

MUISTIASIAKKAAN ARVOSTAVA KOHTAAMINEN

Kirjallisuuskatsaus

Riitta Räsänen
Katja Vehniäinen

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012

Hoitotyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) RÄSÄNEN, Riitta VEHNIÄINEN, Katja	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 16.4.2012
	Sivumäärä 34	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi MUISTIASIAKKAAN ARVOSTAVA KOHTAAMINEN, KIRJALLISUUSKATSAUS		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja MATILAINEN, Irmeli		
Toimeksiantaja Keski-Suomen Muistiyhdistys ry		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla muistiasiakkaan arvostavaa kohtaamista hoitotyössä. Tavoitteena oli koota jo olemassa olevan tiedon perusteella yhteen tiivistetysti niitä asioita, jotka vaikuttavat positiivisesti muistisairautta sairastavien henkilöiden kohtaamiseen.</p> <p>Alkuperäisaineistoa haettiin Medic- ja Ebsco Academic elite tietokannoista ja haut rajattiin vuosille 2007–2012. Lopulliseksi aineistoksi valikoitui yhteensä 7 väitöskirjaa, tutkimusartikkelia ja hoitotieteellistä julkaisua. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettisessa osuudessa tarkastellaan yleisimpiä muistisairauksia, niiden esiintyvyyttä, sekä muistisairauksien tuomia haasteista muistiasiakkaan kohtaamiseen hoitotyössä.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen alkuperäisaineiston perusteella tulokset muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen periaatteista jaettiin kuuteen pääluokkaan. Nämä pääluokat ovat hoitajan ammatillinen toiminta, persoonan käyttäminen hoitotyössä, järkipäätöksentekeminen, intuitiivinen toiminta, eettinen toiminta ja fyysinen läsnäolo.</p> <p>Arvostavan kohtaamisen kannalta muistiasiakkaan elämänhistorian tunteminen nähtiin tärkeänä, samoin korostettiin teoreettista tietämystä muistisairauksista. Useimmin alkuperäisaineistossa nousi kuitenkin esiin kosketuksen merkitys. Myös huumori ja hoitajan rauhallisuus sekä ajan antaminen nousivat tärkeimmiksi arvostavan kohtaamisen keinoiksi muistiasiakkaan kanssa.</p>		
Avainsanat kohtaaminen, muistisairaus, muistiasiakas, arvostava, kirjallisuuskatsaus, hoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) RÄSÄNEN, Riitta VEHNIÄINEN, Katja	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 16.4.2012
	Pages 34	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until	Permission for web publication <input checked="" type="checkbox"/>
Title APPRECIATIVE INTERACTION WITH PEOPLE WHO HAVE DEMENTIA, REVIEW OF LITERATURE		
Degree Programme Nursing		
Tutor MATILAINEN, Irmeli		
Assigned by Keski-Suomen Muistiyhdistys ry		
Abstract <p>The purpose of this thesis was to describe appreciative nursing interaction with people who have dementia by means of a literature review. The aim was to collect and condense existing information on factors that would positively affect interaction with demented people.</p> <p>The original articles for his thesis were searched in the Medic and Ebsco Academic Elite databases and the searches were limited to the period 2007-2012. The final selection included seven doctoral theses, research articles and nursing science publications. The material was analyzed by using content analysis.</p> <p>The theoretical framework of this thesis discusses the most common memory illnesses and their occurrence and the challenges that they bring to the interaction with the clients in nursing.</p> <p>Based on the literature review, appreciative interaction with demented clients were classified into six main categories. These main categories were professional action, using personality in nursing, rationalization, intuitive action, ethical action and physical presence.</p> <p>From the perspective of appreciative interaction it is important to know the client's life history. In addition, theoretical knowledge of the memory illnesses was highlighted. However, the most common aspect rising from the material was the meaning of touch. Moreover, humor and the nurses' calmness as well as giving time to the demented clients were the most important methods of interacting appreciatively.</p>		
Keywords interaction, dementia, person with dementia, appreciative, review of literature, nursing		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 MUISTISAIRAUDET YKSILÖIDEN JA YHTEISKUNNAN HAASTEENA.....	4
2.1 Esiintyvyys	5
2.2 Tavallisimmat etenevää muistisairautta aiheuttavat sairaudet	5
2.2.1 Alzheimerin tauti	6
2.2.2 Vaskulaarinen dementia	7
2.2.3 Lewyn kappale -tauti	9
2.2.4 Frontotemporaalinen dementia.....	10
3 MUISTISAIRAUKSIEN TUOMAT MUUTOKSET MUISTISAIRAAN KOHTAAMISEEN..	12
3.1 Vuorovaikutus hoitotyössä.....	12
3.2 Muistisairauden tuomat haasteet kohtaamisessa	12
3.3 Muistiasiakkaan käytösoireet hoitotyön haasteena	14
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	15
5.1 Kirjallisuuskatsaus	16
5.2 Aineiston keruu	17
5.2.1 Medic – tietokantahaku	19
5.2.2 EBSCO -tietokantahaku	19
5.3 Aineiston analysointi	20
6 TULOKSET	21
6.1 Ammatillinen toiminta	21
6.2 Persoonan käyttö	22
6.3 Järkiperäistäminen	22
6.4 Intuitiivinen toiminta.....	22
6.5 Eettinen toiminta	23
6.6 Fyysinen aito läsnäolo	24
6.7 Muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen keskeiset periaatteet	24
7 POHDINTA.....	25

7.1 Tulosten tarkastelua.....	25
7.2 Eettisyys ja luotettavuus	27
7.3 Jatkotutkimusehdotukset	28
LÄHTEET	29
LIITTEET	32

1 JOHDANTO

Etenevien muistisairauksien yleistyminen nähdään suurena tulevaisuuden haasteena hoitotyössä. Toisaalta muistihäiriö- ja dementia-työn laatu kehittyy nopeaa vauhtia. (Heimonen & Voutilainen 2006, 10.) Muistisairasta ihmistä on usein pidetty ulkopuolisena ja kyvyttömänä osallistumaan omaan hoitoonsa. Sairauden tuoman leiman takia hänelle ei ehkä anneta tilaisuutta omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Nykyaikaisen dementia-työn keskeisenä päämääränä on muistiasiakkaan tasavertainen osallisuus omassa hoidossaan. Nykyään hoitajan tehtävänä ajatellaan olevan muistiasiakkaan itsenäisyyden ja riippumattomuuden vahvistaminen. Muistihäiriö- ja dementia-työn perusajatuksena on arvostaa muistiasiakkaan elämäntodellisuutta sellaisena, kuin hän itse sen hahmottaa. (Aejmelaesus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 87.)

Tämä opinnäytetyö käsittelee muistisairauksia ja niiden tuomia haasteita ihmisten väliseen kohtaamiseen hoitotyössä. Hoitajan tavalla kohdata muistiasiakas on suuri merkitys hoitotyön ja molemminpuolisen vuorovaikutussuhteen onnistumiseen. Muistiasiakkaan tulee saada tuntee olevansa arvostettu ja merkityksellinen ihminen. (Heimonen & Voutilainen 2006, 60.)

Opinnäytetyön aihe tuli työelämän yhteistyökumppaniltamme, Keski-Suomen Muistiyhdistykseltä. Muistiyhdistyksessä on havaittu omaisten ja muistisairaiden kanssa toimivien ihmisten kaipaavan usein enemmän tietoa muistisairaahan kohtaamisesta. Koemme tärkeänä levittää tietoutta muistisairauksista ja kehittää omaa asiantuntijuuttamme aiheesta. Työelämässä hoitajan kohtaa lähes päivittäin muistisairautta sairastavia asiakkaita. Jotta kohtaaminen muistisairaahan ihmisen kanssa voisi olla mahdollisimman arvostavaa, tarvitsemme tietoa muistisairauksista ja niiden vaikutuksesta vuorovaikutukseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen keskeisiä periaatteita.

Opinnäytetyössä muistisairauksia sairastavista ihmisistä käytetään termejä muistiasiakas ja muistisairas ihminen. Vuorovaikutuksesta ja sosiaalisesta kanssakäymisestä käytetään termiä kohtaaminen.

2 MUISTISAIRAUDET YKSILÖIDEN JA YHTEISKUNNAN HAASTEENA

Muistisairaita ihmisiä on Suomessa tällä hetkellä jo yli 120 000 ja joka vuosi diagnosoidaan yli 13 000 uutta etenevää muistisairautta (Muisti ja muistisairaudet 2012). Luvut kertovat muistisairauksien olevan merkittävä kansanterveydellinen ongelma Suomessa. Muistisairaudet ja dementia ovat kasvava ongelma myös muissa läntisissä valtioissa (Bridges & Wilkinson 2011, 42).

Muistiasiakkaat luovat yhteiskunnalle taloudellisen ja kansanterveydellisen haasteen tarvitessaan paljon erilaisia terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita. Resursseja ja erityisosaamista vaaditaan myös loppuvaiheen hyvän ympärivuorokautisen hoidon toteuttamiseen. Palveluita tulisi saada saumattomasti ja asiakaslähtöisesti. (Muistisairaudet 2010.)

Muistisairauksilla tarkoitetaan sairauksia, jotka edetessään johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn heikentymiseen. Muistin lisäksi muistisairaudet vaikuttavat kielellisiin toimintoihin, ihmisen toiminnanohjaukseen ja näönvaraiseen hahmottamiseen. Muistisairauksien kohdalla puhutaan aina etenevästä dementoitumisesta. (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 19.)

Dementia on oiretermi, jolla tarkoitetaan useamman kognitiivisen toiminnon heikentymistä entiseen nähden. Se vaikuttaa ihmisen itsenäiseen selviytymiseen jokapäiväisissä toiminnoissa. (Erkinjuntti ym. 2010, 17.) Dementia on tila, jossa useat älylliset toiminnat ja aivotoinnatt ovat heikentyneet rajoittaen ihmisen selviytymistä arjesta. Dementoituvan ihmisen on vaikea oppia uusia asiota tai palauttaa aiemmin opittua tietoa mieleensä. Myös puhe köyhtyy, liikkeiden suorittaminen sekä hahmottaminen ja merkityksien käsittäminen vaikeutuvat. (Huttunen 2011.)

Tässä työssä muistisairauksilla tarkoitetaan eteneviä muistisairauksia, jotka heikentävät muistisairaahan ihmisen toimintakykyä etenevästi ja pysyvästi. Muistisairauksien määrä väestössä lisääntyy jatkuvasti ja hoitotyössä kohdataan yhä

useammin muistiasiakkaita. Tieto muistisairauksista, niiden oireista ja taudinkulusta auttaa hoitotyössä toimivia kohtaamaan muistiasiakkaan arvostavasti.

2.1 Esiintyvyys

Muistisairauksien on todettu olevan kiinteästi yhteydessä korkeaan ikään. Väestön keski-ikä kasvaessa muistiongelmät lisääntyvät. (Erkinjuntti ym. 2010, 28). 75-vuotiaiden joukossa muistisairauksien esiintyvyys on noin 10 prosenttia ja ikääntyessä niiden yleisyys tuplaantuu viiden vuoden välein. Näin ollen 85-vuotiailla on jo 40 prosentin todennäköisyys sairastaa muistisairautta. (Cantley 2001, 10–11.)

Tällä hetkellä noin joka kahdestoista yli 65-vuotiaista suomalaisista kärsii vähintään keskivaikeasta muistisairaudesta (Erkinjuntti ym. 2010, 28). Kaikkiaan sairastuneita ihmisiä on jo yli 120 000 (Muisti ja muistisairaudet 2012). Määrä on Suomessa nopeassa kasvussa, koska muistisairauksien esiintyvyys korreloi suoraan väestön ikärakenteeseen. Tämä johtuu Suomen väestörakenteen muutoksesta; ikärakenne vanhenee kun suuret ikäluokat ikääntyvät ja heitä on väestöstä yhä suurempi määrä. Vuonna 2060 Suomessa on arvioitu olevan 239 000 keskivaikeasti tai vaikeasti muistisairasta henkilöä. (Erkinjuntti ym. 2010, 28;30) Toisena selityksenä tälle väestönkehitykselle on elinajanennusteen nousu. Vaikka suurien ikäluokkien jälkeen 2030 luvun lopulla ikääntyvän väestön määrä alkaa vähetä, 75 ja 85 vuotta täyttäneiden eli kaikkein haavoittuvaisimpien osuus jatkaa tämänkin jälkeen kasvuaan vuoteen 2040 saakka. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 14–15.)

2.2 Tavallisimmat etenevää muistisairautta aiheuttavat sairaudet

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava muistisairaus. Muita tavallisimpia etenevän muistisairauden aiheuttajia ovat *vaskulaarinen* eli verenkiertoperäinen dementia, *Lewyn kappale -tauti* ja *frontotemporaalinen* dementia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62.)

2.2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus ja sen osuus muistisairauksista on 65–70 prosenttia (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62). Härmän ja Granön (2011, 119) mukaan Alzheimerin tauti on mukana jopa yli 80 prosentissa dementoivista muistisairauksista, mukaanlaskettuna tapaukset joissa se esiintyy yhdessä jonkin muun sairauden kanssa. Alzheimerin tauti -tapauksista kolmanneksella löytyy suvusta dementiaa, mutta näistä vain 0.5-1 prosenttia on varsinaisesti periytyviä sairauksia. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 69.)

Alzheimerin taudissa aivoihin kertyy amyloidiproteiinia, jota nimitetään seniiliksi plakiksi. Normaalisti amyloidiproteiini erittyy elimistöstä munuaisten kautta, mutta taudissa tämä mekanismi on häiriintynyt. (Härmä & Granö 2011, 121.) Tämän lisäksi Alzheimerin tautiin kuuluu asetyyliinikoliini-välittäjäaineen määrän huomattava väheneminen taudin edetessä ja hermosolukkoa rappeutuu laajalti. Asetyylikoliinin väheneminen johtaa hermoimpulssien hidatumiseen ja estymiseen. Tarkkaa tautimekanismia ei täysin tunneta, mutta taudin arvellaan liittyvän valkuaisaineiden käsittelyn häiriöihin aivoissa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 63.)

Alzheimerin taudin alkuvaiheen tyypillinen oire on oppimisvaikeus, joka pystytään usein havaitsemaan testeissä jo ennen kuin arkielämän selviytyminen häiriintyy. Tauti etenee yleensä hitaasti ja tasaisesti, mutta alkamisiässä ja taudin etenemisessä on yksilöllistä vaihtelua. Taudin kesto on keskimäärin 10 vuotta, mutta vaihtelee 5-20 vuoden välillä. Taudinkulku voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen; alkuvaihe kestää yleensä 3-7 vuotta, keskivaihe 2-4 vuotta ja loppuvaihe 1-5 vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 62; 64.)

Alkuvaiheessa sairastuneen lähimuisti heikkenee, hänen aktiivisuutensa vähenee ja useilla ilmenee masennusta. Nämä ilmenevät uusien asioiden oppimisvaikeutena, abstraktin käsityskyvyn heikkenemisenä, sekä aloite- ja keskittymiskyvyn vähenemisenä. Toimintakyvyn ja henkisten kykyjen heikentyminen aiheuttavat huolta ja ahdistusta sairastuneessa ja näiden tuomat mielialamuutokset ja masennus kuuluvat useimmiten sairauden kulkuun (Härmä & Granö 2011, 126.) Monimutkaiset

toimet arjessa vaikeutuvat taudin alkuvaiheessa, mutta sairastunut selviää vielä päivittäisistä toimista ja kykenee itsenäiseen kotona asumiseen. Vieraisissa ympäristöissä eksyminen on tavallista. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 66.)

Toisessa vaiheessa itsenäisessä selviytymisessä tapahtuu selkeitä muutoksia ja sairastunut ihminen tarvitsee pikkuhiljaa apua jokapäiväisten toimintojen kanssa, esimerkiksi pukeutumisessa. Fyysisesti sairastunut ihminen on tässä vaiheessa vielä hyväkuntoinen. Eksymistä tapahtuu jo tutussakin ympäristössä toiminnot käyvät hitaammiksi, puhe, käsillä tekeminen sekä asioiden hahmottaminen vaikeutuvat entisestään. Persoonallisuus ja sosiaaliset kyvyt säilyvät vielä ennallaan, mutta käytökseen liittyy harhaluuloja ja sekavuustiloja. Uni- ja valverytmi usein häiriintyvät. (Mts. 67.)

Alzheimerin taudin kolmannessa vaiheessa keho jäykistyy. Liikuntakyky on selkeästi alentunut ja häviää ajan kanssa kokonaan. Samoin virtsan- ja ulosteenpidätyskyky häviää. Nämä johtavat siihen, että kaikissa päivittäisissä toimissa tarvitaan apua ja muistisairas ihminen on riippuvainen muista ihmisistä. Puhetta on erittäin vaikea tuottaa ja ymmärtää, eikä sairastuneella yleensä ole enää ajan tai paikan tajua eikä hän tunne läheisiään. (Mts. 68.)

Kun muistiasiakas menettää vähitellen kykyjään toimia ja hän tulee riippuvaiseksi toisten avusta, voi olla vaikeaa tavoittaa muistisairaana henkilön omia toivomuksia ja käsityksiä. Muistiasiakasta voidaan pitää kykenemättömämpänä toimimaan kuin hän on, sillä muiden ihmisten voi olla vaikea hahmottaa sairastuneen toimintakykyä ja olemassa olevia voimavaroja. (Sarvimäki, Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2010, 80.)

2.2.2 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarisilla muistisairauksilla tarkoitetaan vakavasti muistiin ja tiedonkäsittelyyn vaikuttavia häiriöitä, jotka johtuvat aivoverenkierron häiriöistä (Härmä & Granö 2010, 139). Vaskulaariset eli verenkiertoperäiset demensiat aiheuttavat 15–20 prosenttia

yksinään kaikista muistihäiriöistä, eli ne ovat toiseksi yleisin vaikean etenevän muistisairauden syy. Lisäksi sitä esiintyy muiden muistisairauksien yhteydessä. Vaskulaarinen dementia aiheutuu aivoverenkiertoon syntyvistä häiriöistä, joita ovat muun muassa erilaiset infarktit ja verenkierron häiriöt, verisuonisairaudet ja aivoverenvuodot. Kussakin tapauksessa sairauden oireet määräytyvät sen sijainnin ja laajuuden mukaan. Vaskulaariset dementiat voidaan jakaa eri pää- ja alatyyppeihin, joissa huomioidaan myös syntytapa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 74–75.)

Vaskulaariset muistisairaudet voidaan jakaa ensin karkeasti hapeenpuutteesta johtuviin eli iskeemisiin- ja aivoverenvuototiloihin (Härmä & Granö 2010, 139). Lisäksi ne voidaan jakaa päätyyppeihin, joita on kaksi: kortikaalinen ja subkortikaalinen vaskulaarinen muistisairaus. Subkortikaalinen eli aivokuorenlainen päätyyppi on yleisempi (n. 60–70 prosenttia tapauksista). Se on niin sanottu pienten verisuonten tauti, jossa aivojen pienet syvien osien valtimot ahtautuvat ja tukkeutuvat ja syvät osat vaurioituvat. Hapeenpuute vaurioittaa myös aivojen valkeaa ainetta. Kortikaalisessa muodossa vauriot vastaavasti painottuvat aivokuorelle. Tätä kutsutaan ns. moni-infarktitaudiksi. Päävaltimoihin syntyy tukoksia, jotka aiheuttavat infarkteja aivokuorella. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 75–78.)

Vaskulaaridementialla ei ole samanlaista yhtenäistettävää kulkua kuin alzheimerin taudilla, vaan oireet riippuvat hyvin pitkälti verenkiertohäiriön paikasta aivoissa. Joitakin piirteitä voidaan kuitenkin pitää tälle dementialle tyypillisinä. Äkkinäinen ja joskus jopa paikannettavissa oleva alku esimerkiksi tulehdustaudin yhteyteen on tunnusomaista vaskulaaridementialle. Sairaudelle on ominaista edetä portaittain; välillä kulku voi pysähtyä ja välillä tulee taas äkillisiä pahenemisjaksoja. Muistihäiriöitä tulee kaikille, mutta ne ovat usein lievempiä kuin alzheimerin taudissa. Muistihäiriöitä selkeämmin verenkiertohäiriö dementiassa yleensä näkyy toiminnan ohjauksen köyhtyminen. Suunnitelmallisuus ja käsitteellinen ajattelu vaikeutuvat ja asiat jäävät yksinkertaisesti toteuttamatta. (Mts. 75–78.)

Vaskulaaridementia vaikuttaa yleisesti myös fyysiseen suoriutumiskykyyn; liikkeet hidastuvat, kävelykyky heikkenee ja muuttuu hiihtämistä muistuttavaksi. Sairastuneilla esiintyy myös lieviä halvausoireita ja näköhäiriöitä. Tämän lisäksi tauti

vaikuttaa myös virtsan pidätyskykyyn heikentävästi. Vallitsevat oireet voidaan jaotella päätyyppien mukaan. Fyysisten oireiden lisäksi persoonallisuus saattaa muuttua ja tunne-elämästä tulee ailahtelevaa. Masennusta esiintyy paljon, koska sairastuneet ovat usein alzheimerpotilaita pidempään selvillä omasta tilastaan. (Mts. 75–78.)

Oireiden tiedostaminen voi olla tilannesidonnaista ja muuttua sairauden edetessä. Muistisairas henkilö voi olla hyvinkin tietoinen tilanteestaan tai olla kykenemätön kuvaamaan omaa tilannettaan. Muistisairaajat henkilöt yrittävät ylläpitää kuvaa kyvykkyydestään ja avun vastaanottaminen voi olla heille vaikeaa. Muistisairaajat henkilöt tulee nähdä aktiivisina toimijoina, jotka haluavat selviytyä sairautensa kanssa. On tärkeää tukea muistiasiakasta hyväksymään tilanteensa vähitellen. (Sarvimäki ym. 2010, 71;75;77) Elämän kärsimyksissä ihmisen tehtävä on tukea toista ihmistä. Kärsimystä ei välttämättä pysty poistamaan, mutta myötätunnon antaminen on mahdollista. (Pupita-Mattila 2007, 73.)

2.2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on muistisairauksista kolmanneksi yleisin. Se kattaa 10–15 prosenttia kaikista muistisairauksista, karkeasti arvioiden siis 10 000 suomalaista sairastaa Lewyn kappale -tautia. Sairaus alkaa yleensä 60–65 vuoden iässä, mutta vaihtelut ovat suuret aina 50 vuotiaista yli 80 vuotiaisiin. Samoin kuin sairastumisikä, vaihtelee myös taudin kesto, joka voi olla 2-20 vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

Taudissa aivojen kuorikerrokselle kertyy ns. Lewyn kappaleita, mikroskooppisia hermosolun sisäisiä muutoksia (Härmä & Granö 2010, 134). Samoin kuin Alzheimerin taudissa, tapahtuu myös Lewyn kappale -taudissa muutoksia dopamiinia ja asetyylikoliinia käyttävissä hermosoluissa. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 90.)

Taudinkulkua ei tunneta tarkasti. Älyllinen toimintakyky heikentyy Lewyn kappale -taudissa vähitellen. Vireystason vaihtelut vaikuttavat huomattavasti oireiden esiintymiseen. Levänneenä alkuvaiheessa sairastunut ihminen saattaa vaikuttaa

normaalilta, mutta väsyneenä muisti ja looginen ajattelu pettävät. Vähitellen taudin edetessä puhuminen vaikeutuu ja estyy, vaikka sairastunut henkilö virkeänä ollessaan voikin ymmärtää kaiken hänelle puhutun. Vireystason nopeat vaihtelut ovat yleisiä. Oirekuva on osin samalainen, mutta lievempi kuin Parkinsonin taudissa ja siihen liittyy lepovapinaa, jäykkyyttä, liikkumisen hidastumista ja kasvojen ilmeettömyyttä. Tautiin kuuluvat myös näköharhat, jotka voivat olla hyvin todellisia. Harvemmin esiintyy myös kuuluharjoja. Selittämättömiä kaatumisia ja pyörtymisiä esiintyy yleisesti. (Mts. 90–92.) Samoin kuin edellä kerrotuissa sairauksissa on masennus yleistä myös Lewyn kappale -taudin yhteydessä (Härmä & Granö 2010, 134).

Toimintakyvyn heikkeneminen vaikeuttaa totuttujen aktiviteettien ylläpitämistä. Sosiaalisten suhteiden muuttuminen ja omista rooleista luopuminen vaikuttavat sairastuneen minäkuvaan ja elämän mielekkyyden kokemiseen. Muistisairauden alkuvaiheessa on tärkeää tukea ja edistää muistiasiakkaan sosiaalisia kontakteja ja ennaltaehkäistä eristäytymistä. (Sarvimäki ym. 2010. 71;77) Yhteys ja kommunikointi; puhuminen, kuunteleminen ja yhteys toisiin ihmisiin ovat tärkeitä myös dementoituvalle henkilölle (Pupita-Mattila, K. 2007. 63).

2.2.4 Frontotemporaalinen dementia

Frontotemporaalinen muistisairaus eli otsalohkorappeuma vaurioittaa aivojen otsalohkoja. Otsalohkorappeumien osuus muistisairauksista on vain joitakin prosentteja (alle 5 %), mutta niiden alkamisikä on hyvin alhainen. Näin ollen työikäisen väestön muistisairauksista niiden osuus on huomattavasti korkeampi, noin 10 prosenttia. Sairastumisikä on yleensä 45–65 ikävuoden välillä. Kesto vaihtelee 2–20 vuoden välillä. Keskimäärin sairaus kestää kahdeksan vuotta. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92–93.) Otsalohkorappeumista iso osa on periytyviä. Noin puolella sairastavista on samaa sairautta suvussa ja otsalohkorappeumaa sairastavia sukuja tunnetaan. (Härmä & Granö 2010, 133.)

Suuri osa ihmisten käyttäytymistä säätelevistä aivojen toiminnoista sijaitsee otsalohkojen alueella. Tarkkaavaisuus, toiminnanohjaus, motivaatio ja käyttäytymisen

säätely, sekä osa kielellisistä toiminnoista tapahtuu tällä alueella. (Härmä & Granö 2010, 131.) Otsalohkojen muistisairaudet jaetaan kolmeen eri oireyhtymään niiden oireiden perusteella: otsalohkodementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia. Syitä rappeumiin ovat muun muassa aivoverenvuodot, -kasvaimet ja -vammat. (Erkinjuntti & Huovinen 2008, 92–93.)

Otsalohkojen rappeumien seurauksena syntyy usein hankalia käyttäytymismuutoksia. Usein esiintyy disinhibitorista käyttäytymistä, jossa ihmisen toiminta on hyvin pidäkkeetöntä ja estotonta. Toiminnanohjauksen vaurioituminen voi johtaa epäsopevaan käyttäytymiseen, maanisuuteen ja holtittomuuteen esimerkiksi rahasioissa. Toisinaan taas otsalohkovaurio saattaa passivoittaa sairastunutta ja aiheuttaa apatiaa. Motivaation ja aloitekyvyn heikentyminen johtavat siihen, että sairastunut ei saa aloitettua tehtäviään ja ne jäävät tekemättä. Masennuksesta otsalohkorappeuman aiheuttaman apatian erottaa se, ettei sairastuneella yleensä ole ahdistavia tai surullisia ajatuksia. Tämä johtuu siitä, että rappeuma aiheuttaa ajatusmaailman köyhtymistä ja tyhjenemistä. Ihminen tulee välinpitämättömäksi. Karkeasti voidaan jakaa, että disinhibitoriset oireet kuuluvat enemmän taudin alkuvaiheeseen ja apatia edenneeseen sairauteen. Taudin alkuvaiheessa muisti on yleensä vielä hyvä, mutta puhuminen ja sanojen hakeminen voi vaikeutua nopeastikin ja lopulta puheen tuottaminen loppuu kokonaan. (Härmä & Granö 2010, 131–133.)

Puhekyvyn ja puheen ymmärtämisen heikentyminen tekee muistiasiakkaan kohtaamisesta haasteellista. Sairauden edetessä dementoituva henkilö korvaa puhetta muilla, sanattomilla ilmaisun menetelmillä ja muiden ihmisten on usein vaikea ymmärtää heitä. (Sarvimäki ym. 2010, 70.)

3 MUISTISAIRAUKSIEN TUOMAT MUUTOKSET

MUISTISAIRAAN KOHTAAMISEEN

3.1 Vuorovaikutus hoitotyössä

Vuorovaikutus on välttämätön osa hyvää hoitotyötä. Tutkimusten mukaan hyvät viestintätaidot ovat yksi tärkeimmistä hoitotyötä määrittelevistä ominaisuuksista. Vuorovaikutuksella on suuri merkitys turvallisen hoitaja-potilas -suhteen muodostumiseen, sillä hyvä hoitosuhde parantaa potilaan kokemaa hoitoa sekä vähentää potilaan ja hänen läheistensä hoidon aiheuttamaa ahdistusta. (Dunne 2005, 58–59.) Vuorovaikutustapahtuma joko edistää tai vaikeuttaa hoitosuhdetta. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002,6). Kun hoitajalla on tietoa kanssakäymisen lainalaisuuksista ja vuorovaikutukseen vaikuttavista tekijöistä, on toimivan hoitosuhteen rakentaminen helpompaa (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2008, 85).

Vuorovakutuksella tarkoitetaan ihmisten välistä viestintää ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen kielellä. Myös osallistujien kokemukset, arvot ja uskomukset ovat mukana vuorovaikutuksessa. Puhutun kielen ohella viestintä tapahtuu myös sanattomin viestein. Sanaton eli nonverbaalinen viestintä hallitsee usein ihmisten välistä vuorovaikutusta ja kertoo viestin sanoja rehellisemmin. Sanallisen eli verbaalisen viestinnän osuus kommunikaatiosta on vain kymmenen prosenttia. Nonverbaalista viestintää ovat esimerkiksi katsekontakti, ilmeet, eleet, kehon liikkeet ja asennot, kosketus, etäisyys sekä äänen voimakkuus, sävy ja puhenopeus. (Aejmealeus ym. 2008, 85–86; Laaksonen ym. 2002, 6.)

3.2 Muistisairauden tuomat haasteet kohtaamisessa

Muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin kannalta arjen yksittäiset kohtaamiset ovat avainasemassa. Kohtaamiseen ja sen laatuun vaikuttavat hoitajan arvot ja asenteet, tieto muistisairauksien tuomista vaikutuksista sekä ymmärrys muistisairauksiin

liittyvästä haavoittuvuudesta. Muistisairaahan ihmisen näkökulman lisäksi yksittäiset arjen kohtaamiset ovat merkityksellisiä ja opettavaisia myös hoitajalle. (Laine & Heimonen, 2011, 12.)

Muistisairaahan ihmisen vuorovaikutustaitojen ja kielellisen täsmällisyyden heikentyessä vuorovaikutuksen osapuolten keskinäisen ymmärrys muuttuu haasteelliseksi. Vuorovaikutustilanteet muistiasiakkaan kanssa ovat yllätyksellisiä eikä yhteistä ymmärrystä enää saavuteta tavanomaisin keinoin. (Laaksonen ym. 2002, 5) Muistisairauteen sairastuminen muuttaa ihmisen käsitystä itsestä, omasta elämästä ja omasta roolista sosiaalisten suhteiden verkossa. Koetut oireet voivat aiheuttaa hämmennystä, ahdistuneisuutta, pelkoa ja masennusta. (Heimonen & Virkola 2008, 26.) Yhteisymmärryksen saavuttaminen vaatii hoitajalta tietämystä muistisairaahan ihmisen ajattelun, kielen ja puheen tuottamisen rajoitteista sekä vuorovaikutustilanteen elementeistä. Yhteyden saamiseen ei riitä pelkästään empatia ja ymmärtävä kohtaaminen. Saavuttaessaan aidon yhteyden muistiasiakkaan kanssa, hoitaja ymmärtää muistisairaahan ihmisen käyttäytymisen olevan täysin luonnollista. (Laaksonen ym. 2002, 5.)

Dementoivat ja etenevät muistisairaudet katkaisevat elämän jatkuvuuden tunteen, sillä tulevaisuuteen asetetut odotukset voivat jäädä osittain tai kokonaan toteutumatta. Etenevää muistisairautta sairastavan elämän jatkuvuuden tunnetta tukee totutun elämäntyylin jatkuminen mahdollisimman pitkään. Tämän jatkuvuuden tunteen ylläpitämisessä sosiaaliset vuorovaikutussuhteet ovat erityisen tärkeitä. Sairauden edetessä ihminen tarvitsee elämän jatkuvuuden tuntemiseen toisia ihmisiä, jotka tuntevat hänen elämäntarinansa ja – kulkunsa. (Heimonen & Voutilainen 2006, 16.)

Sosiaalisten suhteiden säilyminen ja arvostetuksi tunteminen ovat dementoituvalle ihmiselle tärkeitä. Sairastunut voi kuitenkin helposti vetäytyä sosiaalisia suhteita ja lopulta sosiaalinen verkosto pienenee. Etenevän muistisairauden oireet, kuten väärinmuistamiset ja kielellisen vuorovaikutuksen vaikeutuminen voivat luoda epävarmuutta ja saada muistisairaahan välttämään sosiaalisia vuorovaikutustilanteita. (Heimonen & Voutilainen 2006, 17.)

Vaikka tieto ja ymmärrys muistisairauksista sekä niiden tuomista vaikutuksista ovat

lisääntyneet, liian moni muistisairas ihminen jää huomaamattomaksi sairautensa taakse eikä tule nähdyksi yksilöllisenä ihmisenä. Muistisairaus voi leimata koko ihmisen ja hänen toimintansa tulkitaan sairauden näkökulmasta. (Laine & Heimonen 2011, 12) Muistisairaana ihmisen ihmisarvoa vahvistavalle lähestymistavalle on tarvetta. Jokainen ihminen haluaa tulla arvostetuksi ja kohdatuksi omana itsenään, kokea osallisuutta sekä elää tarkoituksellista elämää omien kykyjen ja voimavarojen mukaan. (Mts 12.)

3.3 Muistiasiakkaan käytösoireet hoitotyön haasteena

Käytösoireilla tarkoitetaan muistisairaiden ihmisten käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita. Aikaisemmin käytösoireita on pidetty outona ja normaalista poikkeavana käyttäytymisenä, mutta nykyään käytösoireet ollaan ymmärtämässä muistiasiakkaan kykyjen mukaisena normaalina reaktiona ja toimintatapana. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 232–233.) Muistiasiakas ei usein pysty ilmaisemaan tunteitaan ja tarpeitaan selkeästi. Hän ilmaisee tunteitaan niillä keinoilla mitä hänellä on. (Aejmelaeus ym. 2008, 233.) Muistiasiakasta ymmärtävässä lähestymistavassa käytösoireet ovat ihmisen keino hallita elämäänsä ja sopeutua meneillä olevaan tilanteeseen hänen näkökulmastaan mielekkäällä tavalla (Eloniemi-Sulkava ym. 2009, 232–233).

Muistiasiakkaalla havaittavia käytösoireita voivat olla esimerkiksi levottomuus, huutelu, fyysinen aggressiivisuus ja toisto-oireet. Psykologisia oireita ovat esimerkiksi ahdistuneisuus, masennus ja virhetulkinnat. (Aejmelaeus ym. 2008, 232–233.) Kommunikoinnin vaikeudet ja tilannetulkinnan puutteet aiheuttavat mielialan vaihtelua ja turhautumista. Turhautuminen voi ilmetä suuttumuksena, voimakkaana ahdistuksen ilmaisuna tai syrjään vetäytymisenä. Kognitiivisten muutosten ja puutteellisen itseilmaisun myötä muistisairas ihminen tulee helposti väärinymmärretyksi tai sivuutetuksi. Tästä loukkaantunut ihminen saattaa ilmaista tunteensa esimerkiksi huutamalla. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2009, 236.)

Tässä opinnäytetyössä edellä mainitusta muistiasiakkaan käyttäytymisestä käytetään käsitettä haasteellinen käyttäytyminen. Haasteellinen käyttäytyminen ikään kuin haastaa hoitajat pohtimaan omaa toimintaansa muistiasiakkaan kohtaamisessa. (Isola, Backman, Saarnio & Paasivaara 2004, 146).

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ja koota yhteen jo olemassa olevan tiedon pohjalta asioita, jotka vaikuttavat muistisairaana arvostavaan kohtaamiseen hoitotyössä. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen keskeiset periaatteet.

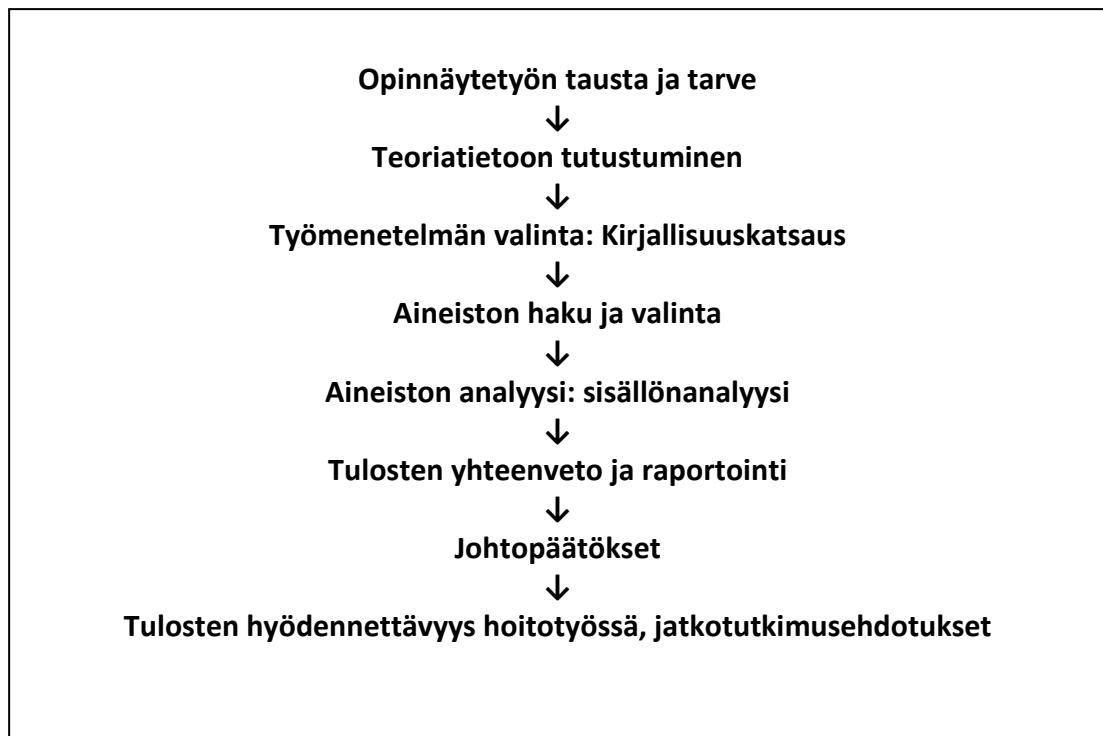
Tutkimustehtävä:

Mitä on muistisairaana laadukas kohtaaminen?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena yhdistäen useista eri lähteistä ajankohtaista, suomenkielistä sekä englanninkielistä tietoa. Työn tutkimusote on kvalitatiivinen eli laadullinen. Tutkimuksen eteneminen kuvataan taulukossa (Taulukko 1.).

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön eteneminen



5.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa asetettuihin tutkimuskysymyksiin haetaan vastauksia ja tietoa jo olemassa olevista tutkimuksista ja tiedonlähteistä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus edellyttää sitä, että valitaan kattavasti alkuperäistutkimuksia. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39.) Kirjallisuuskatsaus osoittaa miten ja mistä näkökulmista tarkasteltavaa aihetta on jo tutkittu sekä miten tekeillä oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2002, 119–120.) Kirjallisuuskatsauksen tekeminen tarjoaa opiskelijalle hyvän mahdollisuuden oppimiseen. Kirjallisuuskatsaus opettaa suodattamaan ja selostamaan omin sanoin tärkeistä tutkimuksista tutkimuskysymyksiin vastaavat pääasiat. (Hirsjärvi ym. 2007, 253.)

Tutkimusta ohjaa ennalta asetetut tutkimusongelmat ja –kysymykset.

Kirjallisuuskatsauksen tekijä ei vain kokoaa lähdeaineistosta tasapuolisesti asiaa, vaan etsii lähteistä juuri omiin tutkimuskysymyksiinsä ja tavoitteisiinsa vastaava tietoa.

(Hirsjärvi ym.2007, 253.) Tutkija arvioi tutkimustietoa kriittisesti ja pyrkii jäsentämään sen loogisesti (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39)

5.2 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineistoksi etsittiin alkuperäisartikkeleita, jotka vastasivat ennalta asetettuun tutkimuskysymykseen. Teimme Nelli – tiedonhakuportaalista aineistohaun kahdesta eri kohteesta, toisesta suomenkieliset ja toisesta englanninkieliset aineistot. Aineisto saatiin MEDIC- ja EBSCO Academic search elite - tietokannoista. Näihin tietokantoihin päädyttiin hyvien hakutulosten perusteella. Hakujen tulokset saatiin rajattua sopivan kokoisiksi ja löytynyt aineisto oli käyttökelpoisinta kirjallisuuskatsaukseen sekä vastasi parhaiten tutkimuskysymykseen. Lisäksi haut ovat toistettavissa. Aikarajausta pidettiin hyvin tärkeänä, sillä mukaan haluttiin ottaa vain uusinta tietoa. Alkuperäisaineiston tuli olla julkaistu vuonna 2007 tai sen jälkeen. Aineiston valinta tehtiin otsikon perusteella. Yhteensä aineistoa kertyi opinnäytetyössä analysoitavaksi seitsemän kappaletta (Taulukko 2.).

TAULUKKO 2. Aineistonhaku ja opinnäytetyöhön valitut aineistot

TIETOKANTA	MEDIC	EBSCO
Hakusanat	1. dement* 2. muistis* 3. vuorovaik*	1. dementia 2. communication 3. nurse
Tarkennukset ja välisanat	1. otsikko, or 2. kaikki, and 3. kaikki	1. in TI Title, and 2. all, and 3. all
Muut kriteerit	- 2007-2012 - asiasanojen synonyymit - gradu, väitöskirja, alkuperäistutkimus, hoitosuositus, katsausartikkeli, väitöskatsaus ja muu artikkeli	- 2007-2012 - full text
Tulokset	- 42 hakutulosta - 5 aineistoa valittiin	- 22 hakutulosta - 2 aineistoa valittiin

<p>Opinnäytetyöhön valitut aineistot</p>	<p>1. Jauhola, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön auttamismenetelmät laitoshoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus.</p> <p>2. Laari, M. 2007. Pitkäaikaishoidossa olevien dementiaipotilaiden terveyden edistäminen.</p> <p>3. Laitala, O. 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä.</p> <p>4. Saarnio, R. Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta.</p> <p>5. Saarnio, R. Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat.</p>	<p>1. Blackhall, A. Hawkes, D. Hingley, D. & Wood, S. 2011. VERA framework: communicating with people who have dementia.</p> <p>2. Jootun, D. McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia.</p>
---	---	---

Jotta opinnäytetyöhön valittavasta aineistosta tuli keskenään luotettavaa ja vertailukelpoista, asetettiin alkuperäisaineistolle mukaanottokriteerit (Taulukko 3.).

TAULUKKO 3. Alkuperäisaineiston mukaanottokriteerit

- vastaa tutkimuskysymykseen
- suomen- tai englanninkielinen
- hoitotieteellinen näkökulma
- Pro Gradu – tutkimus, väitöskirja tai hoitotieteellinen artikkeli
- julkaisuvuosi 2007 tai sen jälkeen

5.2.1 Medic – tietokantahaku

Alustavien hakujen jälkeen suomenkielinen tiedonhaku päätettiin tehdä Medic - tietokannasta. Kohtaaminen ei käynyt hakusanaksi, joten piti löytää sopiva hakutermi. Synonyymejä kohtaaminen sanalle olivat kohtaus, kahakka ja yhteenotto, jotka eivät kuitenkaan sopineet hakutermeiksi. Kohtaaminen korvattiin sanalla vuorovaikutus, joka on kahden tai useamman objektin tai tapahtuman välinen vuorovaikutussuhde. Vuorovaikutus termillä voidaan näin ollen kuvata hoitajan ja potilaan välistä suhdetta. Sanan vuorovaikutus synonyymejä ovat; sosiaalinen kanssakäyminen, dialogi, interaktio ja kanssakäyminen (Suomisanakirja.fi).

Hakusanat muistis* and vuorovaik* eivät tuottaneet yksinään hakutuloksia, joten hakusanaksi lisättiin oiretermi dementia. Haulla dement* or muistis* and vuorovaik* saatiin 99 osumaa. Hakua rajattiin vielä laittamalla dement* sanalle tarkennus ”in title”. Lisäksi asiasanojen synonyymit otettiin käyttöön, mutta kokoteksti jätettiin pois. Kokotekstin käyttö olisi pienentänyt aineistoa 17:sta ja pudottanut meille tärkeää aineistoa pois. Opinnäytetyön aineistoksi saatiin kyseisellä haulla 42 osumaa julkaisutyypeillä: gradu, väitöskirja, alkuperäistutkimus, hoitosuositus, katsausartikkeli, väitöskatsaus ja muu artikkeli. Näistä valitsimme analysoitavaksi viisi aineistoa, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymystämme.

5.2.2 EBSCO -tietokantahaku

EBSCO Academic search elite:ssa haluttiin käyttää samoja hakusanoja kuin suomenkielisessä Medic -haussa ja asiasanoille etsittiin vastineet Hoidokki -hoitotyön asiasanastoa apuna käyttäen. Muistisairaus ja dementia sanoille löydettiin yhteinen ilmaus: dementia. Vuorovaikutus kääntyi sanaksi interaction. (Hoidokki, hoitotyön asiasanasto.) Dementia ja interaction -termeillä ei kuitenkaan saatu haluttua hakutulosta ja interaction muutettiin tähän tarkoitukseen parhaiten yksilöiden kohtaamista tarkoittavaksi sanaksi communication. Englannin sana communication kääntyy suomeksi tarkoittamaan seuraavia asioita: kommunikaatio, kommunikointi,

yhteys, yhteydenpito, tiedonvälitys, viestintä, viesti, liikenneyhteydet, ilmoitus, sanoma ja tiedonanto (Sanakirja.org).

Hakusanat dementia and communication tuottivat 103 hakutulosta, kun lisärajoituksena pidettiin vuosiväli 2007–2012 sekä full text. Otos oli vielä liian suuri ja sitä rajattiin paremmin hoitotyötä koskevaksi lisäämällä hakusanaksi nurse, jolloin hakutulosten määrä tippui 31. Hakua haluttiin rajata edelleen ja dementia -sana määriteltiin in TI Title. Hakuyhdistelmällä dementia (in title) and communication and nurse saatiin lopullinen hakutulos; 22 aineistoa, joista valittiin analysoitavaksi kaksi.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto analysointiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Tällä analyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä tiivistetty ja yleisessä muodossa oleva kuvaus. Sisällönanalyysi perustuu tutkijan tekemään tulkintaan, jossa empiirisestä aineistosta edetään kohti käsitteellistä näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105; 115.)

Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi jaetaan karkeasti kolmeen osaan: aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä aineiston abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Redusoinnissa analysoitavasta aineistosta karsitaan kaikki tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla tiedon tiivistämistä tai pilkkomista. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110–111.) Kävimme tutkimukseen valitut aineistot yksi kerrallaan läpi ja keräsimme tutkimuskysymyksiin vastaavan tiedon tiivistetyssä muodossa. Ennen analyysin aloittamista määrittelimme analyysiyksiköksi sanan, lauseen osan tai ajatuskokonaisuuden. (Mts. 112).

Klusteroinnissa alkuperäisaineistosta kerätyt ilmaukset ryhmiteltiin samaa tarkoitaviin yläluokkiin ja luokat nimettiin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokitteluyksiköksi valitsimme luokkaa kuvaavan ominaisuuden tai piirteen. (Liite 1.) Abstrahoinnissa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tiedon

perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Muodostimme syntyneistä yläluokista pääluokkia. (Mts. 114) (Liite 1.)

6 TULOKSET

Alkuperäisaineiston perusteella muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen periaatteet jaettiin kuuteen pääluokkaan; hoitajan ammatillinen toiminta, persoonan käyttö, järkipäistäminen, intuitiivinen toiminta, eettinen toiminta ja fyysinen läsnäolo (Liite 1).

6.1 Ammatillinen toiminta

Muistiasiakkaan elämänsis historian tunteminen ja tieto eletyn elämän kokemuksista lisäävät hoitotyön suunnitelmallisuutta. Muistiasiakkaan taustan tunteminen ja hyödyntäminen voi vähentää joitakin käyttöoireita ja johtaa kohtaamisessa myönteiseen lopputulokseen (Jauhola 2010, 40; Saarnio & Isola 2010, 332). Muistiasiakkaan elämänsis historian tuntemisen lisäksi asiakkaan arvostavan ja onnistuvan kohtaamisen edellytyksenä on myös hoitajan teoreettinen osaaminen. Teoreettinen eli tiedollinen osaaminen on tietoa etenevistä muistisairauksista, mutta myös tietoa elimistön normaalista toiminnasta ja vanhenemisesta (Laari 2007, 44).

Hyvät vuorovaikutustaidot ovat hoitajan työssä tärkein osaamisalue (Laari 2007, 43). Hoitajan on oltava hyvä kuuntelija ja tarkkailija. Sanattoman viestinnän merkityksen ymmärtäminen ja sen huomioiminen niin omassa, kuin muistiasiakkaankin vuorovaikutuksessa tukee kohtaamista (Blackhall 2011, 37.) Katsekontaktilla, eleillä, ilmeillä ja koko fyysisellä olemuksella hoitaja voi tehostaa lähettämiensä viestien oikein ymmärretyksi tulemista (Jauhola 2010, 41). Sanojen tulee olla yksinkertaisia ja ymmärrettäviä. Epäonnistuneiden vuorovaikutustilanteiden seurauksena muistiasiakas ei koe tulevansa ymmärretyksi ja saattaa käyttäytyä haastavasti. (Laari 2007, 55)

6.2 Persoonan käyttö

Hoitajan persoonallinen toimintatapa tukee muistiasiakkaan kohtaamista ja tuo hoitotyöhön inhimillistä otetta. Pelkkä tietämys muistisairauksista ei riitä, vaan muistisairaahan henkilön kohtaamisessa oikea asenne on erityisen tärkeää.

Muistisairaita ihmisiä hoidettaessa kiire on unohdettava, sillä kiireessä hoitaminen vie todennäköisesti kauemmin tai hoito ei onnistu. (Laari. 2007, 45.) Hoitajan oman persoonan hyödyntämiseen liittyvät hyväntuulisuus, rauhallisuus ja empatia. (Saarnio & Isola 2010, 327)

Hoitajan käyttäytyminen voi ehkäistä tai laukaista muistiasiakkaan haasteellista käyttäytymistä ja käytösoireita. Omaa persoonaa käyttämällä; huumorin ja luovuuden avulla hoitaja voi löytää onnistuneita ratkaisuja haastaviin tilanteisiin muistiasiakkaiden kohtaamisessa. (Jauhola. 2010, 40.) Luovuus voi tarkoittaa hoidossa esimerkiksi totutun toiminnan muuttamista toisenlaiseksi (Saarnio & Isola 2010, 327).

6.3 Järkiperäistäminen

Todellisuuden näyttäminen ja asioiden realisointi voi auttaa hoitajaa ja muistiasiakasta selviytymään haastavista kohtaamistilanteista. Hoitaja voi puheen avulla perustella muistiasiakkaalle miksi jotain asiaa ei voi juuri sillä hetkellä tehdä. Muistiasiakasta voi myös vakuuttaa näyttämällä konkreettisesti kyseessä olevan asian. (Saarnio & Isola 2010, 329.) Esimerkiksi hoitajan on hyvä konkreettisesti näyttää muistiasiakalle missä hänen kadoksissa luulemansa rahapussi on. Muistiasiakkaan toiveita ei tyrmätä, vaan keskustelemalla ja vetoamalla järkisyihin voidaan toiveita lykätä tulevaisuuteen (Jauhola 2010, 41).

6.4 Intuitiivinen toiminta

Intuitiivinen toiminta eli intuitiivisuus on hoitajan välitöntä toimintaa erilaisissa kohtaamistilanteissa. Intuitiolla tarkoitetaan yksilön näkemystä, välitöntä

käsittämistä ja sisäistä tajuamista (SuomiSanakirja.fi). Tutkimustulosten mukaan intuitiivisuus koostuu ajan antamisesta muistiasiakkaalle, tilanteiden ennakoinnista ja niiden havainnoinnista sekä muistiasiakkaan huomion kiinnittämisestä muuhun toimintaan ja mukaan menemisestä.

Hoitajan intuitiiviseen toimintaan kuuluu taito havainnoida, ennakoida ja ennalta ehkäistä haastavien vuorovaikutustilanteiden syntyminen. Ennakoidessaan hoitaja voi valmistaa muistiasiakasta esimerkiksi pesutilanteeseen selittämällä muistiasiakkaalle mitä tulee tapahtumaan. Tarvittaessa hoitaja voi selittää muistiasiakkaalle tilannetta yhä uudestaan ja uudestaan. (Saarnio & Isola 2010, 327.) Mahdollisen haastavan tilanteen syntymisen huomatessaan hoitaja voi antaa asiakkaalle lisää omaa aikaansa tai johdatella tilannetta toiseen lopputulokseen, esimerkiksi kiinnittämällä muistiasiakkaan huomio johonkin muuhun asiaan (Saarnio ym. 2011, 52).

6.5 Eettinen toiminta

Hoitajan eettiseen toimintatapaan kuuluu muistiasiakkaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Muistiasiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen toteutuu esimerkiksi hoitajan ja asiakkaan välisellä neuvottelulla hoitotoimenpiteistä ja asiakkaan mahdollisuudesta valita toimenpidevaihtoehdoista mieluisin. Uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen voi toteutua esimerkiksi laulamalla ja rukoilemalla asiakkaan kanssa. (Saarnio & Isola 2010, 329.)

Lukitut ovet voivat ahdistaa muistisairasta henkilöä ja lisätä poislähtemisen tunnetta (Jauhola 2010, 49). Hoitaja voi tukea muistiasiakkaan vapaudentunnetta antamalla hänen liikkua vapaasti osaston tai asuinpaikkansa tiloissa. (Saarnio & Isola 2010, 329.)

Muistisairaahan ihmisen tarpeiden ja tunteiden hyväksyminen on hoitotyössä erityisen tärkeää (Jauhola 2010, 41). Muistiasiakkaalla on yhtäläinen oikeus tuntea vihaa ja ärtymystä sekä olla loukkaantunut (Saarnio & Isola 2010, 329). Asiakkaan tunnemaailma nähdään jokaisen henkilökohtaisena elämänkehityksenä ja muistisairasta ihmistä autetaan tukemalla tämän omia muistoja ja toiveita. (Jauhola

2010. 41) Muistiasiakkaan kohtelevinen aikuisena ihmisenä kuuluu arvostavaan kohtaamiseen (Saarnio & Isola 2010, 329). Eettiseen ja kunnioittavaan toimintatapaan kuuluu myös luvan pyytäminen muistiasiakkaalta ennen hoitotoimenpiteitä. (Saarnio & Isola 2010, 329.)

6.6 Fyysinen aito läsnäolo

Muistiasiakkaan arvostavaan kohtaamiseen kuuluu hoitajan fyysinen läsnäolo joka ilmenee konkreettisenä kosketuksena tai lähellä olona. Arvostavaan kohtaamiseen liittyvistä asioista juuri koskettaminen toistui alkuperäisartikkeleissa useimmin. Kosketus voi olla halaamista, silittämistä, hierontaa tai hellyyttä. Läheisyyttä hoitaja voi toteuttaa vieressä istumalla ja vaihtelemalla omaa fyysistä etäisyyttään muistiasiakkaaseen.

Kosketuksella voidaan lisätä muistiasiakkaan turvallisuudentunnetta ja luoda hoitotyöhön leppoisaa tunnelmaa. (Jauhola 2010, 48). Helposti lähestyttäviä ruumiinosia; hartioita, käsiä ja jalkoja hieromalla voidaan lisätä muistiasiakkaan positiivisia kokemuksia ja parantaa mielialaa. (Jauhola. 2010, 48)

Kohtaamistilanteessa hoitajan tulisi kiinnittää huomiota omaan fyysiseen etäisyyteensä asiakkaasta. Toisen ihmisen lähelle meneminen ja kehon suuntaaminen toista ihmistä kohti viestivät muistiasiakkaalle hoitajan kiinnostuksesta (Jootun & McGhee 2011).

6.7 Muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen keskeiset periaatteet

Ammatillisen toiminnan periaate: Hoitajan teorettinen tieto ja muistiasiakkaan elämänhistorian tunteminen lisäävät arvostavaa kohtaamista. Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot ja muistiasiakkaan tukeminen edistävät yhteisymmärryksen syntymistä.

Persoonan käytön periaate: Hoitajan persoonallinen toiminta ja arvostava asennoituminen muistiasiakkaan kohtaamiseen tuovat hoitotyöhön inhimillisyyttä.

Järkiperäistämisen periaate: Todellisuuden näyttäminen muistiasiakkaalle saattaa ehkäistä haasteellisten tilanteiden syntymisen.

Intuiivisen toiminnan periaate: Omaa intuitiota käyttämällä ja tilanteita ennakoimalla hoitaja voi ehkäistä haasteellisten tilanteiden syntymisen. Tilanteiden selittäminen ja toistaminen muistiasiakkaalle tukevat ymmärrystä.

Eettisen toiminnan periaate: Muistiasiakkaan ihmisarvon ja yksilöllisyyden kunnioittaminen kuuluu muistiasiakkaan arvostavaan kohtaamiseen. Sairauden sijaan hoitajan tulisi nähdä yksilöllinen ja arvokas ihminen.

Fyysisen aidon läsnäolon periaate: Hoitajan kosketus ja lähelläolo luovat muistiasiakkaalle turvallisuudentunnetta ja viestivät hoitajan aidosta kiinnostuksesta.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia kirjallisuuskatsauksen avulla jo olemassa olevasta tiedosta, mitä on muistiasiakkaan arvostava kohtaaminen. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää muistiasiakkaan arvostavan kohtaamisen keskeiset periaatteet.

Muistiasiakkaan arvostava kohtaaminen ja hoitotyö edellyttävät muistiasiakkaiden tarpeista lähtevää ja inhimillistä näkökulmaa. Tulosten perusteella muistiasiakkaan arvostava kohtaaminen vaatii hoitotyöntekijöiltä kokonaisvaltaista näkemystä ja tietämystä niin muistisairauksista, elimistön normaalista vanhenemisesta sekä erityisesti muistiasiakkaan omasta, yksilöllisestä elämänhistoriasta. Hoitajan hyvät vuorovaikutustaidot, itsetunto ja omien tunteiden tunnistaminen tukevat

kohtaamista. Haastavien vuorovaikutustilanteiden ehkäisy edellyttää hoitajalta ennakkointia ja tilannetulkintaa. Haasteellisten tilanteiden ratkaisemiseen hoitaja voi joko suunnitellusti tai intuition myötä löytää parhaan keinon käyttämällä muun muassa omaa persoonaansa, huumoria ja luovuutta. Kaikkien keinojen takana on aina kuitenkin muistiasiakkaan arvotus ja kunnioitus.

Saarnion ja Isolan (2010, 332) mukaan hoitajan ammatilliseen ja eettiseen toimintatapaan ohjaamista on mahdollista lisätä perus- ja lisäkoulutuksen avulla. Allekirjoitamme Saarnion ja Isolan ajatuksen myös siitä, että on erityisen tärkeää tukea ja rohkaista hoitajia käyttämään omaa persoonaansa ja intuitiotaan hoitotyössä muistiasiakkaiden parissa. Koulutuksen lisäksi on tärkeää miettiä ja löytää muitakin keinoja tukea hoitajien kehittymistä muistisairaiden ihmisten kanssa työskennellessään. (Saarnio & Isola 2010, 332.) Myös Laarin (2007, 45) tutkimuksen tulosten mukaan hoitajat kaipaavat lisäkoulutusta erityisesti muistiasiakkaiden päivittäiseen vuorovaikutukselliseen kohtaamiseen ja muistiasiakkaan sisäisen maailman ymmärtämiseen.

Alkuperäisaineistosta ilmeni fyysisen ympäristön vaikutus kohtaamiseen muistisairaahan henkilön kanssa ja se vaikuttaakin paljon kohtaamisen onnistumiseen (Jauhola 2010, 48–50; Laari 2007, 42–43; Saarnio & Isola 2010, 329). Jätimme ympäristön vaikutuksen tietoisesti pois opinnäytetyön tuloksista, koska halusimme rajata tuloksemme koskemaan ihmisten välistä kohtaamista. Fyysistäkin ympäristöä tulisi kuitenkin huomioida hoitotyössä.

Ympäristön rauhallisuus on tärkeä levottomuuden vähentäjä, jota voivat rikkoa esimerkiksi television liian kova ääni ja kovaääninen puhuminen. Muistiasiakkaaseen voivat vaikuttaa myös ympäristön selkeys ja sen rajaaminen. Erilaiset kyltit ja merkit voivat auttaa selkiyttämään ympäristöä ja apuvälineiden käyttäminen; kuten pintojen teippaaminen voi ohjata muistisairasta henkilöä. (Jauhola 2010, 49)

Alkuperäisaineistossa ja muissa aiemmissa tutkimuksissa muistiasiakkaan kohtaamista käsitellään usein ongelmalähtöisesti. Muistisairauden myötä kognitiiviset ja käyttäytymisen muutokset nähdään herkästi uhkana muistiasiakkaalle

itselleen ja hänen ympäristölleen (Laitala 2008, 27; Saarnio ym. 2012, 47).

Opinnäytetyössä halusimme tarkastella muistisairaiden ihmisten kohtaamista ja muistisairauksien mukanaan tuomia haasteita erilaisesta näkökulmasta. Näemme haastavan käytöksen muistisairaana ihmisen elämänhistorian, kokemusten ja nykyisyyden ilmentymänä. Uskomme muistiasiakkaan käyttäytymisen olevan hänelle luonnollista ja tarkoituksenmukaista. Muistiasiakkaan arvostavalla lähestymistavalla ja kohtaamisella voidaan nähdä aito ihminen sekä hänen toiveensa ja tarpeensa käytöksen takana.

Opinnäytetyön tuloksia hyödynnetään Keski-Suomen Muistiyhdistyksen kanssa yhteistyössä tehtävässä kirjallisessa oppaassa.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Valitsimme kirjallisuuskatsauksessa tutkitut alkuperäisartikkelit tarkasti ennalta asetettujen mukaanottokriteereiden mukaan. Alkuperäisartikkelien tuli vastata asetettuun tutkimustehtävään. Opinnäytetyöhön valittiin seitsemän alkuperäisartikkelia. Vaikka otanta on pieni, löysimme valituista artikkeleista tutkimuskysymykseen vastauksen. Tuloksia ei ole valikoitu tai muutettu, vaan ne on esitetty kattavasti ja totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen reliabiliudella tarkoitetaan tutkimuksen tulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei – sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tässä työssä kahden opinnäytetyöntekijöiden saamat samat tulokset tukivat toisiaan. Kirjallisuuskatsauksen työvaiheet on pyritty raportoimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Lukija voi halutessaan toistaa haut sekä löytää opinnäytetyössä käytettyjen artikkeleista samat vastaukset.

Opinnäytetyöhön valittu työtapo ja analyysimenetelmä toivat asetettuun tutkimuskysymykseen vastauksen, tulokset tukevat tutkimuksen validiutta (Mts 227). Tutkimustuloksista kävi ilmi mitä asioita ja ominaisuuksia tarvitaan muistiasiakkaan arvostavaan kohtaamiseen.

Luotettavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön toteuttamisen kaikki vaiheet ja eteneminen on kerrottu mahdollisimman tarkasti. Raporttiin liitetty taulukko työn etenemisestä tukee luotettavuutta ja helpottaa lukijaa ymmärtämään työn eteneminen. Laadullisen tutkimuksen analyysivaiheessa yksi keskeinen asia on luokitteluiden tekeminen. Opinnäytetyön tulokset on luokiteltu kolmeen eri luokkaan ja luokittelut on perusteltu. (Mts. 227.)

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Viidessä tähän opinnäytetyöhön valitussa suomenkielisessä alkuperäisartikkelissa muistisairaiden ihmisten kohtaamista ja haasteellista käyttäytymistä oli tutkittu erilaisissa pitkäaikaishoidon yksiköissä. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia, millaisia tuloksia saadaan avohoidossa olevien muistiasiakkaiden kohtaamisesta ja mahdollisesti esiintyvistä haasteellisesta käyttäytymisestä.

Koska hoitotyötä tehdään yhdessä työyhteisöissä, on yksittäisten hoitajien kokemuksilla ja hiljaisella tiedolla suuri merkitys muistiasiakkaan arvostavassa kohtaamisessa. Jatkotutkimuksena voisi selvittää myös hoitotyöntekijöiden keinoja ja mahdollisuuksia jakaa hyviksi koettuja taitoja ja tilanteita työyhteisössä.

LÄHTEET

Aejmelaesus, R., Kan, S., Katajisto, K. & Pohjola, P. 2008. Erikoistu vanhustyöhön. Osaamista hyvään arkeen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit oy.

Blackhall, A. Hawkes, D. Hingley, D. & Wood, S. 2011. VERA framework: communicating with people who have dementia. Nursing standard 26, 10, 35-39. Viitattu 1.3.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, EBSCO Academic Search Elite.

Bridges, J. & Wilkinson, C. 2011. Achieving dignity for older people with dementia in hospital. Nursing Standard. 25, 29, 42-47. Viitattu 10.3.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli –portaali.

Cantley, C. 2001. A handbook of dementia care. Open University Press, Buckingham. Philadelphia.

Dunne, K. 2005. Effective communication in palliative care. Nursing standard. 20,13, 57-64. Viitattu 13.3.2012. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli –portaali

Eloniemi-Sulkava, U & Savikko, N. Käytösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa gerontologinen hoitotyö. Toim. Voutilainen, P & Tiikkainen, P. Helsinki: WSOY. 232-245.

Erkinjuntti, T. & Huovinen, M. 2008. Kun muisti pettää. Porvoo: WSOY.

Erkinjuntti, T. Rinne, J. & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Porvoo: WSOY.

Heimonen, S. & Virkola, E. 2008. Muistisairauden mukanaan tuomat psykososiaaliset ongelmat ja arjesta selviytymisen haasteet. Memo 4, 26-29.

Heimonen, S. & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin, dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki: Edita.

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

Hoidokki, hoitotyön asiasanasto. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Viitattu 6.3.2012 <http://www.hoidokki.fi/>

Huttunen, M. 2011. Dementia. Lääkärikirja Duodecim, Terveyskirjasto. Viitattu 6.3.2012. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00358

Härmä, H. & Granö, S. 2010. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOY.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R. & Paasivaara, L. 2004. Hoitotyön edistykelliset toiminnot haasteellisen käyttäytymisen kohtaamisessa dementoituvan potilaan hoidossa. Hoitotiede 2005, 17, (3), 145-154.

Jauhola, P. 2010. Haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen hoitotyön

auttamismenetelmät laitoshoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro Gradu – tutkielma. Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos.

Jootun, D. & McGhee, G. 2011. Effective communication with people who have dementia. Nursing standard 25, 25, 40-46. Viitattu 1.3. 2012.

<http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli –portaali, EBSCO Academic Search Elite.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37 – 45.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. Ymmärrä – tule ymmärretyksi, vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Kuopio: Suomen dementiahoitoyhdistys.

Laari, M. 2007. Pitkäaikaishoidossa olevien dementiapotilaiden terveyden edistäminen. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Laine, M & Heimonen, S. 2011. Logoterapeuttisen ajattelun mahdollisuudet muistisairaiden ihmisten hoidossa. Memo 1, 12-15.

Laitala, O. 2008. Dementoituneen henkilön haasteellinen käyttäytyminen ja sen hoitotyön keinot dementiahoitoyksikössä. Pro gradu –tutkielma. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Muisti ja muistisairaudet. 2012. Muistiliitto ry. Viitattu 10.1.2012.

<http://www.muistiliitto.fi/>.

Pupita-Mattila, K. 2007. Arvostava kohtaaminen – arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Juva: WS Bookwell Oy.

Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia 24, (4), 323-334.

Saarnio, R. Mustonen, U. & Isola, A. 2011. Dementoituvan vanhuksen haasteellinen käyttäytyminen laitoshoidossa: esiintymismuodot, yleisyys ja hoitajien toimintatavat. Hoitotiede 23, (1), 46-56.

Sanakirja.org. Englanti-Suomi käänös: communication. Viitattu 6.3.2012.

<http://www.sanakirja.org/search.php?q=communication&l=3&l2=17>

Sarvimäki, A. Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita.

SuomiSanakirja.fi. Sivistyssanakirja, Intuitio. Viitattu 2.4.2012

<http://suomisanakirja.fi/intuitio>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Muistisairaudet. 2010. Käypä hoito. Suositukset. Viitattu 5.3.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

LIITTEET

LIITE 1. Tulosten luokittelu

PÄÄLUOKKA	YLÄLUOKKA	ALALUOKKA
AMMATILLNEN TOIMINTA	Taustan tunteminen	Elämänhistorian tunteminen
	Teoreettinen tieto	Tieto muistisairauksista Tieto muistisairauksien tuomista muutoksista
	Vuorovaikutustaidot	Eleet ja ilmeet Hymy Katsekontakti Keskustelu Rauhallinen puhe Selkeä puhe Vuorovaikutustaitojen tukeminen Äänensävy
	Asiakkaan tukeminen	Asiakkaan kokemuksen oikeuttaminen Ei aliarviointia Rohkaiseminen Usko asiakkaan kykyyn kommunikoida
	Itsetuntemus	Omien tunteiden tiedostaminen
PERSOONAN KÄYTTÖ	Asenne	Aitous Empatia Huumori Hyväntuulisuus Iloisuus Kiireettömyys Kärsivällisyys Optimismi
JÄRKIPERÄISTÄMINEN	Realisointi	Konkreettinen näyttäminen Perusteleminen Tilanteen selittäminen Tosiseikat
INTUITIIVINEN TOIMINTA	Intuitiivisuus	Ajan antaminen Ennakointi Havainnointi Huomion kiinnittäminen muuhun Mukaan meneminen

(jatkuu)

LIITE 1. Tutkimustulosten luokittelu (jatkuu)

EETTINEN TOIMINTA	Eettisyys	Ihmisarvon kunnioittaminen Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen Kohtelee aikuisena Kohteliaisuus Luottamuksellisuus Luvan pyytäminen Tarpeiden hyväksyminen Tunteiden hyväksyminen Uskonnollisen vakaumuksen kunnioittaminen Vapaudentunteen järjestäminen Yksilöllisyys
FYYSINEN AITO LÄSNÄOLO	Kosketus	Halaaminen Hellyys Hierominen Silittäminen
	Läheisyys	Fyysinen etäisyys Vieressä istuminen