

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitaja (AMK)

2018

Anna-Kaisa Mettälä, Mia Mäkelä, Anette Peltö-Klemelä, Johanna Sandström

# MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

– pikaopas sairaanhoitajille

Anna-Kaisa Mettälä, Mia Mäkelä, Anette Pelto-Klemelä, Johanna Sandström

## MUISTISAIRAAN KOHTAAMINEN

- pikaopas sairaanhoitajille

Sairaanhoitajat kohtaavat työssään yhä enenevässä määrin potilaita, joilla perussairautena on jokin muistia heikentävä sairaus. Yleisimpinä näistä ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn kappale -tauti ja otsa-ohimolohkorappeuma. Hoitoon saapuvan muistisairautta sairastavan potilaan kohtaamiseen liittyvät erityishuomioitavat seikat eivät aina ole itsestään selviä toimintatapoja sairaanhoitajalle. Potilaan haastava käyttäytyminen voi johtaa turhiin rajoittamistoimenpiteisiin, kuten liikkumisen rajoittamiseen tai lääkitsemiseen.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä helposti käsillä oleva opas muistisairautta sairastavan potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyön tavoite oli helpottaa sairaanhoitajien työtä, kun he kohtaavat työssään muistisairautta sairastavan potilaan. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Turun Ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen kanssa.

Opinnäytetyön toiminnallisena osuutena valmistui A4-kokoinen pikaopas, jonka voi kiinnittää ilmoitustaululle kaikkien luettavaksi. Pikaoppaan sisällössä keskityttiin erityisesti vuorovaikutukseen liittyviin asioihin, koska niiden avulla voidaan parhaiten vähentää potilaan hämmennystä ja käyttäytymisen häiriöitä.

Pikaopas tehtiin Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen käyttöön. Pikaopas julkaistaan yhdistyksen Internet-sivuilla, josta se on tulostettavissa sairaaloihin ja muihinkin kohteisiin, joissa pikaoppaasta nähdään olevan hyötyä. Opas sisältää yleishyödyllisiä ohjeita, joita voi soveltaa helposti kaikkien muistisairauksien kognition ja toiminnanohjauksen ongelmiin.

### ASIASANAT:

Muistisairaus, Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeuma, vuorovaikutustaidot

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing

2018 | 48 pages, 1 pages in appendices

Anna-Kaisa Mettälä, Mia Mäkelä, Anette Pelto-Klemelä, Johanna Sandström

## MEETING A PATIENT WITH A MEMORY IMPAIRMENT

- The Quick Guide for Nurses

Nurses are facing the increasing number of patients with a history of memory impairment. The most common of these are Alzheimer's disease, vascular memory disorders, Lewy's body disease, and frontotemporal dementia. Special considerations regarding the encounter of a patient with a history of memory impairment are not always self-evident practices for a nurse. The patient's challenging behavior can lead to unnecessary restriction measures such as limiting movement or medication.

The purpose of this thesis was to make an easy handbook for meeting a patient with memory disease. The main goal of the thesis was to ease the work of nurses when they meet a patient with memory disease. The thesis was carried out in co-operation with the Turku University of Applied Science and the Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry.

As an operational part of the thesis, an A4-sized quick guide was completed. It can be attached to the notice board for everyone to read. The contents of the Quick Guide were focused on interaction-related issues, as they best help to reduce the confusion and disruption of the patient.

The Quick Guide was made available to Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry. The Quick Guide will be published on the association's website, from where it can be printed to hospitals and other places where this Quick Guide is seen to be useful. The Quick Guide contains generally useful guidelines that can easily be applied to the problems of cognition and resource management of all kind of memory disorders.

### KEYWORDS:

Memory impairment, Alzheimer's disease, vascular memory disorders, Lewy's body disease, frontotemporal dementia, interaction skills

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 MUISTISAIRAUDET</b>	<b>8</b>
2.1 Alzheimerin tauti	8
2.2 Verisuoniperäinen muistisairaus	10
2.2.1 Aivojen pienten suonten tauti	10
2.2.2 Aivojen suurten suonten tauti	10
2.2.3 Aivoinfarktin aiheuttama muistihäiriö	11
2.3 Lewyn kappale -tauti	11
2.4 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus	12
2.4.1 Otsalohkodementia	12
2.4.2 Primaariset etenevät afasiat	13
2.5 Muistisairauksien hoito	14
2.5.1 Diagnosointi ja kliininen tutkimus	14
2.5.2 Lääkehoito	16
2.5.3 Lääkkeetön hoito	16
2.5.4 Hoitotahto	19
<b>3 MUISTISAIRAAN POTILAAN TUOMAT HAASTEET HOITOTYÖSSÄ</b>	<b>21</b>
3.1 Psykologiset oireet	21
3.2 Käyttäytymisen oireet	23
3.3 Minätietoisuus ja metatieto	24
3.4 Toiminnanohjaus, tarkkaavaisuus, kritiikki ja arviointikyky	25
3.5 Apraksiat	25
3.6 Agnosia	25
3.7 Kielen häiriöt	26
3.8 Sairauden tunnenerkitys	26
3.9 Aistitoimintojen vaikutukset vuorovaikutustaitoihin	27
<b>4 MUISTISAIRAAN HOIDOLLINEN VUOROVAIKUTUS</b>	<b>28</b>
4.1 Hoitava vuorovaikutus	28
4.2 Muistot ja nykypäivä	29
4.3 Vuorovaikutuksen sanattomat viestit	30
4.4 Kielen merkitys ja muistisairauden aiheuttamia muutoksia	32

4.5 Tukemisen kielelliset keinot	32
4.6 Keinot tukea viestintää	33
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE</b>	<b>36</b>
<b>6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>37</b>
6.1 Tiedonhaku	37
6.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä	37
6.3 Toteutus	37
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>41</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>43</b>
8.1 Tuotoksen arviointi	43
8.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi	43
8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet	43

## **LÄHTEET**

VIRHE. KIRJANMERKKIÄ EI OLE MÄÄRITETTY.

## **LIITTEET**

Liite 1. Pikaopas

## **KUVIOT**

Kuvio 1. Alzheimerin taudin tyypillinen kulku ja taudin eri vaiheet. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)	9
Kuvio 2. Alzheimerin taudin diagnosointi (Muistisairaudet: Käypä Hoito -suositukset, 2018).	15
Kuvio 3. Hoitotilanteiden viestinnän ja vuorovaikutuksen elementit (Laaksonen ym. 2016, 26).	29

## **TAULUKOT**

Taulukko 1. Vuorovaikutustilanteen helpottaminen (Laaksonen ym. 2016, 59.)	34
--	----

# 1 JOHDANTO

Suomessa oli huhtikuussa vuonna 2015 kuusikymmentä vuotta täyttäneitä 1 450 855 ja 70 vuotta täyttäneitä oli 708 793 (Finne-Soveri ym. 2015, 12). Noin 200 000 henkilöllä tiedonkäsittely on heikentynyt. Lievästi dementoituneita oli vuonna 2013 noin 100 000 ja 93 000 henkilöä oli vähintään keskivaikeasti dementoitunut. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.) Nämä lukumäärät tulevat huomattavasti kasvamaan suurten ikäluokkien ikääntyessä. Iäkkäiden henkilöiden toiminnanvajauksen ja palvelujen tarpeen syy on yleisimmin juuri muistisairaus. Muistisairaudet ovat myös suurin syy kotoa palvelutaloon tai vanhainkotiin muuttamiseen elämän viimeisinä vuosina. (Finne-Soveri ym. 2015, 12.)

Väestön ikääntyessä sairaanhoitaja kohtaa työssään muistisairaita koko ajan enemmän. Käytännön työssä ei ole juurikaan aikaa tai mahdollisuutta perehtyä potilaan muistisairauden tuomaan haasteeseen. Helposti unohtuu muistisairaahan potilaan erityistarpeet, kun keskitytään ajankohtaisen sairauden tai asian hoitamiseen. Sairaanhoitaja tarvitsee työssään nopeasti saatavilla olevaa ja helposti sisäistettävää tietoa, ohjeita ja neuvoja, joita voi heti soveltaa käytännön tilanteissa. (Koski 2013, 20 – 29.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä helposti käsillä oleva opas muistisairautta sairastavan potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyön tavoite oli helpottaa sairaanhoitajien työtä, kun he kohtaavat työssään muistisairautta sairastavan potilaan. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Turun Ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen kanssa.

Muistiliitto ry toimii potilas-, edunvalvonta- sekä kansanterveysjärjestönä muistisairaille ja heidän läheisilleen. Liitto tekee tärkeää työtä muistisairaiden hyvinvoinnin ja hyvän elämänlaadun ylläpitämiseksi. Muistiliitolta löytyy myös vertaistukea muistisairaahan läheisille, erilaisten vertaisryhmien, vertaislinjapuhelimen ja keskustelupalstan muodossa. (Muistiliitto 2018/a.) Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen toiminnan tarkoitus on toimialueellaan työskennellä dementiaa aiheuttavien sairauksien ja vaikeiden muistihäiriöiden haittavaikutusten vähentämiseksi, valvoa näistä oireista kärsivien yhteiskunnallisia, sosiaalisia ja yleisiä taloudellisia etuja ja toimia muistisairaiden omaisten tukena. (Varsinais-Suomen Muistiyhdistys 2018.)

Varsinais-Suomen Muistiyhdistys tarjoaa maksutonta muistineuvontaa ja jäsenille säännöllisiä jäsentapaamisia, omaisten vertaisryhmiä sekä ensitietokursseja omaisille ja sairastuneille. Vuodesta 1990 Turkulaisten muistisairaiden henkilöiden kuntoutumista tukevana päivätoimintapaikkana on toiminut Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen Muistikuntoutus Tammikoti. Tammikodin toiminnan rahoittaa pääosin Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimi. (Varsinais-Suomen Muistiyhdistys 2018.)

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus käsittää ilmoitustaululle kiinnitettävän pikaoppaan. Oppaassa annetaan neuvoja ja ohjeita, miten muistisairautta sairastavan henkilön kanssa kannattaa toimia. Ohjeet painottuvat vuorovaikutuksen tukemiseen. Pikaopasta voidaan hyödyntää paikoissa, joissa hoitaja kohtaa muistisairaita. Opasta voidaan käyttää myös uusien työntekijöiden perehdyttämiseen esimerkiksi kotihoidossa. Pikaoppaan käyttöä voitaisiin jatkossa laajentaa luomalla mobiiliversio, joka olisi nopeasti ladattavissa kännyköihin, joita jo nyt laajasti sairaanhoitajat käyttävät kirjaamisessa.

## 2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairaus kehittyy yleensä jonkin aivoissa olevan, etenevän sairauden myötä. Dementoiva sairaus aiheuttaa häiriöitä aivojen toimintaan esimerkiksi muistiin, ajan ja paikan hahmottamiseen, ymmärtämiseen, kykyyn oppia, kieleen sekä harkintakykyyn. Kognitiiviset häiriöt ovat muistisairauksissa yleisiä ja usein niitä edeltää tunnekontrollin, sosiaalisen käyttäytymisen ja motivaation heikkeneminen. Muistin alentumaa esiintyy monissa sairauksissa, jotka primaaristi tai sekundaaristi vaikuttavat aivoihin. (WHO 2012, 7.)

Muistisairauksia aiheuttavista sairauksista Alzheimerin tauti on kaikkein yleisin. Jopa 60-70 % muistisairauksista johtuu Alzheimerin taudista. Muita dementoivia sairauksia ovat aivoverenkierron häiriöt, Lewyn kappale -tauti, kahden edellä mainitun sekamuoto sekä otsa- ja ohimolohkoon paikallistuva frontotemporaalinen rappeuma. Muistihäiriö vaikuttaa jokaiseen yksilöllisesti riippuen sairastumisen asteesta ja yksilön aiemmasta persoonallisuudesta. (WHO 2012, 7.)

### 2.1 Alzheimerin tauti

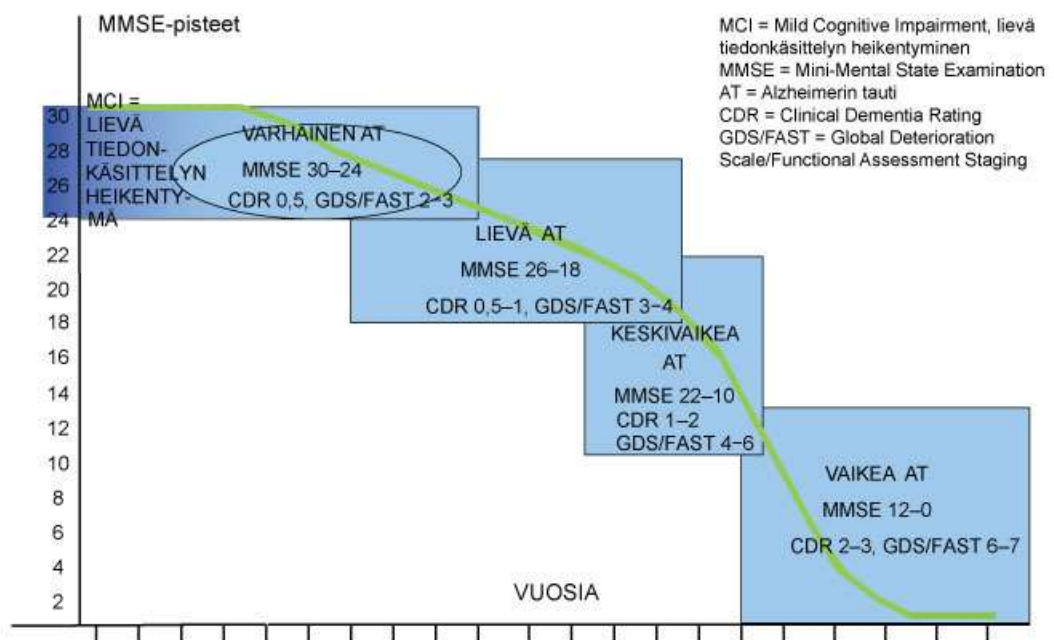
Alzheimerin tauti etenee hitaasti ja tasaisesti. Sairauden alkuaireita ovat muistin ja tiedonkäsittelyn heikkeneminen. Alkuvaiheessa muita neurologisia oireita ja löydöksiä havaitaan vain harvoin. Tauti diagnosoidaan tyypillisen oirekuvan ja tautia tukevien kliinisten muutosten perusteella. Episodinen muisti eli tapahtumamuisti heikkenee, uusien asioiden muistiin painaminen ja erityisesti niiden mieleen palauttaminen vaikeutuvat. Muistin heikentymistä voidaan testata esimerkiksi CERAD-tehtäväsarjalla tai neuropsykologisilla testeillä. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

Useimmissa tapauksissa Alzheimerin tauti alkaa muistioireilla, mutta joissakin taudin muodoissa hahmottaminen, kielelliset toiminnot ja toiminnanohjaus heikkenevät ennen kuin varsinaisia muistioireita havaitaan. Alzheimerin taudin edetessä muisti ja tiedonkäsittely heikkenevät ja myös omatoimisuus huonontuu. Käyttöoireita esiintyy vaihtelevasti taudin eri vaiheissa. Vähitellen käyttöoireet lisääntyvät ja vaikeutuvat. Tyypilliseen taudin kulkuun tulevat poikkeamat viittaavat yleensä muihin liitännäissairauksiin tai ympäristötekijöihin, jotka pitää tunnistaa ja hoitaa. Esimerkiksi aivoverenkierron sai-



raus tai aiovamma voi vaikuttaa taudin etenemisprosessiin. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

Aivoissa tapahtuu muutoksia myös normaalissa ikääntymisessä. Alzheimerin tautia diagnosoitaessa tämä tulee huomioida. Kuvantamistutkimuksessa näkyvät aivojen muutokset pitää suhteuttaa potilaan kliiniseen tilaan ennen diagnoosin varmistamista. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.) Diagnostisiin kriteereihin kuuluu varhainen ja merkittävä episodisen muistin häiriö, joka etenee vähintään kuuden kuukauden aikana. Episodisen muistin häiriöistä tulee olla selvää näyttöä. Tämän lisäksi magneettitutkimuksessa todetaan sisemmän ohimolohkon surkastumista, likvorin merkkiainepitoisuuksien poikkeamia, PET-tutkimuksessa voidaan todeta Alzheimerin tautiin sopivia löydöksiä tai vallitsevasti periytyvä Alzheimerin taudin geenivirhe. Alzheimerin taudin poissulkukriteereitä ovat äkillinen alku, varhainen kävelyvaikeus, epileptiset kohtaukset, persoonallisuuden muuttuminen, paikallinen neurologinen löydös, varhainen ekstrapyramidaalioireisto tai jokin muu sairaus, joka selittää muistioireet. Ekstrapyramidaalioireita ovat hidaslakkeisuus, lihasjäykkyys ja erilaiset pakkoliikkeet. (Remes ym. 2009, 2216.)



Kuvio 1. Alzheimerin taudin tyypillinen kulku ja taudin eri vaiheet. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

## 2.2 Verisuoniperäinen muistisairaus

Aivoverenkiertosairauden aiheuttama muistisairaus voi aiheuttaa ongelmia tiedonkäsittelyn yhdellä tai useammalla osa-alueella, mutta myös laajoja, eteneviä, vaikeaan muistisairauteen johtavat tilat. Tähän ryhmään kuuluvat myös ne Alzheimerin tautia sairastavat potilaat, joilla on kliinisesti merkittävä aivoverenkiertosairaus. Verisuoniperäisen muistisairauden alatyyppejä ovat pienten suonten tauti, suurten suonten tauti ja aivoinfarktit, jotka ovat tapahtuneet tiedonkäsittelyn kannalta kriittisellä alueella. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

### 2.2.1 Aivojen pienten suonten tauti

Suomessa aivojen pienten suonten tautia sairastaa noin 250 000 henkilöä. Aivojen pienten suonten taudissa tyypillinen varhaisoire on toiminnanohjauksen heikkeneminen ja tiedonkäsittelyn hidastuminen, mutta ei niinkään muistin liittyvät ongelmat. Potilaalla esiintyy masennusta, persoonallisuuden muutoksia sekä psykomotorista hidastumista, jolloin potilaan toiminta on hidastunut, kasvot ovat ilmeettömät ja koko olemus on jähmeä ja pysähtynyt. Muita varhaisia oireita ovat kävelyn ja tasapainon heikentyminen, virtsaamisen tihentyminen ja pidätyskyvyttömyys, lievä puheen motorikan muutos, lievä nielemisvaikeus sekä ekstrapyramidaalioireet kuten hidasliikkeisyys ja lihasjäykkyyks. Taudin alkua on vaihteleva ja oireet etenevät useimmilla potilailla vaihkeaisesti ilman äkillisiä pahenemisvaiheita. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

### 2.2.2 Aivojen suurten suonten tauti

Aivojen suurten suonten taudissa todetaan usein toiminnanohjauksen ja muistin oireita, kielellisiä ja näönvaraisen hahmottamisen oireita sekä huomiotta jäämisiä. Potilaalla voi esiintyä näkökenttäpuutoksia, suupielen roikkumista, toispuoli-halvausta tai kävelyn muutoksia. Oireet alkavat nopeasti, jopa tuntien tai muutaman päivän aikana ja ne pahenevat portaittain. Oireet myös vaihtelevat. Potilaalla voi kuitenkin olla jopa vuoden mittaisia tasaisia vaiheita. Kuvantamisessa potilaalla todetaan suurten suonten taudelle tai sydänperäisille embolioille tyypillisiä infarkteja ja mahdollisesti myös aivoverenvuotoja. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

### 2.2.3 Aivoinfarktin aiheuttama muistihäiriö

Väestön ikääntymisen myötä aivoinfarktin jälkeisen muistin heikkenemisen määrä näyttäisi olevan lisääntymässä. Primaarien aivoinfarktien määrä riippuu kuitenkin siitä, miten paljon pystytään ennalta vaikuttamaan aivoinfarktien riskeihin väestössä. Vuonna 2000 aivoinfarktien määrä oli noin 10 500. Vuoteen 2030 mennessä lukumäärä voi kaksinkertaistua, jos ennaltaehkäisevässä toiminnassa ei onnistuta. (Melkas 2011, 10.)

Aivoinfarktin jälkeen muistin ja muun tiedonkäsittelyn heikkeneminen on yleistä. Laajempi tiedonkäsittelyn heikentyminen esiintyy 25 %:lla aivohalvauspotilaista. Oireettomiin aivoinfarkteihin liittyy suurentunut muistin alenemisen riski. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.) Tutkimusten mukaan aivoinfarktin aiheuttaman muistin alenemisen riski on korkeimmillaan 6-12 kuukautta infarktin jälkeen, ja riski on kaksinkertainen jopa 12 kuukauden jälkeen verrattuna muuhun väestöön. (Melkas 2011, 17.)

### 2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti, ja sen oireina ovat tarkkaavuuden, vireyden ja tiedonkäsittelytoimintojen vaihtelu, toistuvat yksityiskohtaiset näköharhat sekä ekstrapyramidaalioireet, kuten hidastuminen, jäähmeys ja kävelyvaikeudet. Lewyn kappale -tautiin viittaavat myös REM-unen aikaiset käytösoireet ja herkkyys psykoosilääkkeille. Potilas saattaa muuttua sekavaksi ja kävelykyvyttömäksi jo pienestä annoksesta psykoosilääkettä. Taudin alkuvaiheessa muistioireet eivät ole tyypillisiä, joten tapahtumamuistin heikentyminen ja Lewyn kappale -taudin oireet viittaavat samanaikaiseen Alzheimerin tautiin. Parkinsonin tauti on Lewyn kappale -patologiaan liittyvä tauti, jossa solunsisäisiä Lewyn kappaleita löydetään liikkeiden säätelyyn osallistuvissa musta- ja tyvitumakkeissa ja vaihtelevassa määrin myös aivokuoressa. Parkinsonin taudin diagnostiikassa ja hoidossa on huomioitava myös potilaan mahdollinen depressio tai Alzheimerin tauti. Nämä voivat aiheuttaa potilaalle tiedonkäsittelyn ongelmia, joita ovat tarkkaavuuden, toiminnanohjauksen, avaruudellisen hahmottamisen sekä muistitoimintojen heikentyminen ja hidastuminen. Parkinsonin tautiin liittyvään muistisairauteen kuuluvat myös käytösoireet. Potilaan aloitekyky heikkenee, persoonallisuus muuttuu, ilmenee näköharhoja ja harhaluuloisuutta sekä liiallista päiväaikaista väsymystä. Parkinsonin tautia sairastavalla henkilöllä esiintyvä merkittävä, etenevä episodisen muistin

heikkeneminen viittaa samanaikaiseen Alzheimerin tautiin. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

## 2.4 Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus

Otsa-ohimolohkorappeumassa aivojen kudosta tuhoutuu erityisesti otsalohkojen ja ohimolohkojen etuosien kuorikerroksissa. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.) Otsa-ohimolohkorappeuman oireet alkavat myöhäisessä työiässä. Noin 20 % työikäisten etenevistä muistisairauksista on otsa-ohimolohkorappeumia. Pohjoissuomalaisessa väestössä tehdyssä tutkimuksessa havaittiin 45-70 vuotiailla henkilöillä otsa-ohimolohkorappeumien määrän olevan 26,8 100 000 henkilöä kohden. Otsa-ohimolohkorappeumien esiintyvyys näyttäisi olevan Suomessa suurempi kuin muualla maailmassa. Oirekuvaan ja taudinmäärittelyyn liittyen vuonna 2011 löydettiin kromosomi yhdeksään liittyvä mutaatio, joka periytyy vallitsevasti. Mutaation esiintyvyys suomalaisilla potilailta on suurempi kuin muualla, ja siitä johtuu noin puolet suomalaisista tautitapauksista. (Remes ym. 2018.)

Otsa-ohimolohkorappeumat jaetaan kahteen alatyyppiin: otsalohkodementiaan ja primaariseen etenevään afasiaan. Primaarinen etenevä afasia jaetaan vielä etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen dementiaan ja logopeniseen afasiaan. (Remes ym. 2018.)

### 2.4.1 Otsalohkodementia

Otsa-ohimolohkorappeumista noin 80 % on otsalohkodementiaa (Remes ym. 2018). Otsalohkodementia on yleisempi miehillä ja se alkaa yleensä noin 45-65 vuoden iässä (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018). Otsalohkodementian oireet alkavat hitaasti. Ensimmäiset oireet ovat useimmiten käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutoksia. Henkilö muuttuu estottomaksi, tahdittomaksi, arvostelukyvättömäksi ja hänellä voi olla myös apaattisuutta tai sisäänpäinkääntyneisyyttä. Toisaalta käytös voi olla myös levotonta ja vauhdikasta. Toiminnan suunnitelmallisuus, keskittymiskyky ja tarkkaavaisuus vaikeutuvat, vaikka muisti ja avaruudellinen hahmottaminen ovat suhteellisen hyvin säilyneet. Sosiaaliset taidot heikkenevät jo taudin varhaisvaiheessa. Sympatia- ja empatiakyky heikkenee. Potilas alkaa käyttäytyä stereotyyppisesti, toistavasti tai pakonomaisesti ja hänen päättely- ja ongelmanratkaisukyky heikkenee. Puheen tuot-

taminen vaikeutuu. Primitiiviheijasteet palautuvat. (Muistisairaudet: Käypä Hoito – suositukset 2018; Remes ym. 2018.)

Taudin tunnistamisen muistisairaudeksi ja erottaminen psykiatrisista sairauksista on vaikeaa, koska huomattavalla osalla potilaista taudin alkuoireistoon kuuluvat mieliala- ja psykoosioireet. Muistisairauksiin kuuluvat muistivaikeudet ovat vielä alkuvaiheessa vähäiset. Jotta vääriltä diagnooseilta vältyttäisiin, kannattaa tutkimukset uusina noin puolen vuoden kuluttua uudelleen. Ennen otsalohkodementian diagnosointia jopa 60 % suomalaisista potilaista oli diagnosoitu psykiatrisia sairauksia sairastaviksi. Suurimmalla osalla diagnoosina oli psykoosi ja osalla oli diagnoosina mielialahäiriö. (Remes ym. 2018.)

#### 2.4.2 Primaariset etenevät afasiat

Primaarisiin eteneviin afasioihin kuuluvat: etenevä sujumaton afasia, semanttinen dementia ja logopeninen etenevä afasia. Logopenistä afasiaa lukuun ottamatta primaariset etenevät afasiat alkavat usein 50-70 vuoden iässä, joista 70 % alle 65-vuotiaana. Sairauden keskeisiä piirteitä ovat hiipivä alkua ja hidas eteneminen sekä kielelliset vaikeudet. Muistiongelmien sekä persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset eivät ole primaarisille eteneville afasioille tyypillisiä oireita. (Muistisairaudet: Käypä Hoito – suositukset 2018.)

Etenevä sujumaton afasia vaikeuttaa puheen tuottamista ja potilaalle tulee sekä kielellisiä että ääntämisen virheitä. Potilas käyttää lyhyitä yksinkertaisia lauseita ja kielellisesti monimutkaisten lauseiden ymmärtäminen vaikeutuu. Potilas kuitenkin ymmärtää yksinkertaisia lauseita ja tunnistaa kasvoja sekä esineitä. Luku- ja kirjoitusvirheet ovat mahdollisia. Sairauden alkuvaiheessa muut tiedonkäsittelyn osa-alueet säilyvät. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

Semanttisessa dementiassa potilaan puhe on sujuvaa, mutta sisältö ei vastaa tarkoitusta. Asioiden ja esineiden nimeäminen ja puheen ymmärtäminen vaikeutuvat. Lukeminen ja sanelusta kirjoittaminen säilyvät, mutta potilas ei ymmärrä tekstin sisältöä ja kielellisten ilmausten merkitys häviää. Kasvojen ja esineiden tunnistaminen ja näönvarainen hahmottaminen vaikeutuvat. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

Logopenistä etenevää afasiaa sairastavilla potilailla spontaani puhe, nimeäminen ja lauseiden toistaminen vaikeutuvat. Kuitenkin yksittäisten sanojen ymmärtäminen sekä

kasvojen ja esineiden tunnistamiskyky säilyvät. Kielioppivirheitä ei myöskään esiinny. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2018.)

## 2.5 Muistisairauksien hoito

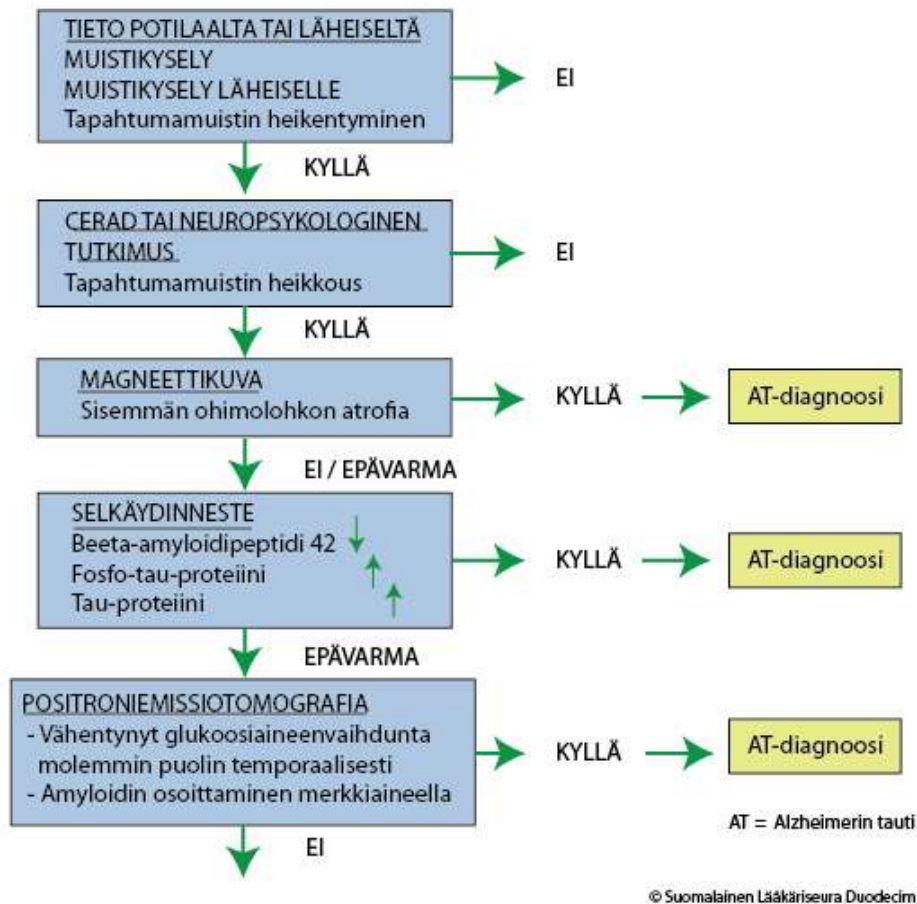
Muistipotilaiden määrä kasvaa koko ajan. Potilaiden määrä ja heidän hoidon tarve luo merkittävän kansanterveydellisen ja –taloudellisen haasteen. Hoidon lähtökohtana tulisi olla potilaan tarpeet ja tavoitteena potilaan elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2017.)

Muistisairaudet tulisi diagnosoida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Taudinmäärityksen jälkeen annettava ensitieto pitäisi kertoa potilaalle ja hänen läheisilleen yleiskielisesti, niin että potilaan tilanne tulisi paremmin ymmärretyksi. Muistisairauteen ja mahdollisiin käytöshäiriöihin aloitetaan sopiva lääkitys, hoidetaan potilaan muut mahdolliset sairaudet, aloitetaan ehkäisevät toimet ja kirjoitetaan potilaalle tarvittavat lausunnot esimerkiksi lääkkeiden korvattavuus, etuisuudet, ajoterveys ja edunvalvonta. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2017.)

Potilas saa osallistua omaan hoitoonsa ja hoitopaikkaansa koskevaan päätöksentekoon kognitiivisen toimintakykynsä mukaan. Sairauden loppuvaiheen hoito toteutuu yleensä pitkäaikaishoidossa. Omaishoito kotona on ennen pitkäaikaishoitoon pääsyä saattanut kestää useita vuosia. (Muistisairaudet: Käypä Hoito –suositukset 2017.)

### 2.5.1 Diagnosointi ja kliininen tutkimus

Kun henkilö on tunnistettu mahdolliseksi muistipotilaaksi, käynnistyy hoitoketju. Potilas voi itse tuoda esille huolen heikentyneestä muistista ja tiedon käsittelystä, omainen huomattessaan läheisensä muuttuneen tai sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilainen, jos huomataan potilaassa outoa käyttäytymistä tai potilas on muuttunut aiemmasta. Lääkärin tekemä kliininen tutkimus ja haastattelu ovat tärkeä osa määritettäessä muistipotilaan taudin kuvaa (Kuvio 2.). Tutkimuksiin ja haastatteluun on varattava riittävästi aikaa, koska muistioireisen potilaan tutkiminen on haastavaa. (Hallikainen & Rosenvall 2015.)



Kuvio 2. Alzheimerin taudin diagnosointi (Muistisairaudet: Käypä Hoito -suositukset, 2018).

Tutkimusten yhteydessä selvitetään muistin ja tiedonkäsittelyn tilaa, toimintakykyä sekä käytöstä ja mielialaa ja näissä tapahtuneita mahdollisia muutoksia sekä muutosten laatua. Potilaan ja omaisen kuvaamia tiedonkäsittelyssä ilmeneviä oireita tai muistioireita ei saa väheksyä, vaan niiden syy on aina pyrittävä selvittämään. Luotettavien esitietojen sekä huolellisen tutkimuksen perusteella voidaan muodostaa suhteellisen luotettava diagnoosi ja suunnitella potilaalle asianmukaiset hoitotoimenpiteet ja jatkotutkimukset. Tutkimukset tehdään useimmiten vastaanotolla. Tutkimuksia tehdään osastolla, kun on esimerkiksi selviteltävä yksin asuvan potilaan toimintakykyä, käytösoireita, havainnoitava psykiatrisia oireita tai jos on tehtävä laaja sosiaalilääketieteellinen selvitys. (Hallikainen & Rosenvall 2015.)

### 2.5.2 Lääkehoito

Muistisairaahan lääkehoidon on oltava turvallista, tarkoituksenmukaista, taloudellista ja vaikuttavaa. Jokaisella vastaanottokäynnillä on arvioitava ja seurattava lääkehoitoa. Lääkehoidon tavoitteena on omatoimisuuden ja kognitiivisten taitojen ylläpitäminen, säilyttäminen, kohentuminen sekä tilan vakiinnuttaminen. Lääkehoidolla pyritään turvaamaan muistisairaahan ja hänen läheisten mahdollisimman hyvä elämänlaatu. (Hallikainen ym. 2017, 132 - 133.)

Sairauden edetessä optimaalisen lääkehoidon toteuttaminen ja määrittäminen ovat haasteellista. Muistisairaahan ja siihen suunnitellun lääkehoidon lisäksi elämän aikana tulee myös muita sairauksia ja lääkkeitä. Useamman, samaa häiritsevää vaikutusta aiheuttavien lääkkeiden yhteiskäyttöä on vältettävä. Lääkehoidon perustana on ajantasainen lääkehoitosuunnitelma, johon kirjattu lääkehoidon seuranta, arviointi sekä toteutus. Suunnitelmaa on aina arvioitava, jos tulee lääkemutoksia tai henkilön voimissa tapahtuu muutoksia. Arviointi on tehtävä kuitenkin vähintään vuosittain. Jos suunniteltu lääkehoito ei toimi, niin siitä vastuussa olevan henkilön on huolehdittava muutoksien tiedottamisesta ja suunnitelman muuttamisesta. Lääkäri tekee aina päätökset lääkehoidon aloittamisesta, lopettamisesta ja muutoksista. (Hallikainen ym. 2017, 132 - 133.)

Yhteistyösuhde muistisairaahan kanssa on oltava luottamuksellinen, jotta lääkehoito toteutuisi. Haasteena voi olla, että muistisairas ei anna kenellekään lupaa huolehtia hänen lääkkeistään, yleensä tilanteen ratkaisee ystävällinen, kunnioittava ja rauhallinen neuvottelu. Niin kauan kuin on mahdollista, muistisairas on osallistuva toimija hänen omassa lääkehoidon toteutumisessa. Muistisairaahan edetessä henkilö ei kykene välttämättä itse enää arvioimaan lääkityksen tarpeellisuutta tai huolehtimaan lääkehoidostaan. Kun lääkehoidon toteutuminen vaikeutuu, siihen liittyvät eettiset kysymykset on arvioitava ja käsiteltävä moniammatillisessa työryhmässä. Muistisairas ja hänen läheisensä osallistuvat myös käsittelyyn. (Hallikainen ym. 2017, 132 - 133.)

### 2.5.3 Lääkkeetön hoito

Lääkkeettömässä hoidossa, muistisairaasta sekä hänen tarpeistaan huolehditaan mahdollisimman asianmukaisesti. Vältetään avuttomuuden korostamista ja rajoittamista sekä tuetaan jäljellä olevaa toimintakykyä. Mahdollisuuksien mukaan pyritään ehkäi-



semään käytösoireita. Hämmentävät, loukkaavat ja pelottavilta tuntuvat toimet, voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. Käytösoireiden hoidoksi saattavat riittää käyttäytymisen syiden selvittäminen, hyvin tehty arviointi ja terveeseen järkeen perustuva ohjaus. Lääkkeettömällä hoidolla tarkoitetaan myös opastusta ja ohjausta, vuorovaikutukseen ja potilaan ympäristöön vaikuttamista sekä psykososiaalisia hoidollisia lähestymistapoja. (Koponen & Vataja 2015.)

Hoitajien vuorovaikutustaidolla on suuri merkitys lääkkeettömässä hoidossa. Kun muistisairaahan huomio saadaan kiinnitettyä taitavasti muuhun asiaan, voimavaroja ylittävissä tilanteissa syntyvää kiihtymystä ja kauhua saadaan usein lievitettyä. (Koponen & Vataja 2015.) Mielekkään tekemisen tarjoaminen voi helpottaa oireita. Terapiat, kuten toiminta-, musiikki tai taideterapia, voivat auttaa tukemaan sairastuneen ja läheisten elämänlaatua. Esimerkiksi pakko-oireet ja levottomuus voivat johtua turhautumisesta ja tekemisen puutteesta. (Muistiliitto 2018/b.)

Logoterapia on elämäntaito ja elämänmyönteinen ajattelutapa, jonka filosofian ja psykologian on kehittänyt itävaltalainen neurologi ja psykiatri Viktor E. Frankl. Terapiamuodossa korostetaan ihmisarvoa ja elämän ainutlaatuisuutta sekä arvotetaan hoitajan ihmiskäsitysten, asenteiden ja valintojen merkitystä. Muistisairaahan lyhyetkin kohtaamiset ovat merkityksellisiä ja niissä on mahdollisuus kohdata toinen ihminen arvokkaana yksilönä. Hoitamisen ja kohtaamisen vaihtoehtoiset tavat antavat hoitajalle valinnanmahdollisuuksia omassa työssään ja tätä kautta se lisää oman työn merkityksellisyyden kokemusta. Merkityksellisyys ja vaikuttamisen mahdollisuudet lisäävät hoitajan voimavaroja. (Laine & Heimonen 2011.)

Muistisairaallakin ihmisellä on oikeus tarkoitukselliseen ja elämänmakuiseen elämään toteuttaen itselleen tärkeitä asioita ja omia kykyjä hyväksi käyttäen. Hänen tulee saada olla hoidon keskiössä mikä edellyttää, että hänen elämänkulku, elämäntilanne, tarpeet ja voimavarat tunnustetaan. Yksittäisissä hoitajan ja muistisairaahan kohtaamisissa heijastuu väistämättömästi hoitajan tietämys muistisairauksista sekä hänen omat arvot ja asenteet. Myös hoitopaikan arvot näkyvät hoitajan työskentelyssä. Jokainen kohtaaminen on merkittävä muistisairaahan hyvinvoinnille sekä oppimisen ja itsearviointin paikka hoitajalle. (Laine & Heimonen 2011.)

Validaatiomenetelmä, myöhemmin TunteVa-menetelmä, on ollut käytössä Suomessa noin 20 vuotta ja sen vastuuorganisaationa on toiminut Tampereen Kaupunkilähetys ry (Jokinen 2012). Kyseessä on vuorovaikutusmenetelmä, joka tukee muistisairasta kes-

kustelun, empatian ja yhteisöllisyyden keinoin sekä mahdollistaa pitkäaikaisen luottamuksuhteen syntyminen. Muistisairaankin kokemuksia ja näkemyksiä arvostetaan ja hänet kohdataan arvokkaana yksilönä. Häntä ei yritetä väkisin palauttaa nykytodellisuuteen, vaan kuljetaan hänen rinnallaan siinä todellisuudessa, jossa hän sillä hetkellä on tukien samalla hänen tunteiden ilmaisuaan. Johdonmukaisesti käytettynä empaattinen vuorovaikutus vahvistaa muistisairaankin kokemusta itsestään vähentäen samalla ahdistusta ja stressiä. Muistisairas tarvitsee ymmärtävän, hyväksyvän ja kuuntelevan lähimmäisen tukea, sillä hänen käyttäytymisen taustalla saattaa olla torjuttuja tunteita ja keskeneräisiä asioita. (Tampereen Kaupunkilähetys 2018.)

Muistisairaus koskettaa niin muistisairaankin kuin myös hänen läheistensä elämää. *Kuntoutuksen* kokonaisvaltaisessa arvioinnissa otetaan huomioon missä vaiheessa sairaus on, sen eri seuraukset ja ulottuvuudet sekä kuntoutujan ja hänen perheensä voimavarat. Suunnitelmaa muutetaan matkan varrella ja tuloksia arvioidaan mittarein. Kuntoutuksen painotukset muuttuvat sairauden eri vaiheissa, koska sairaus on monivaiheinen ja pitkäkestoinen (Pitkälä & Laakkonen 2015.)

Kuntoutus voi olla eri vaiheissa muistisairauksien toimintakykyä parantavaa, ylläpitävää tai sen heikkenemistä hidastavaa. Kuntoutuksen tavoitteisiin kuuluu elämänhallinnan, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja autonomian optimointi. Kuntoutuksen kohde on muistisairas itse, omaishoitajansa sekä hänen perheensä. Onnistuneen kuntoutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on kuntoutujalla sekä hänen omaishoitajallaan keskeinen rooli. Muistisairaankin hyvinvoinnin ja autonomian tukeminen edellyttää toiveiden ja tarpeiden kuuntelua. Muistisairauksissa kuntoutus kohdentuu psyykkiseen, fyysiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. (Kuntoutus muistisairauksissa: Käypä hoito- suositus 2010.)

Vasta 2000-luvulla on alettu puhua muistisairauksien *ennaltaehkäisystä*. Pitkäaikaiset seurantatutkimukset niin kotimaiset kuin ulkomaisetkin osoittavat että, vaikuttamalla liikunta- ja ruokailutottumuksiin, elämäntapoihin, henkisiin toimintoihin ja sosiaaliseen aktiivisuuteen voidaan muistisairauksien puhkeamista hidastaa, jopa 3-5 vuodella. (Muistiluotsi asiantuntija- ja tukikeskus Pohjanmaa 2018.)

Aivoterveyttä edistäviä elämäntapoja (THL 2018/a):

- Sydän- ja verisuonitautien ehkäisy
- Liikunta

- Monipuolinen ja terveellinen ravinto
- Aivojen monipuolinen käyttäminen jokaisessa ikävaiheissa
- Aivojen suojaaminen vammoilta

Suomessa ja maailmalla ikääntyneiden määrä kasvaa voimakkaasti. Määrän kasvaminen kuormittaa yhteiskuntaa ja terveydenhuoltoa voimakkaasti. Tähän haasteeseen tartutaan FINGER tutkimuksessa eli muistitoimintojen heikentymisen ehkäisy tutkimuksessa. Tutkimuksessa on tarkoituksena saada selville, voidaanko monipuolisella elintapaohjelmalla väestön ikääntyessä ehkäistä muisti- sekä ajattelutoimintojen heikkenemistä. Tutkimuksessa selvitetään myös elintapaintervention vaikutusta muun muassa osallistujien elämänlaatuun, masennusoireisiin, toimintakykyyn, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin sekä terveyspalveluiden tarpeeseen. Tutkimukseen osallistuneet ovat jo aiemmin osallistuneet Kansanterveyslaitoksen väestötutkimuksiin ja heillä on riski sairastua muistisairauksiin. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Helsingin, Oulun ja Itä-Suomen yliopistojen kanssa ja sitä koordinoidaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta Helsingistä. (THL 2018/b.)

#### 2.5.4 Hoitotahto

Jos henkilö menettää oikeustoimikelpoisuutensa vanhuuden heikkouden, vakavan sairauden tai onnettomuuden vuoksi, voidaan tehdä hoitotahto, se on henkilön tahdonilmaus omasta hoidostaan. Todistajien käyttäminen on hyvin suositeltavaa, vaikka hoitotahdolle ei ole laissa määriteltyä ehdotonta muotomääräystä. (THL 2018/c.)

Jotta hoitotahto olisi tarvittaessa kaikkien hoitoon osallistuvien käytettävissä, se on hyvä tehdä kirjallisesti ja sen olemassaolosta ja sijaintipaikasta kannattaa kertoa myös läheisille sairauskohtauksien ja onnettomuuksien varalta. Hoitotahtoa laadittaessa voidaan käyttää valmiita lomakepohjia tai kirjoittaa se vapaamuotoisena. Hoitotahtoon voidaan sisällyttää hyvin yksityiskohtaisiakin ohjeita. Kirjattujen ohjeiden avulla hoitohenkilökunta ja omaiset saavat tietoa, miten ihminen haluaa tulla hoidetuksi myös niissä tilanteissa, joissa hän ei kykene sitä itse ilmaisemaan. Hoitotahto helpottaa läheisten sekä omaisten kuin myös hoitoon osallistuvien päätöksentekoa ja toimintaa hoitotilanteissa. (Valvira 2017.)

Jos potilas kykenee ilmaisemaan hoitotahtonsa, eikä pysty itse varmentamaan sitä koskevaa merkintää, voi kaksi terveydenhuollon ammattihenkilöä varmentaa sen allekirjoituksellaan. Potilaan tahto pitää olla luotettavasti allekirjoittaneiden henkilöiden tiedossa. Jokainen voi itse huolehtia hoitotahtonsa ajanmukaisuudesta Kelan hallinnoimassa kansallisessa terveysarkistossa eli Kannassa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa annetuista ja säilytetyistä hoitotahdoista tieto menee Kantaan. (Valvira 2017.) Selkeitä määräyksiä hoitotahdon voimassaoloajan pituudesta ei ole. Olisi suositeltavaa, että hoitotahdon tekijä tarkistaa sisällön aika ajoin, mieluummin alle kymmenen vuoden välein. Tarkistamispäivämäärä on hyvä kirjata. On mahdollista, että kehittyneen lääketieteen vuoksi, jonkin vakavan taudin ennuste ja hoidon mahdollisuudet ovat muuttuneet hoitotahdon täytäntöönpanon ja sen kirjoittamisen välillä. Hoitotahto voidaan peruttaa tai sen sisältöä voidaan muuttaa hoitotahdon tekijän toimesta. Peruutus sekä muutos on kirjattava yhtä huolella kuin hoitotahdon olemassaolokin. (Halila & Mustajoki 2016.)

## 3 MUISTISAIRAAN POTILAAN TUOMAT HAASTEET HOITOTYÖSSÄ

Muistisairaahan käytösoireet ovat potilaalle haitallisia psykologisia oireita tai muutoksia käyttäytymisessä. Niitä ilmenee jokaisessa etenevässä muistisairaudessa, jotkut oireet ovat tyypillisiä vain tietyille muistisairauksille, joitain taas ilmenee useissa muistisairauksissa. (Erkinjuntti ym. 2015, 90 - 91.)

Noin 90 prosentilla muistipotilaista on käytösoireita jossain kohtaa sairauttaan (Erkinjuntti ym. 2015, 91). Lievässä ja keskivaikeassa muistisairauden vaiheessa käytösoireet ilmenevät useimmiten psykologisina oireina kuten masentuneisuutena, ahdistuneisuutena ja unihäiriöinä. Muistisairauden edetessä vaikeaksi, oireet lisääntyvät ja usein ilmenee virhetulkintoja, aistiharhoja, harhaluuloja, levottomuutta, huutelua, aggressiivista käytöstä, katastrofireaktioita sekä jopa äkillisiä sekavuustiloja. (Sulkava ym. 1999, 20.) Oireet ilmenevät usein monen oireen ryppäinä kuin yksittäisenä oireena ja niiden esiintyvyys riippuu myös hoitopaikasta. (Erkinjuntti ym. 2015, 91.)

Masennusta, apatiaa, levottomuutta (agitaatiota) ja ahdistuneisuutta esiintyy vähintään viidesosalla muistisairaista. Persoonallisuuden muutoksia ja uni-valverytmin häiriöitä on jopa yli puolella muistisairaista ja psykoottisia oireita 5-75 prosentilla. Seksuaalisia käytösoireita alle viidesosalla ja syömishäiriöitäkin alle kolmasosalla muistipotilaista. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.)

### 3.1 Psykologiset oireet

Dementiapotilaan *masennuksen* tunnistaminen voi olla vaikeaa, koska muut dementiaan liittyvät käytöksen muutokset sopivat myös masennustilan diagnosointiin ilman muistisairautta, jolloin niiden erottaminen toisistaan on haastavaa (Juva 2007). Masentunut muistisairas voi olla surumielinen, itkuinen, ärtynyt, negatiivinen kaikkea kohtaan, pelokas, levoton, ahdistunut ja toivoton. Monilla on myös itsetuhoisia ajatuksia ja toiveita kuolemasta. Masennusoireet voivat ilmetä myös toimintakyvyssä, joka voi nopeasti laskea, muistisairas laihtuu, tulee muita vaivoja tai liikkuminen on hitaampaa tai yhtäkkiä potilas on kovin yliaktiivinen (Närhi 2016).

*Apatia* sekoitetaan helposti masennusoireiden kanssa, koska sen oireisiin kuuluu tunne- elämän latistumista, välinpitämättömyyttä sekä motivaation ja mielenkiinnon vähenemistä. Muistisairas ei enää reagoi tunnepitoisiin asioihin kuten ennen. *Apatiaa* esiintyy useimmiten ilman masennusta. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 179 - 180.)

*Ahdistuneisuus* ilmenee levottomuutena, huolestuneisuutena, kireytenä tai jännityksenä. Tuntemuksia esiintyy tilanteissa, jolloin ollaan yksin ja odotetaan jotain, esimerkiksi lääkärikäyntiä. Kiukuttelu ja raivoaminen voivat ilmentää ahdistuneisuutta kuten myös katastrofireaktiot. Myös paniikkikohtauksen omaisia kohtauksia voi esiintyä ilman selvää syytä. (Närhi 2016.)

Muistipotilaat kärsivät enemmän *vuorokausirytmien puutteesta* kuin unen puuttumisesta. Muistisairas alkaa viettää päivisin enemmän aikaa vuoteessaan, jolloin yöunen määrä jää lyhyeksi ja yöheräilyjä on paljon. Joillain potilailla myös unessa vietetty aika pitelee. Näiden seurauksena vuorokausirytmii muuttuu sekä painajaiset häiritsevät unta. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 182; Erkinjuntti ym. 2015, 94.)

Muistisairaana *harhaluulot* ovat yleensä yksinkertaisia kuten epäily tavaroiden varastelusta, myrkyttämisestä tai mustasukkaisuudesta. Harhojen syntyyn voi vaikuttaa myös heikentynyt muisti, kun potilas ei muista mihin tavaransa on laittanut. Potilas voi kuvitella peilistä näkyvän hahmon oikeaksi tai ei tunnista puolisoaan tai kotiaan, tätä kutsutaan väärintunnistamiseksi eli *misidentifikaatioksi*. (Närhi 2016.) Aggressiivisuus ja väkivaltainen käytös liittyvät usein syyttäviin harhaluuloihin. Suuruusharhaluulot ja epärealistinen käsitys omasta tilasta liittyvät usein frontotemporaalisen muistisairauden harhaluuloihin. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 181 - 182.)

*Näköharhat* ilmestyvät yleensä hämärässä ja ne ovat usein esimerkiksi ihmisiä tai eläimiä. Potilas saattaa myös nähdä ja tuntea ihollaan liikkuvia hyönteisiä tai matoja. *Ääniharhat* ovat yleensä esimerkiksi rapinaa tai askeleita, ei selkeää puhetta. (Närhi 2016.) Ääniharhat erottaa skitsofrenian ääniharhoista sillä, etteivät ne ole niin sanottuja keskustelevia harhoja. Aistiharhoista näköharhat ovat yleisimpiä. Näkö- ja kuuloharhat ovat yleisempiä potilailla, joilla on heikentynyt näkö tai kuulo. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 181 - 182.)

Kun muistisairas kokee havainnoimansa asiat toisin kuin muut, kutsutaan tilannetta *virhetulkinnaksi*. Aistiharhan ja virhetulkinnan erottaa toisistaan siten, että virhetulkinnissa muistisairas ei pysty tulkitsemaan saamiensa aistiärsykkeiden tarkoitusta. (Suomen muistiasiantuntijat Oy 1999, 50 - 51.) Muistisairas saattaa tulkita auki olevan

television tapahtumat oikeaksi elämäksi, jolloin kyse on virhetulkinnasta. Samankaltaisia virhetulkintoja aiheutuu, kun potilas näkee omakuvansa peilistä eikä tunnista enää omia kasvojaan. (Kunto- ja muistiasema Amialife 2016.)

### 3.2 Käyttäytymisen oireet

*Agitaatio* eli levottomuus tarkoittaa aggressiivista, motorista tai äänenkäyttöön liittyvää käytöstä, jolla ei ole suoraa tarkoitusta. Sitä esiintyy usein huutamisena, kiroiluna, potkimisena, tönimisenä, sylkemisenä tai tavaroiden rikkomisena. Sen taustalla on usein jokin muu vaiva kuten suru tai kipu, joita muistisairas ei osaa muuten ilmaista. (Närhi 2016.) Muita oireita ovat taukoamaton puhe, toisen ihmisen perässä kuljeskelu, tavaroiden keräily ja kätkeminen, tavaroiden nyppiminen ja purkaminen sekä vaeltelu ja askeleiden kopistaminen. (Erkinjuntti & Huovinen 2001, 180 - 181.)

*Toisto- oireita* ovat jatkuva kysely ja samojen asioiden toistaminen, myös huutelu kuuluu niihin. Fyysisiä toisto- oireita ovat toistuvat liikkeet kuten edestakaisin kävely, esi- neiden siirtely, kahvojen kokeilu *sekä tavaroiden keräily*. Oireilun syyt voivat olla moninaisia ja esimerkiksi muistipotilaan huolestuneisuus ja saman asian kysely voi todellisuudessa olla huolta ihan jostain muusta asiasta. Syynä voi olla myös pelko, kipu tai huomion hakuisuus. (Suomen muistiasiantuntijat Oy 1999, 46 - 47.)

*Katastrofireaktion* saattaa laukaista tunne nöyrytyksestä, pelko, uhattuna olemisen tunne, turhautuminen, hahmottamisen vaikeudet tai ympäristötekijät. Se ilmenee yhtäkkiä usein aggression edellä mainittujen tilanteiden seurauksena. Esimerkiksi pesulle meno on yleinen katastrofireaktion laukaisija. (Suomen muistiasiantuntijat Oy 1999, 32 - 33.)

Muistisairaana *manian oireita* ovat yliaktiivisuus ja aktiivisuuden kohoaminen eri osalueilla. Aktiivisuus ilmenee jatkuvana touhuiluna, ihmisille soitteluna, flirttailuna, epäsoveliaina puheina julkisesti sekä holtittomana rahankäyttönä. Unen tarve voi hävitä. Usein yliaktiivinen muistisairas on ennemmin ärtynyt kuin hyväntuulinen. (Närhi 2016.)

Muistipotilaan impulssikontrolli on usein heikentynyt. *Estottomuus* esiintyy jatkuvana kuljeskeluna, tavaroiden keräilyinä, ihmisten kosketteluna, ruoan ahmimisena sekä kaiken ei syötävän suuhun laittamisena. Myös kovaäänisyys liittyy estottomuuteen. (Närhi 2016.)

Muistisairaahan levottomuus ja kuljeskelu lisäävät energiantarvetta, joka tulisi ottaa huomioon ateriasuunnittelussa. Ruokailun vastustaminen, ruoan heittäminen ja nielemishäiriöt ovat myös tavallisia muistisairaahan *ruokailutilanteeseen liittyviä ongelmia*. Myös maku- ja hajuaistimuutokset sekä mieltymys makeaan tuovat haastetta ruokailuun. (Närhi 2016.)

Noin viidesosalla muistipotilaista ilmenee *seksuaalista estottomuutta*. Sitä esiintyy seksuaalisena ehdotteluna, muiden ihmisten epäsovivana kosketteluna tai omien sukupuolielinten julkisena kosketteluna. Joskus ehdottelu voi kertoa vain läheisyyden puutteesta ilman sen suurempaa seksuaalista merkitystä. (Suomen muistiasiantuntijat Oy 1999, 42 - 43.)

*Sundowning* tarkoittaa muistipotilaiden oireiden ilmenemistä ja lisääntymistä myöhään iltapäivällä tai illalla. Levottomuus, aggressiivisuus ja ahdistuneisuus voivat lisääntyä. Syinä näihin voi olla unihäiriöt, ympäristötekijät, rutiinien muutokset tai lääkitys. (Alzheimer's society 2014.)

### 3.3 Minätietoisuus ja metatieto

Muistisairauden myötä muutokset kognitiossa alkavat minätietoisuudesta edeten lopulta oman identiteetin katoamiseen. Aika-, paikka ja henkilöulottuvuuksilla hahmotetaan minuutta. Aluksi häiriintyy aikaorientaatio, sitten paikantaju ja lopuksi omaan minään ja ympäristöön liittyvä tieto. Häiriöt vaikeutuvat muistisairauden edetessä. Metatiedon (tiedon tieto ja muistitieto) heikkenemisen edetessä kielelliset selvennykset ja tarkennukset asiasisällölle jäävät pois, eikä potilas enää kykene käyttämään strategioita tai muistikuvia kuten aiemmin. (Laaksonen ym. 2016, 12 - 13.)

Häiriöt aiheuttavat hämmennystä ja väärinymmärryksiä. Potilaan minätietoisuutta voi tukea puhuttelemalla häntä nimellä tai lisäämällä tilannekohtaisesti arvonimen herra tai rouva. Metatiedon säilyminen lievässä muistisairaudessa on riippuvainen potilaan aikaisemmasta metatiedon tasosta. Aiempi selkeä käsitys itsestään ja omasta toiminnastaan tulevat myöhemminkin ilmi potilaan käyttäessä selviytymisessä erilaisia kompensatiokeinoja ja kiertoilmaisuja. (Laaksonen ym. 2016, 13.)



### 3.4 Toiminnanohjaus, tarkkaavaisuus, kritiikki ja arviointikyky

Muistisairaus heikentää ihmisen spontaanisuutta, aloitekykyä ja tavoitetietoisuutta. Se lisää myös vaikeutta ehkäistä asiaankuulumattomien ja tahattomien yllykkeiden haittaavaa vaikutusta. Tehtävien aloittaminen, ongelman hahmottaminen, menettelytapojen suunnittelu ja lopputuloksen arviointikyky heikkenevät asteittain muistisairauden edetessä. Muistisairasta voi tukea toimintaa vaiheittain ohjaamalla ja näin estää potilasta tuntemaan turhautumista tai häpeää, mikäli hänellä vielä on kykyä itsearviointiin. Tarkkaavaisuuden ongelmat ilmenevät kyvyssä kohdentaa huomiokyky oikea-aikaisesti oikeaan asiaan ja se on häiriöherkkä ulkopuoliselle melulle tai häiriölle. Kommunikoinnin ja yhteistyön helpottamiseksi muistisairaahan huomion voi kiinnittää johonkin hänelle tuttuun esineeseen, mistä tulee hänelle hyviä muistoja ja hyvänolon tunnetta. Käyttämisen säätelyn muutokset aiheuttavat arviointikyvyn pettämistä ja asioiden epäloogista yhdistelemistä. Tämä voi aiheuttaa kiusallisia sosiaalisia tilanteita, jotka eivät kuulu hyvän käytöksen piiriin. Muistisairas voi puhua tai käyttäytyä seksuaalisesti virittäytyneesti epäsopivassa tilanteessa. Hoitajan tulee tällaisessa tilanteessa suhtautua asiallisesti ja asettaa sopivuuden rajat. Potilasta ei saa nolata eikä komennella. Rajojen asettaminen onnistuu parhaimmin, kun tunnetaan potilaan kognitiiviset kyvyt sekä hänen persoonansa. (Laaksonen ym. 2016, 13 - 15.)

### 3.5 Apraksiat

Apraksiat eli tahdonalaisten liikkeiden häiriöt voivat liittyä pukeutumiseen, raajojen käyttöön tai osien kokoamiseen mallinmukaisiksi kuvioiksi. Häiriö ilmenee usein jalkojen juuttumisena lattiaan, syömisen ongelmina tai vaatteiden rakenteen hahmottamisen ongelmana. Apraksiassa hoitajan tarjoama apu on tärkein. Mallin antaminen, rauhallinen pysähtyminen ja toiminnan toteuttaminen tahattomalla tasolla vie toimintaa eteenpäin, kun taas vaatiminen ja painostaminen voi lukkiuttaa potilaan entistä pahemmin. (Laaksonen ym. 2016, 15 - 16.)

### 3.6 Agnosia

Havaintotoimintojen häiriöillä eli agnosioilla tarkoitetaan kykyä tunnistaa esineitä, kasvoja, ääniä ja paikkoja. Häiriö on melko harvinainen. (Krucik 2017.) Agnosiasta kärsivät

saattavat eksyä tutuissakin paikoissa koska eivät hahmota tilaa eivätkä suuntaa. Tällainen ahdistaa ja aiheuttaa paniikkia. Myös kellonajan ja ajantajun hahmottaminen on hankalaa ja siksi potilas voi hermostua, jos joutuu odottamaan jotain. Hoitaja voi lievittää hermostumista rauhoittamalla potilasta, suuntaamalla hänen huomion muualle kuin odottamiseen tai vaikka kävellä potilaan kanssa. Kirjallinen tieto mitä ja milloin tuo levollisuutta potilaaseen. (Laaksonen ym. 2016, 16.)

### 3.7 Kielen häiriöt

Afasiasta puhutaan, kun kielijärjestelmä on häiriintynyt. Afasialla tarkoitetaan sekä puheen ymmärtämistä, että tuottamisen häiriötä. Vaikeuksiin liittyy myös kirjoitetun kielen häiriöitä, mutta siitä huolimatta lukutaito voi säilyä pitkäänkin muistisairauden edetessä. Riippuen vaurion laajuudesta, afasian oireet voivat vaihdella paljon sanojen löytymisen hitaudesta aina puhumattomuuteen tai epäselvään puhetulvaan asti. (Laaksonen ym. 2016, 17.)

### 3.8 Sairausten tunnenerkitys

Sairastuminen on yleensä aina ihmiselle järkytys ja reaktiot ihmisten välillä saattavat vaihdella suuresti. Toinen voi tuntea pelkoa, häpeää ja halua vetäytyä kaikesta. Hoivaa kaipaava ihminen voi taasen alkaa sairastumisen myötä vaatia huolenpitoa ja apua. Muita mahdollisia tunnereaktioita on esimerkiksi herkkä hätäntyminen, kiukku, pettymys tai suru. Sairastumisen myötä ihminen joutuu myös luopumaan asioista, joita oli ehkä itselleen suunnitellut. Shokkireaktion jälkeen pintaan nousevat voimakkaat tunteet, kuten kieltäminen, ahdistuneisuus, vihamielisyys, masennus, vetäytyminen tai aktiivisesti avun etsiminen. Tietoisuus sairauten luonteesta tulee aaltoilevaksi ja hajanaiseksi henkisen suorituskyvyn taantuessa. Hoitaja on siinä tilanteessa realistisen optimismin edustaja sekä potilaalle että hänen omaisilleen. Hoitava asenne ja toimintatapa ovat erittäin tärkeitä hoitajan ominaisuuksia parantumattoman sairauten edessä ja elämänlaadun ylläpitämisessä. (Laaksonen ym. 2016, 20.)

### 3.9 Aistitoimintojen vaikutukset vuorovaikutustaitoihin

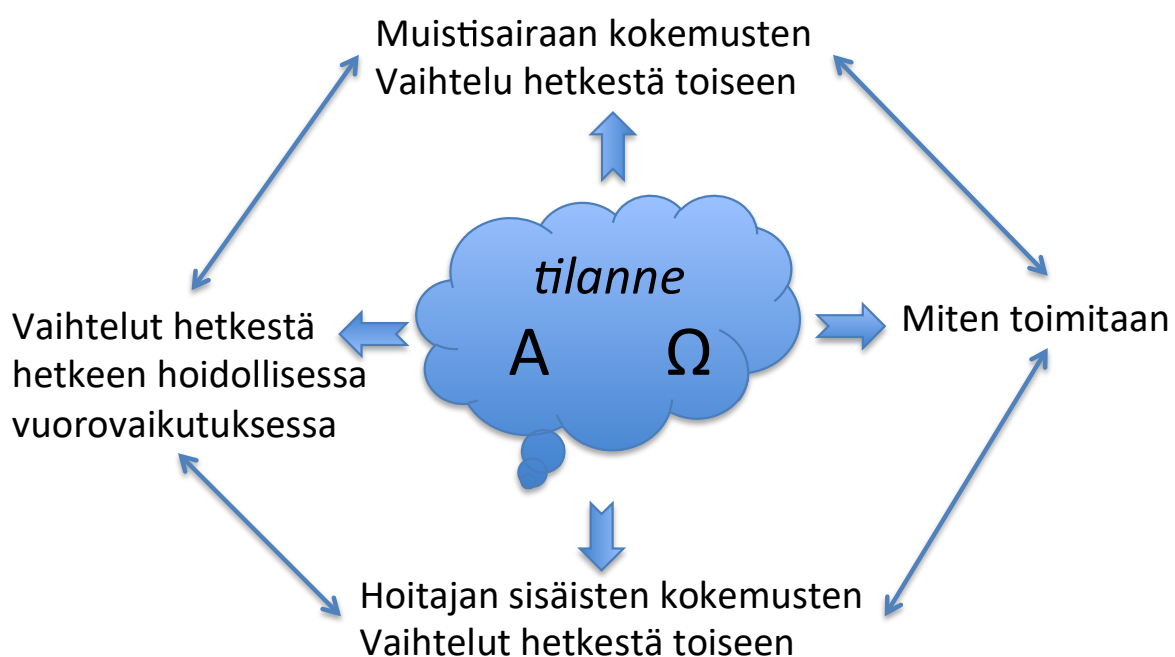
Ihmisen *näkö ja kuulo* heikkenevät iän myötä. Näön tarkkuus heikkenee ja iäkäs tarvitsee 3-4 kertaa kirkkaamman valon kuin nuorempana. Valo myös häikäisee silmiä aiempaa herkemmin. Kuulon heikkeneminen alkaa yleensä korkeiden äänien kuulemisen vaikeudella, ja heikkenemisen myötä myös puheen ymmärtäminen vaikeutuu. Kommunikointi onnistuu parhaiten, kun keskustelijoiden kasvot ovat samalla korkeudella ja valaistus on riittävä suun liikkeiden rekisteröimiseksi. Ylimääräinen taustahäly kannattaa mahdollisuuksien mukaan eliminoida. Muistisairaalle ihmiselle puhuttaessa, kannattaa mieluummin madaltaa ääntä kuin lisätä voimakkuutta. Puhuttaessa on hyvä samalla tarkkailla muistisairaahan reaktioita, kuunteleeko hän vai vetäytyykö pois päin. Liian hoivaava ja lapsekas äänensävy saattaa loukata ikääntynyttä. *Tuntoaisti* säilyy yleensä muita aisteja paremmin ilmeisesti siksi, että se on ihmisen varhaisin viestintätapa. *Koskettaminen* on voimakas viestinnän muoto ja parhaimmillaan hyvin terapeutti- nen väline. Kosketuksella voi helposti välittää lämpöä, huolenpitoa ja arvostusta ilman sanoja. Kaikki eivät kuitenkaan pidä kosketuksesta tai se voi herättää heissä epämiel- lyttäviä tunteita tai muistoja. Hoitajan on oltava tarkka, ettei hän loukkaa kosketuksella muistisairaahan ihmisen henkilökohtaista reviiriä. (Laaksonen ym. 2016, 22 - 23.)

## 4 MUISTISAIRAAN HOIDOLLINEN VUOROVAIKUTUS

### 4.1 Hoitava vuorovaikutus

Ihmisen yksi tärkeimmistä asioista on vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa. Keskustelu- ja vuorovaikutus perheen, ystävien ja tuttujen kanssa tuovat päiviin sisältöä ja luovat ympärille yhteisöllisyyttä. Jos toinen ihminen ei kykene vastaanottamaan mitä hänelle halutaan kertoa tai hänen itsensä ilmaiseminen on huonontunut, on kommunikointi vaikeaa. On hyvä muistaa, että ihmisen ikääntyessä kysymyksiin vastaaminen voi kestää sekä uusien asioiden sisäistäminen voi tarvita enemmän aikaa. (Burakoff & Haapala 2013. 3.)

Muistisairaana ymmärretyksi tuleminen riippuu hoitajan ymmärryksestä ja taidoista. Vuorovaikutustilanteet vaativat hoitajalta tarkkaavaisuutta ja eri osatekijöiden yhteyksien ymmärtämistä (Kuva 3.). Toimiva kommunikointi on merkittävä haaste, jonka perustana on harmonia ja molempien osapuolten itsearvostuksen säilyminen. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttaa aina sekä hoitajan että hoidettavan psykofysiologinen tila psykologien prosessien ohella. Kehon tuntemukset kuten nälkä, jano, pelko, väsymys, kiukku ja uhan tunne tuovat tilanteeseen negatiivista sävyä. Myös hoitajan tuntemukset vaikuttavat samalla tavalla. Hoitotilanteen tulee kuitenkin aina lähteä hoidettavien tarpeista, ei hoitajan. (Laaksonen ym. 2016, 25 - 26.)



Kuvio 3. Hoitotilanteiden viestinnän ja vuorovaikutuksen elementit (Laaksonen ym. 2016, 26).

*Toimivan vuorovaikutussuhteen tunneperusta* on luottamus ja empatia. Monenlaiset tunteet ovat vuorovaikutuksessa mukana sanattomana tietona, mutta ne voivat olla myös hoitajan tietoisien ammatillisten osaamisen välineitä. Ihmisellä on luonnostaan luottavainen asenne elämässä mutta muistisairaudet altistavat epäluuloisuudelle, vaikka elämässä ei olisikaan aiemmin ollut vaaroja ja vastoinkäymisiä. Luottamussuhteen muodostuminen on pääsääntöisesti vastavuoroinen prosessi, mutta hoitosuhteessa hoitajan osuudella on olennainen merkitys. Luottamuksen syntymisessä tärkeitä elementtejä ovat avoimuus, aito välittäminen, spontaanisuus ja jatkuvuuden kokemukset. Epäluuloisuuden ja varautuneisuuden voittamisen tärkein periaate on epäluulojen hyväksyminen, ymmärtäminen ja hienotunteinen suhtautuminen. Kieltäminen ja mitätöinti vain lisäävät epäluuloisuutta. Empatia on kyky asettua toisen tilanteeseen, tunnistaa hänen tunneilmaisunsa ja tunteiden merkitykset sekä olla kokemuksellisesti läsnä. Empatia edellyttää hoitajan oman identiteetin säilyttämistä koska empatia ei ole samautumista. Oman jaksamisensa takia, hoitajan on myös pystyttävä irtautumaan potilaan kokemusmaailmasta. Hoitaja voi osoittaa empaattisuuttaan sanallisen viestinnän lisäksi sanattomasti kuten luontevalla ja avoimella katsekontaktilla, hymyllä, pään nyökkäyksellä, avoimella asennolla ja liikehdinnällä. (Laaksonen ym. 2016, 28 - 30.)

#### 4.2 Muistot ja nykypäivä

Muistisairaahan ihmisen ajalliset ulottuvuudet voivat sekoittua, muisti vääristyä ja muistumat olla virheellisiä. Tämä kaikki vaikuttaa muistisairaahan todellisuuskuvaan. Vanhat muistot voivat sekoittua nykytilaan luoden kokonaan uuden todellisuuden, kenties pelottavan ja uhkaavan, joka ei helposti avaudu hoitajalle. Potilas haluaa luonnollisesti puolustautua uhkaa vastaan ja tämä voi ilmetä ilkeillä sanoilla ja aggressiivisella käytöksellä. Peseytymiseen liittyvä aggressiivinen käytös voi viestiä aiemmista negatiivisista intiimiin kanssakäymiseen liittyvistä tunteista. Hoitajan luotettava ja arvostava suhtautuminen voi ehkäistä muistojen sekoittumista. Hyvät myönteiset muistot voivat aktivoitua samankaltaisessa tilanteessa, jossa ne ovat alun perin tapahtuneet. Vastaavasti kielteiset muistot ja tunteet voivat tulvahtaa mieleen tilanteissa, joissa ne alun perin muistijäljen ovat luoneet. Levottoman päivän seurauksena on yleensä levoton ilta. Päivän levottomuus ja mahdollisesti ahdistavat hetket jäävät muistisairaahan mieleen tun-

nelminä konkreettisten tapahtumien sijaan. Hoitotyössä kannattaa panostaa hyvään tunnelmaan ja ilmapiiriin luomiseen, mikä on hyvä pohja muistisairaalle hyvinvoinnille. (Laaksonen ym. 2016, 31 - 32.)

#### 4.3 Vuorovaikutuksen sanattomat viestit

Muistisairaalle itselleen ja hänen läheisilleen sairastuminen aiheuttaa huolta sekä hämmennystä. Kun muistisairas viestii sanattomilla teoilla, meidän on helpompi ymmärtää häntä, kun eläydymme sairastuneen ihmisen kokemuksiin. Muistisairaalle käytös voi vaihdella päivittäin ja jopa hetkittäin. Tahallaan muistisairas ei käyttäydy hankalasti vaan hän haluaa viestittää jotain käytöksellään. Kun muistisairasta tulkitaan väärin eikä ymmärretä hänen sanattonta viestintää, syntyy väärinymmärryksiä. (Burakoff & Haapala 2013, 12.)

Vuorovaikutusta on ne kaikki tavat, joilla ihmiset kohtaavat. Sanattoman viestinnän merkitys on suurempi kuin kielellisen viestinnän ja harmonia näiden välillä on tärkeää. Mikäli kuultu puhe ja elekieli eivät viestitä samaa, se aiheuttaa kaksoisviestintää ja hämmennystä. Eleillä ja ilmeillä pyritään tukemaan puhuttua viestintää, ilmaisemaan tunteita ja asenteita sekä luomaan yhteyttä toiseen ihmiseen. Puhe ilman taukoja, katsetta, nyökkäyksiä ja hymyä jää ilmaisultaan köyhäksi. Katsekontaktilla ilmaisun lopussa voi varmistaa vuorovaikutuksen perille menemisen. (Laaksonen ym. 2016, 34.)

Tehokkain tapa ilmaista välittämisen *tunteita* ovat eleet, jotka viestivät arvostusta ja yhteydenpitoa. Käden asettaminen olkapäälle tai hiusten silittäminen heijastaa halua ymmärtää ja tukea toista. Hymy viestittää jotain miellyttävää. Muistisairas ihminen voi halata hoitajaa tarkoittaen pitävänsä hoitajasta tai toivovansa läheisyyttä. Jos halaus tulkitaan virheellisesti seksuaaliseksi lähentelyksi, potilas torjutaan ja tämän jälkeen hän eristäytyy. Sanallisen torjunnan sijaan hoitaja voi ilmein ja elein viestiä myöskin pitävänsä potilaasta ja hyvä tunnelma säilyy tilanteessa. (Laaksonen ym. 2016, 34.)

*Kosketus* voidaan tulkita miellyttävänä ja arvostavana tai epämiellyttävänä ja toisen reviirille tunkeutumisena. Parhaiten potilaan aikaisempaan arvomailmaan pääsee sisälle yhteistyöllä omaisten kanssa ja tätä kautta voidaan selvittää potilaan suhtautumistapa kosketukseen ja läheisyyteen. Oman henkilökohtaisen tilan tarve on yksilöllistä ja kulttuurisidonnaista. Mikäli läheisyys koetaan epämiellyttävänä, voi tunneviestintää ilmaista sen sijaan pehmeällä rauhallisella äänensävyllä, hymyllä ja katsekontaktilla.

Muistisairaus ei vähennä ihmisen kykyä tulkita sanattomia viestejä vaan päinvastoin se voi myös herkistää tulkintakykyä. Myös hoitajalla on oikeus omaan henkilökohtaiseen reviiriin. (Laaksonen ym. 2016, 36 -37.)

*Etäännyttävä* ja välttelevä viestintä luo potilaassa hylätyksi tulemisen tunteen. Etäännyttäviä ilmeitä ja eleitä ovat kasvojen negatiiviset ilmeet, tuijottaminen, hymyttömyys, kiireinen ja vihainen äänensävy, teennäisen selkeä puhetyyli, hiljaa oleminen, katsekontaktin puute sekä puhuminen kolmannessa persoonassa. Ihmiset reagoivat tällaiseen erilaisilla herkkyyksillä oman kokemusmaailmansa mukaan. Eleet voivat laukaista potilaassa takauman ja sitä myöden irrottaa hänet meneillään olevasta tilanteesta. (Laaksonen ym. 2016, 37 – 38.)

Vapautunut ja spontaani vuorovaikutus auttaa saavuttamaan jaetun yhteisymmärryksen, vaikka potilaan omat ilmaisukyvyt olisivatkin rajoittuneet. Liian *suojeleva viestintä* saattaa vääristää tiedonkulkua ja yhteydenpitoa. Ylisuojelevaa kommunikointia on esimerkiksi potilaan ohjaaminen yli hänen tarpeen tai liiallinen neutraalisuus. Näistä aiheutuu herkästi vastarintaa ja ahdistusta. Muistisairaana ihmisen käyttäytyminen voi hämätä hoitajaa. Ylimukautuva potilas suostuu kaikkeen hoitajan ehdottamaan, ottaa lääkkeensä kehotuksesta, syö ruokansa asiallisesti ja käy levolle, kiittelee ja pyytää anteeksi. Verbaalisesti hän kertoo tekevänsä kaiken mitä odotetaan, mutta eikielellinen tunneviesti voi kertoa riippuvuudesta ja avuttomuudesta. Hoitaja sen sijaa tulkitsee potilaan olevan sopeutuva ja mukava. Rohkaisemalla ja tukemalla suurempaan itsenäisyyteen voi tehdä potilaan olon turvallisemmaksi. Täysin vastakkaisen vaativan käyttäytymisen takana voi olla haavoittuva minuus, jota potilas suojelee näennäisellä vaativuudella. Tällainen ihminen tulkitaan yleensä hankalaksi. (Laaksonen ym. 2016, 38.)

Muistisairaus muuttaa sairaudesta riippuen ihmisen kykyä sanattomiin ilmaisuihin. Ilmeet, äänensävy tai hymy eivät ehkä tulekaan potilaasta esille varsinkin muistisairauden ollessa jo pitkälle kehittynyt. Negatiivinen *muutos* potilaan sanattomassa viestinnässä ei innosta hoitajaa rakentamaan keskusteluyhteyttä entiseen tapaan. Silmät ovat kuitenkin ihmisen tärkeimpiä viestintävälineitä. Pupillien laajeneminen ja sitä myöden silmien tummuminen viestii pitämisestä. Iän myötä pupillit pienenevät ja silmät vaalenevät, mikä on omiaan aiheuttamaan tunneilmaisun väärinymmärrystä. (Laaksonen ym. 2016, 39.)

#### 4.4 Kielen merkitys ja muistisairauden aiheuttamia muutoksia

*Kielen tehtävä* on tiedon välittäminen ja siltana toimiminen ihmisten välillä. Kieltä käytetään myös itsemme ilmaisuun sekä ympäristöömme vaikuttamiseen. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ovat tärkeimpiä toimintojamme. Jos olemme vieraassa ympäristössä eikä meitä ymmärretä, se herättää meissä helposti ahdistusta. Muistisairauden tavallisimpia kielellisiä ongelmia on *sanan unohtaminen* ja myös käsitteen (asia, esine, olento) merkityksen haurastuminen. Kun ihminen huomaa itsellään olevan tällaisia ongelmia, se johtaa helposti sosiaalisista tilanteista vetäytymiseen ja jopa eristäytymiseen. *Käsiteluokkien* merkityspiirteet haurastuvat vähitellen mutta tutussa ympäristössä ja tutuissa arkiaskareissa muistisairas voi selviytyä pitkäänkin. Käsiluokkien sekoittumista on esimerkiksi se, että potilas pyytää vettä, vaikka tarkoittaisikin mehua tai maitoa. Tällöin sana vesi on hänellä vain yleistynyt tarkoittamaan kaikkia juotavia nesteitä. Muistisairas ymmärtää paremmin konkreettisia kuin *abstrakteja* asioita ja sanoja. Myös symbolisen kielen ymmärtäminen heikkenee. Potilas voi muistaa sananlaskun mutta ei enää ymmärrä mitä se tarkoittaa. (Laaksonen ym. 2016, 41 - 45.)

#### 4.5 Tukemisen kielelliset keinot

*Sanojen tuttuus ja tunnelataus.* Tutut sanat ja lausahdukset pysyvät mielessä pidempään, niitä ymmärretään ja tuotetaan paremmin. Myös omaan elämään liittyvät asiat ja henkilökohtainen tieto sekä tutut paikat ja omat esineet säilyvät muistissa ja puheessa pitkään. Kun ihminen pääsee puhumaan itselleen tärkeistä asioista, ammatistaan tai harrastuksistaan, se tukee hänen identiteettiään ja antaa eletylle elämälle arvokkuutta. Muistisairas voi tunnistaa oman kattilansa, kun se on hellalla mutta ei enää, jos se on toisessa huoneessa. Samasta syystä vaatekappaleet kannattaa sijoittaa lähelle oikeita kehonosia, joihin ne kuuluvat, jolloin muistisairaahan omatoiminen pukeutuminen helpottuu. (Laaksonen ym. 2016, 46 - 47.)

*Kokonaisuuden hahmottaminen ja päättely.* Ajattelun konkretisoitumisen vuoksi muistisairaahan kyky hahmottaa kokonaisuutta heikkenee. Hän voi puhua pienistä yksityiskohdista mutta asian ydin jää kertomatta. Hoitaja pystyy kokoamaan näistä tiedon murusista kokonaiskuvan ja muodostamaan siitä lauseen, jolloin muistisairas saa tunteen, että häntä on kuultu ja ymmärretty. Päättelykyvyn heikkenemisen vuoksi muistisairaalle annettuihin ohjeisiin ei kannata liittää selityksiä vaikka terveelle ihmiselle selitykset tu-



kevat ohjeen kohteliasta tarkoitusta ja vähentävät dominoivuutta. (Laaksonen ym. 2016, 47 - 48.)

*Sanaluokat ja prosessoinnin määrä.* Pronominien (esimerkiksi hän, te, se, tuo, nuo) ymmärtäminen vaikeutuu ja siksi kannattaa puheessa käyttää täsmällisiä nimityksiä esineistä, asioista ja ihmisten nimistä. Nimisanoja kannattaa toistaa puheessa useasti ja muistisairasta kannattaa puhutella hänen nimellään, vaikka se ei olekaan kovin suomalainen tapa. Myös oma nimi kannattaa kertoa toistuvasti. Kysymyssanoihin, kuten ”miksi”, vastaaminen vaatii syy-seuraus –yhteyden hahmottamista ja siksi se on muistisairaalle kaikkein vaikein kysymys. Helpoin on kysymys, johon muistisairas voi vastata yksinkertaisesti kyllä tai ei. Pitkien lauseiden prosessoiminen on vaikeaa ja siksi lauseetkin kannattaa rakentaa mahdollisimman yksinkertaisiksi: ”Kaapissa on paita. Se on puhdas. Ota se paita.” (Laaksonen ym. 2016, 48 – 50.)

*Reaktioiden hidastuminen.* Asioiden prosessointi mielessä hidastuu ja niin hidastuu myös reagoiminen kuultuun tai nähtyyn asiaan. Puhekumppani voi tulkita hiljaisuuden haluttomuudeksi keskustella asiasta tai että toinen ei ole ymmärtänyt asiaa, ja siirtyy seuraavaan aiheeseen. Kun muistisairas on prosessoinut kuulemansa ja muotoillut vastineen sanalliseen muotoon, keskustelukumppani voi olla jo pitkällä toisessa asiassa eikä enää yhdistä vastausta aiempaan aiheeseen ja muistisairas tulkitaan kummalliseksi. Muistisairaahan reagointia voi helpottaa hidastamalla keskustelurytmiä, ei kuitenkaan puherytmiä. (Laaksonen ym. 2016, 50.)

*Dissosiaatio.* Dissosiaatio tarkoittaa sanan ja sen merkityksen yhteyden heikkenemistä. Muistisairaalle ei kannata toistaa asioita samoin sanoin kovin montaakaan kertaan, vaan parin kerran jälkeen kannattaa muuttaa ilmaisua ja käyttää toisia sanoja tai tapoja. Esimerkiksi ellei hoitajan kehoitus ”nouse ylös” tuota tulosta kahden sanomisen jälkeen, kannattaa seuraavaksi ilmaista saman sanomalla ”lähdetään kävelemään” ja näyttää itse samalla mallia. (Laaksonen ym. 2016, 50 - 51.)

#### 4.6 Keinot tukea viestintää

*Visuaalisen* viestin etuna puheeseen verrattuna on suurempi yhteys muistiin, jossa niihin liittyvät merkitykset ovat varastoituina. Haasteena on eleiden ja kuvien rajallinen määrä sekä konkreettisuus, minkä vuoksi niiden käsittely on vaikeaa. Kuvien käyttö ei hyödytä, mikäli potilas on jo unohtanut kaikki käsitteen merkitykset. *Osoittaminen* on

luontevin ja toimivin kommunikointitapa muistisairaahan kanssa. Astetta vaativampi kommunikointikeino on *eleiden käyttö*. Pantomiiimi on eleiden käyttämistä ilman sanoja ja se on myös toimiva kommunikointikeino. *Kuvat ja sanalistat* ovat paikallaan asioista, joita tehdään päivittäin. Niillä voidaan menestyksekkäästi myös kuvata asioiden tapahtumisjärjestystä. *Valokuvia* voidaan käyttää muistin tukena, paikkojen merkitsemiseen ja aikataulujen kuvaamiseen. Kielelliset vihjeet antavat muistisairaalle tukea sanojen löytymiseen mutta eivät suoraan ratkaise asiaa hänen puolestaan. Näin syntyy vuoropuhelua, jossa löydetty sana on palkkio hyvästä keskustelusta. Vihjeiden antamisessa on syytä olla varovainen, ettei loukkaa ihmisen aikuisuutta opettavaisella tyyllillä. (Laaksonen ym. 2016, 53 - 57.)

Viestitä seuraavia asioita:

Arvostus	Muista, että puhut aikuiselle. Varo lapsenomaista puhetapaa.
Turvallisuus	Oma huone on paras paikka, jos puhutaan kyseiselle ihmisellä tärkeistä tai vaikeista asioista. Matala ääni ja rauhallinen puhetempo rauhoittavat.
Kuuntelevuus	Ole aidosti läsnä ja viestitä se: Katso silmiin, pidä kasvosi samalla tasolla kuin keskustelukumppanisi kasvot ja anna yläruumiisi nojautua hiukan eteenpäin. Pyri spontaanisuuteen.
Keskittyminen	Käden koskettaminen voi auttaa keskustelukumppaniasi keskittymään. Puhuttele häntä nimeltä, myös keskustelun aikana. Suuntaa puheesi suoraan hänelle.

Kiinnitä huomiota seuraaviin asioihin:

Ympäristö	Poista hälyäänet. Puhu niin, että valo osuu kasvoihisi ja tarkista, että valo on kirkas. Keskustelu kahden kesken onnistuu paremmin kuin ryhmässä.
Rauhallisuus	Anna keskustelukumppanillesi aikaa muotoilla ajatuksiaan ja puhettaan. Unohda kiireesi keskustelun ajaksi ja viestitä se myös kehon kielelläsi.

Muiden ilmaisukeinojen käyttö	Rohkaise keskustelukumppaniasi käyttämään muita ilmaisukeinoja, jos sanoja ei löydy.
-------------------------------	--

Oma ilmaisutapasi:

Ääni	Jos tuntuu, että keskustelukumppanisi kuulee huonosti, madalla jonkin verran ääntäsi ja puhu rauhallisesti. Huolehdi, että hän näkee huuliesi liikkeit.
Puhe	Toista kerran. Ellei hän ymmärrä toiston jälkeen, sano sama eri sanoin. Korosta ydinsanoja. Puhu vain yhdestä asiasta yhdessä lauseessa. Anna vain yksi vaihtoehto kerrallaan. Jos kyllä, ei ja en tiedä –vastaukset ovat luotettavia, kysy kysymyksiä, joihin näillä sanoilla tai eleillä voi vastata. Sano ohje suoraan äläkä käytä kieltolauseita. Jos keskustelukumppani unohtaa, mitä on puhumassa tai eksyy aiheesta, toista mitä hän on juuri sanonut.
Sanasto	Käytä keskustelukumppanillesi tuttuja ja arkipäiväisiä sanoja. Tutustu häneen ihmisenä ja hänen elämänsä historiaansa.
Muut ilmaisukeinot	Samalla kun puhut, käytä eleitä ja osoittamista. Voit myös piirtää tai näyttää kuvasta tarkoittamaasi asiaa.

Taulukko 1. Vuorovaikutustilanteen helpottaminen (Laaksonen ym. 2016, 59.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä helposti käsillä oleva opas muistisairautta sairastavan potilaan kohtaamiseen. Opinnäytetyön tavoite oli helpottaa sairaanhoitajien työtä, kun he kohtaavat työssään muistisairautta sairastavan potilaan. Työtä ohjaavia kysymyksiä ovat olleet: Miten ja miksi muistisairaus vaikuttaa potilaan hoitoon? Miksi vuorovaikutukseen pitää kiinnittää huomiota ja miten muistisairas tulisi kohdata? Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Turun Ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen Muistiyhdistyksen kanssa.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tiedonhaku

Tiedonhakuun käytettiin eri tietokantoja ja artikkelikokoelmia kuten Terveysportti, MEDLINE, Medic ja CINAHL. Lisäksi tietoa etsittiin internetistä lähdekriittisyys huomioiden. Hakusanoina käytettiin muun muassa muistisairaus, Alzheimerin tauti, dementia, demens, memory, behavior, käytösoireet ja otsa-ohimolohkorappeuma. Lähdeaineiston kirjoittajat ovat muistisairauksien tunnettuja asiantuntijoita. Tekijöiden omia henkilökohtaisia mielipiteitä aiheesta ei ole käytetty. Lähdeaineisto koostuu enimmäkseen suomalaisista, mutta myös osin ulkomaisista artikkeleista ja tutkimuksista. Tiedonhaussa hyödynnettiin myös eri järjestöjen ylläpitämiä nettisivuja, koska heillä on erityisesti potilaille suunnattuja ja potilaslähtöisiä artikkeleita ja kirjoituksia.

### 6.2 Toimintaympäristö ja kohderyhmä

Ajatuksena oli tehdä pikaopas sairaanhoitajille muistisairaahan kohtaamiseen. Kaikki sairaanhoitajat eivät ole perehtyneet muistisairaahan ihmisen erityistarpeisiin ja siksi kohtaaminen potilastyössä voi olla haasteellista. Muistisairautta sairastavan henkilön tullessa esimerkiksi leikkaukseen kirurgiseen sairaalaan, potilaan hämmennystä ja pelkoa ei aina ymmärretä ja helposti voidaan päätyä rajoittamistoimenpiteisiin. Kiireisessä sairaalatyössä ei riitä aikaa lähteä opiskelemaan muistisairauksien tuomista haasteista ja niiden syistä. Nopeasti saatavilla olevat yksinkertaiset toimintaohjeet mahdollistavat kiireessäkin potilaan inhimillisen ja ymmärtävän kohtaamisen.

Pikaopasta voidaan käyttää sairaaloiden eri osastoilla kuten sisätautiosastoilla, kirurgian osastoilla, päivystyksessä, terveyskeskuksissa ja poliklinikoilla tukemassa työskentelyä muistisairauksia sairastavien potilaiden kanssa. Myös kotihoidossa, vaikka uusien työntekijöiden perehdyttämisessä, voisi pikaoppaasta olla hyötyä.

### 6.3 Toteutus

Opinnäytetyön suunnittelu lähti liikkeelle syksyllä 2017. Suunnittelu alkoi aiheen valinnalla. Muistisairaahan potilaan hoito oli kiinnostava ja ajankohtainen. Työn tulevaa sisäl-

töä alettiin mieltää omien kokemusten perusteella muistisairaiden hoidosta. Muistisairaahan potilaan kohtaamisen todettiin olevan haaste sairaanhoitajien päivittäisessä työssä. Sairaanhoitajilla on usein kiire eikä ole niin paljon aikaa perehtyä potilaan yksilöllisyyteen kuin pitäisi. Tämän takia muistisairasta potilasta helposti esimerkiksi lääkitään ja rajoitetaan turhaan.

Tutkimuksellisen opinnäytetyön sijaan päätettiin tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallinen opinnäytetyö tarkoittaa erityisesti työelämään suunnattua konkreettista työtä, jonka avulla voidaan kehittää, ohjeistaa, järjestää tai järjestyttää käytännön työtä. Toiminnallisen opinnäytetyön tuloksena voi syntyä esimerkiksi kirja, tapahtuma, kehittämissuunnitelma, ohjeistus, radio-ohjelma tai taiteellinen tuotos. Mahdollisuuksia toteuttamiseen on siis runsaasti. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää aina kaksi erillistä osaa, varsinaisen tuotoksen ja opinnäytetyöraportin, jonka pitää sisältää teoreettinen viitekehys. Toiminnallinen opinnäytetyö on myös osaltaan tutkimuksellinen. Tutkimuksellisuus kohdistuu tuotoksen sisällön hankintaan käytettyihin tapoihin ja sen valmistus- ja toteutuskeinoihin. (Pohjannoro & Taijala 2007. 15.)

Koska työmme päämääränä on opas eli kehittämistyö toimeksiantajallemme, on opinnäytetyömme tyyppi kehittämishanke toiminnallisena opinnäytetyönä. (Salonen 2013, 5 – 6) Kehittämishankkeessa tavoitteena on luoda uutta keräämällä aineistoa jo olemassa olevista lähteistä tai pyrkiä parantamaan jo olemassa olevaa asiaa (Tilastokeskus 2018) Ensimmäisenä vaihtoehtonamme mietittiin osastotunnin pitämistä jossain terveydenhuollon yksikössä, mutta lopullisen työn haluttiin vaikuttavan laajemmin kuin vain yhteen yksikköön ja siksi päädyimme pikaoppaan tekoon. Pikaopas auttaisi sairaanhoitajaa ja sen seurauksena myös muistisairasta potilasta. Oppaan tulisi olla jokaisen helposti ja nopeasti ymmärrettävissä sekä saatavissa.

Kun päätös opinnäytetyön tulevasta sisällöstä ja toteutuksesta oli tehty, otettiin yhteyttä alueen muistiyhdistykseen eli Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry:n. Aiheesta kiinnostuttiin ja todettiin pikaoppaalle olevan tarvetta. Varsinais-Suomen Muistiyhdistykseltä saatiin yhteyshenkilö, jonka kanssa työtä suunniteltaisiin yhdessä.

Kyselyn teettäminen sekä sairaanhoitajille että muistisairaahan omaisille siitä, miten muistisairaahan hoito ja kohtaaminen on osastoilla sujunut, olisi ollut mielekäs ja siitä olisi saatu paljon nykyhetken tietoa kahdesta eri näkökulmasta. Kyselyn toteuttaminen osoittautui kuitenkin mahdottomaksi ajan rajallisuuden vuoksi. Lupien anominen ja saaminen haastatteluja ja potilaiden tiedon keruuta varten olisi kestänyt liian kauan. Muita mah-

dollisia lähteitä kartoitettiin ja todettiin käytettävissä olevien kirjallisten lähteiden määrän riittäväksi. Muistisairauksista ja niiden hoidosta löytyy runsaasti tietoa sekä kirjallisuudesta että internetistä, suomalaisista ja ulkomaisista lähteistä. Aiheita löytyi paljon eri vuosikymmeniltä, ja se myös vaati paljon lähdekriittisyyttä aiheen ajankohtaisuuden ja luotettavuuden vuoksi.

Aiheen rajaus on tärkeä vaihe opinnäytetyön tekemisessä eikä se alkuvaiheessa olekaan lopullinen, koska työn edetessä tulee uusia ajatuksia ja ideoita. Se kuitenkin ohjaa työn tekemistä ja asettaa jonkunlaiset raamit. Aiheen rajauksen vaikuttivat opinnäytetyötä ohjaavat kysymyksemme sekä tarkoituksemme ja tavoitteemme (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2014).

Opinnäytetyön kirjallisen suunnitelman tekoon käytiin jakamalla alueet tasapuolisesti ja jokaisen kiinnostuksen mukaan. Yhtä kiinnosti erityisesti kirjallisuuskatsauksen teko, toista etiikka ja niin edespäin. Lähteitä haettiin koko aihealueeseen liittyen, ja ne kerättiin kaikkien tekijöiden nähtäviksi. Jokaisen opinnäytetyön tekijän henkilökohtaisen ajankäytön mahdollisuuksien mukaan kirjoitettiin yhteiseen suunnitelmapohjaan. Sitä työstäessä työn sisältö ja toteutus hioutuivat myös koko ajan selkeämmäksi ja paremmaksi ja uusiakin ideoita syntyi lähteitä kerättyä. Näistä ideoista osa hyödynnettiin ja osa hylättiin, jotta aihe pysyisi selkeästi rajattuna. Opinnäytetyön suunnitelma esitettiin laivalla pidetyssä seminaarissa joulukuussa 2017. Kun suunnitelma oli hyväksytty ohjaavalla opettajalla, ja toimeksiantajan allekirjoitus toimeksiantosopimukseen oli saatu, päästiin varsinaisen työn tekoon. Valmis suunnitelma lähetettiin myös muistiyhdistyksen yhteyshenkilölle, joka antoi siihen liittyen vinkkejä ja korjausehdotuksia. Yhteyshenkilön kanssa sovittiin, miten hänelle opinnäytetyön etenemisestä tiedotetaan.

Kun työn raamit oli sovittu tilaajan kanssa, käytiin ryhmässä keskustelua työn sisällöstä otsikkotasolla, kartoitettiin lisää lähteitä ja sovittiin keskinäisestä työnjaosta ja aikataulusta. Jokainen pääsi toteuttamaan itselleen mielekästä sisältöä työtä varten. Työtä tehtiin itsenäisesti useampia viikkoja, kuitenkin pitäen koko ajan yhteyttä toisiin. Tasaisin väliajoin tavattiin ja käytiin läpi kertynyttä materiaalia toisiamme tukien.

Opinnäytetyön kirjallisuuskatsauksessa muistisairauksia käsittelevä osuus päätettiin rajata yleisimpiin muistisairauksiin. Myös muistisairauksien hoito käsiteltiin tekstissä suppeasti, koska opinnäytetyöntyön pääaiheena oli muistisairauksien tuomat haasteet kuten käyttäytymisen, kognition ja vuorovaikutuksen ongelmat. Jonkin verran kuitenkin haluttiin käydä läpi muistisairaiden hoidossa jo käytössä olevia ja hyväksi havaittuja

lääkkeettömiä hoitomuotoja, koska niiden kautta pystyttiin huomioimaan mahdollisia syy-seuraussuhteita pikaoppaaseen valikoituviin ohjeisiin.

Toiminnallisen osuuden lopullisessa muodossa päädyttiin A4-kokoiseen, ilmoitustaululle kiinnitettävään versioon. Toisena vaihtoehtona ollut, taskuun mahtuva tietolehtinen, ei olisi potilastyössä täyttänyt hygieniavaatimuksia. Seinällä oleva ja nopeasti luettava versio oli myös käytännöllisempi. Pikaoppaassa painotetaan vuorovaikutuksen merkitystä ja siihen annetaan vinkkejä, koska se on olennaisen iso osa kohti onnistunutta hoitosuhdetta hoitajan ja muistisairaana välillä. Kun vuorovaikutus toimii, ei potilasta tarvitse turhaan rajoittaa tai rauhoittaa lääkkeillä.

Toimeksiantaja toivoi myös mobiiliversiota oppaasta, mutta ajan rajallisuuden ja mahdollisten kustannusten vuoksi tämä idea jouduttiin jättämään vielä sivuun. Jatkossa, jos tällaista mobiiliverisota joskus rakennetaan, voidaan pikaopasta hyödyntää sen teossa.

Lopulliseen tuotokseen valittiin käytännöllisiä ohjeita, jotka sopivat sekä kokeneemman että vastavalmistuneen ja taloon tulleen sairaanhoitajan käytettäväksi. Työhön ei laitettu ohjeistuksia eri sairauksiin liittyen vaan yleispäteviä vuorovaikutusvinkkejä muistin tueksi. Tuotoksen ulkoasu teki tilauksesta ulkopuolinen graafisen suunnittelun ammattilainen. Hän sai ohjeet lopullisen työn koosta, tarkoituksesta sekä sisällön tekstimuodossa, minkä jälkeen hän muotoili työn.



## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyömme on toteutettu terveydenhuollon yhteisiä ammattieettisiä sekä tutkimus- ja kehittämistyön eettisiä periaatteita noudattamalla. (ETENE 2001; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Kuten myös pitämällä mielessä ikääntyneiden hoitotyön sekä terveyden edistämisen etiikkaa koskevat kysymykset ja eettiset ongelmat (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 160, 230 - 231). Jo aihetta valitessamme törmäsimme ensimmäisiin eettisiin ongelmiin. Kun kohteena on muistisairas potilas, oli jo oletus siitä, että potilasryhmä on muita vähäisempi muistisairautensa vuoksi (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289) koska muistisairauden tiedetään heikentävän muistia ja kognitiivista toimintakykyä (THL 2018/d). Työmme lähtökohtana ja eteenpäin vievänä ajatuksena on voinut pitää sairaanhoitajan eettistä vastuuta muistisairasta hoidettaessa. Se, että toteutuuko käytännön työssä potilaan asemaa ja oikeuksia koskevassa laissa mainitut tasa-arvo, hyvä kohtelu, hyvä hoito sekä kunnioitus, ovat riippuvaisia sairaanhoitajan antamasta hoidosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Työmme perustuu kirjallisuuspainotteiseen tietoon ja lähteenä olemme käyttäneet alan kirjallisuutta sekä internet-lähteitä. Lähteiden käyttö työn perustana edellyttää niiden jatkuvaa eettisyyden sekä luotettavuuden arviointia, pitää miettiä onko lähteiden määrä ja laatu riittävää, jotta se on luotettavaa (Soininen 1995, 54 - 55; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290). Työ on toteutettu hyvää tieteellistä käytäntöä (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2018) noudattaen emmekä ole käyttäneet piittaamattomuutta tai vilppiä (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287).

Aiheen rajaus aiheutti usein eettistä pohdintaa siitä, mikä on työssämme tarpeellista ja mikä jätetään pois. Vaikka emme itse omaa tutkimusta kuten haastattelua tai kyselyä tehneekään, kävimme läpi tutkimusprosessin vaiheita kuten kirjallisuuteen tutustuminen, ongelman identifiointi, hypoteesin laatiminen, aineiston keruun suunnittelu ja sen toteutus sekä aineiston analyysi ja raportin kirjoittaminen (Soininen 1995, 45 - 47). Aiheemme on ollut laaja ja lähteet on kerätty lähdekriittisesti luotettavuuden turvaamiseksi vain näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvista lähteistä (Gothoni 2018). Aineisto on kerätty huolellisesti ja taloudellisesti ja pyritty käyttämään mahdollisimman uusia lähdeaineistoja, mutta myös vanhempien lähdeaineistojen käyttö kertoo siitä, ettei aiheeseemme liittyvä tieto ole monilta osin muuttunut miksikään. Lähdeaineistomme kirjoittajat ovat muistisairauksien tunnettuja asiantuntijoita. Aineistoa on kerätty myös pal-

jon internet- lähteistä ja eri tietokannoista kuten Terveysportti, MEDLINE, Medic ja CINAHL. Kansainvälisten lähteiden käyttö lisää työn luotettavuutta ja monipuolisuutta (Kajaanin Ammattikorkeakoulu 2017). Emme tuo työssämme ilmi omia mielipiteitämme, mutta aineistoa tutkiessamme kävimme keskenämme sisäistä keskustelua arvioiden jatkuvasti sekä luotettavuutta ja eettisyyttä. Kerätty aineisto on ollut vain tekijöiden käytössä. Koska emme teettäneet kyselyjä tai haastatteluja, emme myöskään tarvitse tutkimuslupia tai henkilöiden suostumuksia (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290 - 291). Toimeksiantosopimuksen teimme Varsinais-Suomen Muistiyhdistys Ry:n ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Toimeksiantosopimusta tehtäessä sovittiin työn yksityiskohdista. Opinnäytetyön toimeksiantaja hyväksyi työn aiheen ja osoitti meille yhteyshenkilön, johon saatoimme olla yhteydessä työn edetessä. Opiskelijoina kannoimme vastuun työn etenemisestä sovitussa aikataulussa. (Korkeakouluosaajat 2018.)

Työskentelyprosessi on sujunut mutkattomasti ja jokainen tekijöistä on perehtynyt koko aihealueeseen. Työnjako on ollut selkeää ja kaikki ovat osallistuneet työn tekoon tasapuolisesti ja perehtyneet laajemmin omaan osuuteensa työstä. Työ on tehty huolellisesti, tarkasti ja rehellisesti (Metropolia Ammattikorkeakoulu 2017). Opinnäytetyötä on tehty yhteistyössä sekä toimeksiantajan että ohjaavan opettajan kanssa ja työtä on kehitetty ja muokattu myös heidän ohjauksen ja palautteen avulla. Työn lopullisen tuotoksen arvioi sekä toimeksiantaja että opettajat.

Tämän oppaan tarpeen ja tulevasta hyödystä kertoo aiheen tärkeys yhteiskunnallisesti, sen ajankohtaisuus, omakohtaiset havaintomme ja kokemuksemme aiheesta ja toimeksiantosopimus Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry:n kanssa. Työ tulee kaikkien vapaasti käytettäväksi Varsinais-Suomen Muistiyhdistys ry:n internetsivuilla.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tuotoksen arviointi

Opinnäytetyön lopputuotos on monenlaiseen hoitolaitokseen sopiva informatiivinen ja napakka tiivistelmä, jonkaalaista emme aiemmin tuotetuista materiaaleista löytäneet. Valitsimme vuorovaikutuksen muistisairaana ja hoitajan välillä tärkeimmäksi asiaksi ja keskityimme hakemaan siihen käytännön vinkkejä. Joihinkin ongelmatilanteisiin saa pikavastauksen jo yhdestä lauseesta, kun taas monimutkaisempiin tilanteisiin löytää vastauksen yhdistelemällä ohjeen eri kohtia ja soveltamalla niitä luovasti kuhunkin tapauksen sopivalla tavalla. Hoitajan on aina kuitenkin kyettävä käyttämään omaa tervettä harkintakykyä ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi luontevasti.

### 8.2 Opinnäytetyön prosessin arviointi

Opinnäytetyön prosessi aloitettiin kirjallisuuskatsauksella sekä työnjaolla tekijöiden kesken. Näin jokainen pystyi alusta lähtien perehtymään tiettyyn osa-alueeseen, josta oli vastuussa. Prosessin aikana opinnäytetyön tekijät kommunikoivat keskenään lähes päivittäin WhatsApp-viestein ja yhteistä linjaa muodostaen. Jokaisella työvaiheella oli yhteisesti sovittu aikataulu, jota pyrittiin noudattamaan. Työvaihe kerrallaan arvioitiin siihenastista materiaalia ja tehtiin suunnitelma seuraavasta vaiheesta. Säännöllisin väliajoin palautetta kysyttiin ohjaavalta opettajalta sekä työn tilaajalta. Välillä palautetta jouduttiin odottamaan pidempään, mikä vaikutti taas puolestaan jatkosuunnitelmiin ja aikatauluun. Oman haastattelun tai kyselyn teko muistisairaana omaisille sekä muistisairaita osastolla hoitaneille sairaanhoitajille, olisi saattanut tehdä työstämme luotettavamman ja rajannut aihetta niiden ongelmien mukaan, joita haastatteluissa olisi tullut ilmi. Aika ei sen tekemiseen kuitenkaan riittänyt.

### 8.3 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

Pikaoppaaseen on mahdotonta sisällyttää ohjeita kattavasti kaikkiin mahdollisiin tilanteisiin. Yksilöllisemmän lopputuloksen saisi kohdistamalla työn johonkin tiettyyn työpaikkaan tai yhteisöön, jolloin nimenomaan kyseisen yksikön ongelmakohtiin pystyttäi-

siin antamaan nopea vastaus ja apu. Mahdollisia kehittämissuuntia voisi olla myös sähköinen versio oppaasta, jonka pystyisi liittämään potilastietojärjestelmään sekä mobiiliversio. Sähköisissä versioissa olisi mahdollista ohjeisiin lisätä linkit, joilla pääsisi vielä tarkastelemaan perusteluja, miksi ohjeen mukaan kannattaa toimia. Pikaoppaan kääntäminen toiselle kotimaiselle kielelle ja mahdollisesti myös englanniksi voisi laajentaa oppaan käyttöä muihin tarkoituksiin esimerkiksi maahanmuuttajille suunnattuun lähihoitajakoulutukseen.

## Pikaopas

# PIKAOPAS MUISTISAIRAAN KOHTAAMISEEN

Mulsta ja ymmärrä, että potilaallasi on saltaus, joka helkentää kognitiota, toimintakykyä, aloitteellisuutta, muistamista ja ohjelden vastaanottokykyä.

Älä torju käsitystä nykytilasta vaan mene lempeästi mukaan hänen maallmaansa

### KOHTAAMINEN

- ▶ Ilmaise välittämisen tunteita ilmein, elein ja hymyile
- ▶ Puhuttele häntä hänen nimellään ja käytä rohkeasti arvonimia
- ▶ Keskustele kasvot samalla tasolla ja omat kasvot valaistuina
- ▶ Puhu rauhallisesti ja artikuloi selkeästi
- ▶ Älä puhu päälle
- ▶ Älä korota ääntäsi
- ▶ Kosketuksella saa voimaa viestintään ja huomiota kiinnitettyä mutta älä riko reviiriä

### OHJAUS

- ▶ Jousta omista tavoitteistasi ja anna vähän periksi
- ▶ Ohjaa toimintaa vaihe kerrallaan
- ▶ Näytä rauhallisesti itse mallia
- ▶ Älä lähde selittelemään antamiasi ohjeita
- ▶ Kohdistu potilaan huomio johonkin hänelle tuttuun esineeseen/asiaan, mikä luo hänelle muistoja ja hyvää oloa.

### MITEN?

- ▶ Käytä pronomien sijaan esineiden, asioiden ja henkilöiden nimiä
- ▶ Käytä kuvia puheen ymmärtämisen tukena
- ▶ Valta EI-alkuisia lauseita ja kieltoja
- ▶ Älä sano "kohta" vaan kirjoita lapulle tarkka aika
- ▶ Älä nolaa alakä pakota
- ▶ Älä ilmaise mitätöintiä tai väheksyntää
- ▶ Älä vaadi sellaista, mihin hän ei pysty