health Organization (2016). *ICD-10* (haettu 15.1.2018). Saatavilla internetistä:

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F00>

Yhdistyneet kansakunnat (1948). Universal Declaration of Human Rights (haettu 22.2.2018).

Saatavilla internetistä: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=fin>

Ylinen, A. & Sirviö, J. (1997). Muistin biologinen perusta. *Duodecim*, *113(18)*, 1729–1738.

Zientz, J., Rackley, A., Chapman, S. B., Hopper, T., Mahendra, N., Kim, E. S. & Cleary, S.

(2007). Evidence-based practice recommendations for dementia: Educating caregivers on Alzheimer's disease and training communication strategies. *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews*. UK: Centre for Reviews and Dissemination.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

Taustakysymykset:

- Ikä
- Koulutus
- Lisäkoulutus
- Työkokemus muistisairaiden parissa
- Jos olet osallistunut lisäkoulutukseen (jossa on käsitelty muistisairaiden vuorovaikutusta), onko niistä ollut hyötyä? Millaista hyötyä? Koetko tarvetta lisäkoulutukselle vuorovaikutuksesta / kommunikoinnista?

Vuorovaikutus ja kommunikointi

- Mitä tarkoittavat vuorovaikutus ja kommunikointi?
- Millaista on vaikeasti muistisairaana henkilön vuorovaikutus ja kommunikointi? Jos puhetta on, millaista se on?
- Tekeekö vaikeasti muistisairas henkilö vuorovaikutusaloitteita? Jos tekee, niin millaisia?

Vuorovaikutuksen haasteet ja onnistumiset

- Mikä on suurin haaste vaikeasti muistisairaana henkilön kanssa kommunikoidessa?
- Millaisissa tilanteissa vuorovaikutuksessa on ongelmia vaikeasti muistisairaana ihmisen kanssa? Miten sinä ja muistisairas henkilö reagoitte?
- Oletko havainnut muistisairaana henkilön käyttäytyvän haastavasti vuorovaikutustilanteissa? Mistä haastava käytös mielestäsi voisi johtua? Millaista haastava käytös on?
- Millaisissa tilanteissa vuorovaikutus muistisairaana henkilön kanssa sujuu hyvin? Mitkä asiat siihen vaikuttavat?

Puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi

- Mitä puhetta tukeva ja korvaava kommunikointi tarkoittaa? Mitä kaikkea siihen sisältyy?
- Mitä sanattomia keinoja vaikeasti muistisairaana ihmiset käyttävät?
- Mitä sanattomia keinoja itse käytät?
- Millaisissa tilanteissa havaitset muistisairaana henkilön käyttävän puhetta korvaavia keinoja?
- Voisiko puhetta tukevia ja korvaavia kommunikointikeinoja hyödyntää muistisairaiden henkilöiden kanssa toimiessa? Miten?

Liite 2.

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Hyvä tutkimukseen osallistuja,

Pyydän teitä osallistumaan haastattelututkimukseen, jonka pohjalta tehdään pro gradu –tutkielma Helsingin yliopiston logopedian oppiaineeseen.

Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa kohdallanne yhteen haastatteluun osallistumista työajallanne. Haastattelun kesto on noin 30–60 minuuttia.

Tutkimukseen osallistumalla olette mukana tuomassa tärkeää tietoa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksesta. Muistisairauksien määrän kasvaessa hoitohenkilökunnan tärkeä rooli muistisairaiden ihmisten elämässä korostuu entisestään.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää osallistumisenne missä vaiheessa tahansa ilman, että siitä aiheutuu teille mitään seuraamuksia. Tutkimuksen tekijät sitoutuvat pitämään tutkimuksen järjestelyt, aineiston käsittelyn ja analysoinnin sekä tulosten raportoinnin luottamuksellisena ja tuhoamaan aineiston tutkielman valmistuttua viimeistään joulukuussa 2018. Tutkittavalla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksen tekijältä ja hänen ohjaajaltaan missä vaiheessa tahansa.

Olen saanut sekä kirjallista että suullista tietoa tästä tutkimuksesta. Haastattelussa antamani tietoja saa käyttää ja hyödyntää sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä haastateltavaa ei voi tunnistaa. Tiedän, että voin keskeyttää tutkimukseen osallistumisen koska tahansa syytä ilmoittamatta.

Haluan osallistua tutkimukseen.

Päiväys

Tutkittavan allekirjoitus

Päiväys

Tutkijan allekirjoitus

Tutkijoiden yhteystiedot

Vastuullinen tutkija:

Seija Pekkala
dosentti, yliopistonlehtori
Psykologian ja logopedian osasto
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
p. 02xxx
seija.pekkala@helsinki.fi

Muut tutkijat (tutkielman tekijä):

Päivi Saari
humanistitieteiden kandidaatti
Psykologian ja logopedian osasto
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
p. 044xxx
paivi.saari@helsinki.fi

Liite 3.

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

Tässä logopedian pro gradu –tutkielmassa selvitetään hoitohenkilökunnan näkemyksiä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksesta. Tutkimuksessa tarkastellaan, millaisia vuorovaikutuksen muotoja hoitohenkilökunta havaitsee vaikeasti muistisairaiden henkilöiden käyttävän sekä millaisia keinoja he itse käyttävät. Tutkimuksessa selvitetään myös puhetta tukevien ja korvaavien kommunikointimuotojen käyttöä vaikeasti muistisairaiden henkilöiden kanssa toimiessa.

Tutkimukseen osallistuminen tarkoittaa kohdallanne yhteen haastatteluun osallistumista. Haastattelun arvioitu kesto on noin 30–60 minuuttia. Haastattelu nauhoitetaan ääninauhurilla ja nauhoite litteroidaan eli kirjoitetaan tekstimuotoon haastattelun jälkeen. Nauhoitteet ja litteraatit tuhotaan tutkimusraportin valmistuttua joulukuussa 2018. Tutkimuksen järjestelyt, aineiston käsittely ja tulosten raportointi tapahtuvat luottamuksellisesti siten, että teitä koskevat henkilökohtaiset tiedot (ikä, koulutus ja työkokemus muistisairaiden henkilöiden parissa) tulevat ainoastaan tutkimuksen tekijän ja hänen ohjaajansa käyttöön. Tulokset julkaistaan opinnäytetyössä ja siitä mahdollisesti laadituissa tutkimusraporteissa siten, ettei yksittäistä tutkittavaa voi tunnistaa.

Tutkimukseen osallistumalla olette mukana tuomassa tärkeää tietoa vaikeasti muistisairaiden henkilöiden vuorovaikutuksesta. Muistisairauksien määrän kasvaessa hoitohenkilökunnan tärkeä rooli muistisairaiden ihmisten elämässä korostuu entisestään.

Osallistuminen tutkimukseen on täysin vapaaehtoista. Teillä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää osallistumisenne missä vaiheessa tahansa ilman, että siitä aiheutuu teille mitään seuraamuksia. Tutkittavalla on oikeus saada lisätietoa tutkimuksen tekijältä ja hänen ohjaajaltaan missä vaiheessa tahansa.

Tutkijoiden yhteystiedot

Vastuullinen tutkija:

Seija Pekkala
dosentti, yliopistonlehtori
Psykologian ja logopedian osasto
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
p. 02xxx
seija.pekkala@helsinki.fi

Muut tutkijat (tutkielman tekijä):

Päivi Saari
humanististientieteiden kandidaatti
Psykologian ja logopedian osasto
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
p. 044xxx
paivi.saari@helsinki.fi