

Muistisairaan potilaan hyvä kohtaaminen hoi- totyössä

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tiivistelmä

Tekijät Laakkonen, Hanna Heiskanen, Linda	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 28	Valmistumisaika 2021
Työn nimi Muistisairaahan potilaan hyvä kohtaaminen hoitotyössä Kuvaileva kirjallisuuskatsaus		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta, Geriatrien kuntoutusosasto		
Tiivistelmä <p>Muistisairaiden kohtaaminen on yksi hoitohenkilökunnan suurimpia haasteita ja muistisairaat potilasryhmänä tulevat kasvamaan vuosi vuodelta. Opinnäytetyössä käsiteltiin muistisairaahan potilaan hyvää kohtaamista hoitotyössä.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaista on muistisairaahan hyvä kohtaaminen hoitotyössä ja mitä keinoja muistisairaahan kohtaamiseen tarvitaan sekä käytösoireiden vaikutusta muistisairaahan kohtaamiseen. Tavoitteena oli tehdä hyvän kohtaamisen piirteistä tuloksiin pohjautuen tiivis muistivihko hoitohenkilökunnalle, jota voitaisiin hyödyntää jokapäiväisessä hoitotyössä muistuttamaan muistisairaahan kohtaamisen erityispiirteistä.</p> <p>Opinnäytetyön tutkimuksellinen osa toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin, johon valikoitui kymmenen artikkelia. Aineiston analyysi tehtiin induktiivisena sisällönanalyysinä, jossa hyödynnettiin aineiston luokittelua. Kirjallisuuskatsauksen tuloksiin pohjaten tehtiin tiivis muistivihko, joka tuotettiin geriatrien kuntoutuksen hoitohenkilökunnan käyttöön.</p> <p>Tulosten perusteella muistisairaahan hyvä kohtaaminen koostui potilaan yksilöllisestä, ennakkoluulottomasta ja ammattitaitoisesta kohtaamisesta sekä hoitajan kokemuksesta muistisairauksista ja niiden hoidosta. Myös turvallisella hoitoympäristöllä ja läheisten osallistumisella hoitoon koettiin olevan vaikutusta muistisairaahan kohtaamiseen. Selkeä kommunikaatio oli myös hyvän kohtaamisen kulmakivistä. Tuloksista tuli ilmi, että käytösoireista aggressio ja hoitotilanteissa vastustaminen olivat haastavampia vaikuttajia hoitajan ja muistisairaahan väliseen kohtaamiseen. Näistä usein seurasi potilaan fyysistä ja kemiallista rajoittamista.</p> <p>Jatkotutkimusaiheena voisi olla hyvä tutkia lisää muistisairaahan ja hoitohenkilökunnan kohtaamista tai tutkia millaista kohtaamista itse muistisairaat pitävät hyvänä kohtamisena. Myös muistivihkon toimivuutta osastolla voisi tutkia.</p>		
Asiasanat muistisairaudet, käytöshäiriöt, kohtaaminen, hoitotyö		

Abstract

Authors	Type of Publication	Published
Laakkonen, Hanna	Thesis, UAS	2021
Heiskanen, Linda	Number of Pages	
	28	
Title of Publication		
A Successful Encounter with A Memory Disorder Patient in Nursing		
A Descriptive Literature Review		
Name of Degree		
Registered nurse (UAS)		
Name, title and organization of the client		
South Karelia Social and Health Care District, Geriatric rehabilitation center		
Abstract		
<p>The thesis is about successful encountering with a memory disorder patient in nursing. Encountering patients with memory disorders is one of the biggest challenges of nursing staff, and the number of patients with memory disorders will increase year by year.</p> <p>The purpose of this thesis was to examine a successful encounter with a memory disorder patient in nursing and the resources that are needed to accomplish a good encounter, as well as how conduct disorders affect the encountering of memory disorder patients. The objective of this study is to make a booklet based on the results of the study to provide for the healthcare staff which they can utilize on a daily basis when encountering patients with memory disorders.</p> <p>The thesis was carried out as a descriptive literature review that consists of ten articles, and an inductive analysis of the material was conducted. Based on the results, a compact checklist was made for staff of a geriatric rehabilitation ward.</p> <p>Based on the results, a successful encounter with a memory disorder patient consists of individual, candid and professional approach. The research shows that the knowledge and experience of nurses in caring for patients with memory disorders, a safe hospital setting, and the participation of the next of kin in the care of the patient affected the encounter. Clear communication is also an important part of encounters. The results of the study show that aggression and resisting care are some of the most challenging conduct disorders, which often lead to physical and chemical restriction of the patient.</p> <p>Further research could study encounters from the point of view of the memory disorder patient.</p>		
Keywords		
memory disorder, conduct disorders, encounter, nursing		

Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Muistisairaudet	2
2.1	Alzheimerin tauti	2
2.2	Vaskulaarinen dementia eli verenkiertoperäinen muistisairaus	2
2.3	Lewyn kappale -tauti.....	4
2.4	Otsa-ohimolohkorappeumat	4
2.5	Parkinsonin tauti	5
2.6	Muistisairauspotilaiden käytösoireet	6
3	Muistisairaahan hyvä kohtaaminen osana hoitotyötä.....	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	10
5	Opinnäytetyön menetelmät	11
5.1	Geriatrinen kuntoutusosasto	11
5.2	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.....	11
5.3	Aineistohaku ja aineiston valinta	12
5.4	Aineiston analyysi.....	14
6	Tulokset.....	16
6.1	Hyvä kohtaaminen.....	16
6.2	Keinot muistisairaahan kohtaamiseen	17
6.3	Käytösoireiden vaikutus kohtaamiseen.....	19
7	Pohdinta	21
7.1	Tulosten arviointi ja johtopäätökset.....	21
7.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	22
7.3	Jatkotutkimusaiheet.....	23
	Lähteet.....	25

Liitteet

Liite 1. Katsaukseen valittu aineisto

Liite 2. Sisällön luokittelu

Liite 3. Muistivihko potilaan kohtaamiseen

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on muistisairaana potilaan hyvä kohtaaminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Vuonna 2013 tehdyn väestötutkimuksen mukaan keskivaikeasta ja vaikeasta muistisairaudesta kärsiviä henkilöitä oli noin 93 000. Myös lievää muistisairautta sairastavia arvelaan olevan 100 000 ja heikentymistä tiedonkäsittelyssä on todettu 200 000 ihmisellä. Yleensä sairastuneet ovat yli 80-vuotiaita, mutta työikäisillä eli 35–65-vuotiailla yli 7000 henkilöllä on myös etenevä muistisairaus. Mitä pidempään ihmiset elävät, sitä enemmän muistisairauksia esiintyy. Muistisairauksien yleisyyteen vaikuttavat ikääntyminen, muistisairauksien riskitekijöiden esiintyminen sekä väestön koulutustaso. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti sekä otsa-ohimolohkorappeumat. (THL 2020; Erkinjuntti ym. 2015, 35.)

Muistisairauksiin liittyy psyykkisiä oireita ja haitallisia käytösoireita, joita esiintyy jopa 90 %:lla sairastuneista, näitä oireita ovat masentuneisuus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, psykoosi ja unettomuus. Kyseessä on sairauden aiheuttamista muutoksista, eikä muistisairaana tahallisesti harmin aiheuttamisesta tai ilkeydestä. Käyttäytymisessä tapahtuvien muutosten ja niiden taustalla olevien syiden ymmärtäminen auttaa ymmärtämään ja kohtaamaan muistisairaana paremmin. (Vataja & Mönkäre 2019; Koponen & Vataja 2016.)

Muistisairaana kohtaamisen perustana ovat samat perusteet kuin yleensäkin ihmisten välisessä kohtaamisessa: toisen arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Muistisairaana hyvää kohtaamista on myös se, että hoitohenkilökunta osaa edistää muistisairaana hyvinvointia ja paikata sekä ottaa huomioon kognitiivisten muutosten tuomia mahdollisia puutteita sairastuneen vuorovaikutuksessa. (Hallikainen ym. 2019.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on löytää tietoa siitä, millaista on hyvä kohtaaminen muistisairaana asiakkaan kanssa ja mitä keinoja kohtaamiseen tarvitaan sekä miten mahdolliset käytösoireet vaikuttavat muistisairaana ihmisen kohtaamiseen. Opinnäytetyö tehdään Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden Kuntoutuskeskukseen geriatriselle kuntoutusosastolle. Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja sen tuloksista on tavoitteena tehdä yhteenvetona muistivihko geriatrisen kuntoutusosaston hoitohenkilökunnalle. Muistivihkon tavoitteena on muistuttaa hoitajia muistisairaana ihmisen kohtaamisen keinoista.

2 Muistisairaudet

2.1 Alzheimerin tauti

Muistisairaus tarkoittaa sairautta, joka aiheuttaa muistin ja erilaisten tiedonkäsittelyn osalualueiden, kuten kielellisten toimintojen ja toiminnanohjauksen heikentymistä. Etenevä muistisairaus johtaa yleensä vaikeaan muistin ja tiedonkäsittelyn heikkenemiseen. Yleisimpiä muistisairauksia ovat AT eli Alzheimerin tauti, aivoverenkiertosairauden muistisairaus, Lewyn kappale -tauti, Parkinsonin taudin muistisairaus ja otsa-ohimolohkorappeumat. (Erkinjuntti ym. 2015, 20–21.)

Alzheimerin tauti on etenevä muistisairaus, joka rappeuttaa aivoja. Iän myötä sen esiintyvyys lisääntyy ja yli 85-vuotiailla sitä esiintyykin jo 15–20 prosentilla. Se on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Perimmäistä syytä Alzheimerin tautiin ei tiedetä. Aivojen mikrokooppiset muutokset, kuten amyloidin (kudoksiin kertyvä liukenematon valkuaisainekertymä) kertyminen vaurioittaa hermoratoja ja aivosoluja, mikä heikentää muistia ja tiedonkäsittelyä. Vaikka varsinainen syy Alzheimerin tautiin ei ole tiedossa, siihen sairastumiseen liittyviä riskitekijöitä on tunnistettu. Naisilla sairaus on hieman yleisempi kuin miehillä, kuten myös niillä, joilla on suvussa Alzheimerin tautia sairastavia. (Juva 2018.)

Alzheimerin taudin oireilu alkaa muistin heikentymisellä. Lähimuistaminen sekä uuden oppiminen vaikeutuvat ja vasta tapahtuneita ja puhuttuja asioita on hankala painaa mieleen. Kun sairaus etenee, myös kielelliset toiminnot käyvät vaikeammiksi. Myös näkö huononee ja eri asioiden hahmottaminen hankaloituu. Toiminnan ohjaus heikkenee ja asioita on vaikeampi suunnitella, aloittaa tai toteuttaa. Psykkiset oireet, kuten masennus ja ahdistuneisuus sekä käytösoireet, kuuluvat usein Alzheimerin taudin oireisiin. (Juva 2018.)

Alzheimerin tautia voidaan hoitaa lääkkeillä, jotka lisäävät keskittymiskykyä, parantavat toimintakykyä ja vähentävät psyykkisiä- ja käytösoireita. Lääkitys ei pysäytä sairauden etenemistä, mutta hidastaa sitä. Lääkkeinä käytetään asetyylikoliinin hajoamista estäviä valmisteita, muun muassa donepetsiiliä, galantamiinia tai rivastigmiiniä sekä glutamaattiin vaikuttavaa memantiinia. (Juva 2018.)

2.2 Vaskulaarinen dementia eli verenkiertoperäinen muistisairaus

Vaskulaarinen dementia on muistisairaus, joka syntyy aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamana. Taudinkuvassa voi olla mukana piirteitä Alzheimerin taudista. Vaskulaarisen demencian taustalla on mahdollisesti useita aivoverenkiertosairauksia, kuten aivoinfarkteja tai -verenvuotoja sekä aivojen valkean aineen hapenpuutteesta aiheutuneita vaurioita. Myös hiliaiset aivoinfarktit, joiden oireita ei havaita, voivat altistaa sairaudelle. Noin yksi neljästä

ihmisestä sairastuu vaskulaariseen dementiaan aivoverenkiertohäiriön jälkeen. (Atula 2019a.)

Verenkiertoperäisessä muistisairaudessa on taustalla samoja tekijöitä, jotka lisäävät riskiä sairastua sydän- ja aivoverisuonisairauksiin: kohonnut verenpaine ja kolesterolitaso, diabetes, ylipaino, vähäinen liikunta, alkoholin käyttö ja tupakointi. Sairauden oirekuva eroaa Alzheimerin taudista niin, että muistihäiriöt eivät ole hallitsevana piirteenä, vaan alussa toiminnanohjaus alenee selvemmin kuin muisti. Vaskulaarisen dementiaan oireet alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudissa, usein päivien tai viikkojen aikana. Oireet etenevät yleensä portaittain. Muisti- ja ajatustoimintojen oireiden kanssa muitakin neurologisia oireita voi ilmetä vaurioituneiden aivoalueiden sijainnin mukaan, kuten ongelmia kävelyssä tai puheentuotossa. (Atula 2019a.)

Verenkiertoperäisellä muistisairaudella on kaksi päätyyppiä. Ne jaotellaan sen mukaan, missä muutosalueet sijaitsevat aivoissa. Pienet verisuonitukokset, vuodot tai muut muutokset aiheuttavat aivojen syvissä osissa niin kutsuttua valkean aineen tautia. Tauti on hyvin yleinen ja se on noin 60–70 prosentilla vaskulaarista dementiaa sairastavista potilaista. Valkean aineen taudissa oireina ovat mm. puheen tuottamisen häiriöt, toispuoliset halvausoireet ja kömpelö kävely sekä häiriöt tasapainossa. Taudille yleistä on älyllisten toimintojen hidastuminen sekä toiminnanohjaukseen liittyvät vaikeudet. Suurissa aivoverisuonissa esiintyvät tukokset, jotka saattavat johtua aivo- ja sydänperäisistä syistä, aiheuttavat aivojen kuorikerrokseen hapenpuutetta, mistä aiheutuu kuolioalueita. Oireita ovat eriateinen sanojen löytämisen vaikeus ja toispuolinen halvaus sekä kävelyhäiriö. Näkökenttäpuutokset ovat myös mahdollisia. Älyllisissä toiminnoissa on samankaltaisia puutoksia, kuin ns. pienten verisuonten taudissa. (Atula 2019a.)

Taudinkuva oireiden ja löydösten myötä on yleensä tyypillinen. Yleensä tiedossa ovat myös esimerkiksi aikaisemmin tapahtuneet aivoinfarktit ja diagnoosia vahvistetaan aivojen tietokone- tai magneettikuvauksella. Siinä nähdään merkkejä edellisistä aivoverenkiertohäiriöistä, kuten infarktien jättämistä arvista ja aivojen syvissä osissa olevat suuret yhteneväiset muutosalueet. (Atula 2019a.)

Verisuoniperäiseen muistisairauteen ei ole lääkehoitoa, joten hoidossa keskitytään taustalla olevaan aivoverenkiertosairauteen ja pyritään ehkäisemään sen uusiutumista ja hoitamaan riskitekijöitä. Muita hoitomuotoja ovat esimerkiksi fysio- ja puheterapia. Hoidossa tulisi keskittyä hyviin elämäntapoihin, kuten tupakoinnin ja liian alkoholin käytön välttämiseen, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hoitoon, joilla aivoverenkiertohäiriötä voidaan ehkäistä. (Atula 2019a.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -tauti on toiseksi yleisin aivoja rappeuttava sairaus Alzheimerin taudin jälkeen. Arvellaan, että Suomessa sairautta esiintyy 5 prosentilla yli 75-vuotiaista ja noin 20 prosentilla kaikista muistisairaista. Se on hieman yleisempi miehillä kuin naisilla. (Atula 2019b.)

Lewyn kappale -tauti alkaa hitaasti ja sen ensioireita ovat älyllisen toimintakyvyn madaltuminen ja vaihtelevuus tarkkaavaisuudessa ja vireystilassa. Tyypillinen piirre taudille on toistuvat näköharhat, jotka saattavat olla hyvin yksityiskohtaisia. Taudinkuvaan kuuluvat myös Parkinsonin taudille tyypilliset piirteet, kuten liikkeiden hidastuminen, jäykkyys ja kävelyhäiriöt. Myös REM-unen aikana voi esiintyä käytöshäiriöitä. Lisäksi tajunnanmenetykskohtauksia, kaatuilua, sekavuutta ja käytösoireita voi esiintyä. Taudin edetessä kehittyvät muistiongelmien lisäksi taudin diagnosointi perustuu lähinnä taudinkuvaan ja nimenomaan Alzheimerin taudin muutosten puuttumiseen aivojen magneettikuvauksessa. (Atula 2019b.)

Ehkäisevää, parantavaa tai pysäyttävää hoitoa ei taudille ole olemassa. Potilaat ovat myös hyvin herkkiä joillekin psyykenlääkkeille, vaikka niillä voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi sekavuuteen ja käytösoireisiin. Lääkkeet saattavat aiheuttaa jo pieninä annoksina sekavuutta ja heikentää kävelykykyä. Osa uusimmista markkinoilla olevista psyykenlääkkeistä sopivat taudin hoitoon ja niistä saadaan myös hyötyä. Varhain aloitettu fysioterapia on tärkeä hoitomuoto taudin aiheuttamiin kävely- ja tasapaino-ongelmiin, sillä fysioterapian avulla liikuntakyky säilyisi mahdollisimman pitkään. (Atula 2019b.)

2.4 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa-ohimolohkorappeumissa aivoissa tapahtuu kuduskato eli atrofia kuorikerroksessa, mutta se painottuu otsalohkoihin sekä ohimolohkojen etuosiin. Otsa-ohimolohkorappeumaan liittyy tavallisesti kaksi erilaista oirekuvaa: otsalohkodementia ja primaarinen afasia, joka jakautuu vielä etenevään sujumattomaan afasiaan, semanttiseen afasiaan sekä logopeniseen afasiaan. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Otsalohkodementiaan sairastutaan usein 45–65-vuotiaana ja miehet sairastuvat siihen useammin. Noin puolella otsalohkorappeumaa sairastavilla potilailla on otsalohkodementia ja arviolta 5 % kaikista etenevistä ja 10 % työikäisillä todetuista muistisairauksista on otsalohkorappeumaa. Otsalohkodementia alkaa vähitellen ja oireita ovat aluksi käyttäytymisessä ja persoonallisuudessa todetut muutokset, kuten estottomuus, tahdittomuus ja apatia. Toiminnanohjauksessa, sosiaalisissa taidoissa, sympatia- ja empatiakyvyssä ilmenee

heikentymistä. Päättely- ja ongelmanratkaisukyky heikkenevät sekä puheen tuotto ja sairautentunto heikentyvät sairauden edetessä. (Käypä hoito -suositus 2021.)

Primaariset etenevät afasiat alkavat pääosin 50–70 vuoden ikähaarukassa. Logopenisen afasian alkamisikä on tosin myöhäisempi. Nämäkin sairaudet alkavat ja etenevät hitaasti. Kielellisiä vaikeuksia esiintyy sairauden alussa ja kun oireet etenevät. (Käypä hoito -suositus 2021.)

2.5 Parkinsonin tauti

Parkinsonin tauti on hitaasti etenevä liikehäiriötä aiheuttava sairaus, johon liittyy mm. vapinaa, yleistä liikkumisen hidastumista, lihasjäykkyyttä sekä monia muitakin oireita. Sairaus alkaa tavallisesti 50–70-vuotiaana, joskus jo aiemmin. Miesten sairastavuus on hieman korkeampi kuin naisten. (Atula 2018.)

Taudilla on kolme pääoiretta: lepovapina, hidastuneet liikkeet ja tyypillinen lihasjäykkyys eli rigiditeetti. Oireet alkavat hitaasti kuukausien ja vuosien kuluessa. Yleensä ensin toisen puolen raajassa esiintyy oireita, mutta ajan kuluessa niistä tulee molemminpuolisia. Kun tauti etenee, saattaa ilmetä myös ns. autonomisen hermoston oireita, kuten äkillistä vaihtelua verenpaineessa, ummetusta, hikoiluhäiriötä, tihentynyttä virtsaamistarvetta ja impotenssia. Sairauden aikana voi kehittyä myös puheentuoton vaikeutta, nielemisongelmia ja hajuaistin huonontumista. Parkinsonin tautiin voi liittyä myös mm. unihäiriöt ja päiväaikainen uneliaisuus, muistihäiriöt ja ajatustoiminnan hidastuminen. (Atula 2018.)

Parkinsonin taudin syynä on tietyn keskiaivojen alueen, mustatumakkeen, hermosolujen vähittäinen tuhoutuminen, johon ei tiedetä syytä. Hermosolujen tuhoutuminen aiheuttaa dopamiinin puutoksen ja tahdonalaisia liikkeitä säätelevien hermoratojen vaurioitumisen. (Atula 2018.)

Parkinsonin taudin etenemiseen ei voida vaikuttaa elintavoilla, mutta sen haittoja pystytään vähentämään säännöllisellä liikunnalla. Liikunnan kannattaa sisältää tasapainoa vahvistavia sekä lihaskuntoa lisääviä harjoitteita. Fysioterapian avulla lisätään liikkuvuutta, vähennetään mahdollista kaatumisriskiä ja autetaan päivittäisistä askareista selviämistä kotona. Toimintaterapia auttaa myös ylläpitämään ja tukemaan päivittäisissä toiminnoissa tarvittavia taitoja. Puheterapia voi auttaa mahdollisiin nielemisvaikeuksiin ja äänen voimakkuuden heikkenemiseen. Tarjolla on myös useampia lääkehoitoja, jotka suunnitellaan iän, taudin vaikeusasteen ja muiden sairauksien mukaan. (Atula 2018.)

2.6 Muistisairauspotilaiden käytösoireet

Jopa 90 %:lla muistisairaista ilmenee erilaisia käytösoireita, joita voidaan hoitaa psykososiaalisin ja lääkkeellisin hoitomuodoin. Näitä ovat mm. masentuneisuus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, psykoosi ja unettomuus. (Koponen & Vataja 2016.)

Masentuneisuutta esiintyy muistisairailta vaihtelevasti, mutta noin 5–15 %:lla sairastuneista sitä tavataan vaikeana ja noin 25 %:lla lievänä, sekä noin puolella sairastuneista on jotain masennusoireita jossain vaiheessa sairauttaan. Masentuneisuutta esiintyy erityisesti muistisairauden alkuvaiheessa, kun kognitiiviset oireet ovat vielä lieviä tai keskivaikeita ja potilas ymmärtää päivittäisten ja kognitiivisten kykyjen heikkenevän. Ajallisesti muistisairauksiin yhdistettävät masennusoireet ovat lyhytkestoisempia kuin muut tavattavat käytösoireet, sillä vaikeimmat oireet kestävät yleensä vain muutaman kuukauden. Apatia on myös yksi muistisairailta ilmenevistä käytösoireista, jota esiintyy noin kolmanneksella sairastuneista jossain vaiheessa sairautta, lisäksi noin 80 %:lla sairastuneista esiintyy aloitteellisuushgelmia, jotka heikentävät selviytymistä jokapäiväisistä toimista. (Koponen & Vataja 2016.)

Levottomuus- ja aggressio-oireet ovat psykoosioireiden kanssa yksiä tavallisimpia muistisairauden myöhäisvaiheen oireita, joita ilmenee noin 50–60 %:lla sairastuneista. Nämä oireet ovat muistisairaiden ympäristöä eniten kuormittavia oireita, jotka voivat myös ajallisesti olla pitkäkestoisia ja siksi myös hankalia hoidettavia. Yleensä vaikean levottomuuden ja aggression hoitoon on käytetty psykoosilääkkeitä, joilla on kuitenkin paljon haitallisia akuutteja oireita ja pitkäaikaisia oireita, jotka mahdollisesti vaikuttavat epäsuotuisasti muistisairauden etenemiseen, minkä vuoksi niiden käyttö onkin vähentynyt. (Koponen & Vataja 2016.)

Ahdistuneisuutta esiintyy noin 40–50 %:lla muistisairaista jossain vaiheessa sairautta, kuitenkin tavallisimmin dementian lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. Ahdistus ja siihen liittyvä ärtyneisyys ja psykomotorinen levottomuus ovat usein hyvin kuormittavia oireita itse potilaalle, kuin ympäristöllekin. (Koponen & Vataja 2016.)

Psykoosin oireita eli aistiharhoja ja harha-ajatuksia esiintyy noin 25–50 %:lla muistisairaista. Oireet ilmenevät tavallisimmin muistisairauden keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Stereotyyppisiä oirekuvia muistisairailta ovat usein sairastuneen vakuuttuminen siitä, että häneltä varastetaan, haamuasukkaat tai jokin muu ulkopuolinen uhka aiheuttavat häiriötä. Jos kuitenkin psykoosioireita ilmenee muistisairaille äkillisesti, voi kyseessä olla esimerkiksi jonkin lääkkeen aiheuttama haittavaikutus, muu somaattisen terveydentilan muutos tai elinympäristössä tapahtunut muutos. Unettomuus on myös yksi tavallisimmista oireista,

joista muistisairaat kärsivät, sillä jopa neljännes sairastuneista heräilee öisin. (Koponen & Vataja 2016.)

Käyttöoireiden ilmaantuessa olisi myös tärkeää pohtia mistä ne johtuvat ja selvittää kun-
nolla käyttöoireiden taustaa, sillä käyttöoireiden toteaminen ja hoitaminen parantavat niin
muistisairaana kuin heidän läheistensä elämänlaatua. Täytyy pohtia, löytyykö oireiden taus-
talta esimerkiksi kipuja, muita sairauksia tai onko muistisairaana lääkitys ja ravinto kohdal-
laan. On myös tärkeää pohtia voiko ympäristön ärsykkeet vaikuttaa käyttöoireisiin. (Vataja
& Mönkäre 2019.) Käyttöoireet voivat myös osaltaan johtua muistisairaana aivoissa tapah-
tuvista rakenteellisista ja verenkierröllisistä muutoksista (Koponen 1999).

3 Muistisairaahan hyvä kohtaaminen osana hoitotyötä

Muistisairaahan kohtaaminen voi joskus olla hieman haasteellista hoitohenkilökunnalle, sillä muistisairaus voi olla edennyt niin pitkälle, että se vaikuttaa potilaan vuorovaikutustaitoihin. Tällöin on kuitenkin erittäin tärkeää muistaa, että jokainen potilas tulee kohdata ihmisinä, oli hänellä muistisairautta tai ei. (Muistiliitto 2017.)

Muistisairaahan kohtaamisen perustana on siis samat perusteet kuin yleensäkin ihmisten välisessä kohtaamisessa: toisen arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Vaikka muistisairaavat tuleekin kohdata samoin kuin muutkin ihmiset, eroaa vuorovaikutus heidän kanssaan tavallisesta vuorovaikutuksellisesta kohtaamisesta, sillä heidän kanssaan kohdatessa vastuu vuorovaikutuksen onnistumisesta, toiminnan seurauksista ja ilmapiiiristä siirtyy hoitohenkilökunnalle. (Hallikainen ym. 2019.)

Muistisairaahan hyvää kohtaamista on se, että hoitohenkilökunta osaa edistää muistisairaahan hyvinvointia ja paikata sekä ottaa huomioon kognitiivisten muutosten tuomia mahdollisia puutteita sairastuneen vuorovaikutuksessa. Tästä syystä olisikin erityisen tärkeää, että hoitohenkilökunnalla olisi hyvät vuorovaikutustaidot, sillä ne ovat tärkeä osa hoitajan ammattitaitoa. (Hallikainen ym. 2019.)

Mönkäreen (2017) mukaan kunnioittavaan vuorovaikutukseen ei kuulu muistisairaahan aliarviointi, väheksyminen tai nolaaminen. Muistisairautta ei saa käyttää hyväksi potilaan hoidossa. Myös huomauttelu siitä, että muistisairas ei muista tai osaa jotain asiaa, on väärin häntä kohtaan. On muistettava, että muistisairas on keskiössä hänen hoitoonsa liittyvissä vuorovaikutus-, ohjaus- ja avustamistilanteissa. Muistisairaahan potilaan kohtaaminen erilaisissa ohjaus- ja vuorovaikutustilanteissa saa merkitystä yhä enemmän sairauden edetessä, kun potilaan kyky ilmaista itseään tai ymmärtää toista heikkenee. Hoitajan tulee pyrkiä ymmärtämään, mitä muistisairas kokee ja haluaa. Empatiakyvyllä on tällaisissa tilanteissa suuri merkitys ja sitä voi myös harjoitella. Muistisairaalle mieluisten toimintatapojen huomiointi on olennaista hoitotyössä. Hyväksi koetut toimintatavat voi kirjata muistiin ja niitä voi käyttää jatkossakin muistisairaahan kanssa. (Hallikainen ym. 2017, 38–40.)

Vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa on tärkeää käyttää apuna kehonkieltä ja kontaktia muistisairaaseen, mutta on kuitenkin tärkeää huomioida jokaisen kulttuurin, yksilöllisen läheisyyden ja etäisyyden rajat. Hoitohenkilökunnan tehtävänä onkin siis ensin selvittää ja arvioida, kuinka puhutella ja miten lähelle juuri kyseistä muistisairasta voi tulla, sillä osa ei halua toisia liian lähelle ja toiset voivat taas pelätä, jos hoitaja on liian kaukana. Kosketus on myös olennainen osa vuorovaikutusta ja esimerkiksi kosketus neutraalille alueelle, kuten

olkavarteen saattaa helpottaa liikkeelle lähtemistä, kun taas työntäminen ja vetäminen voi saada aikaan vastareaktion ja näin johtaa vaaratilanteeseen. (Mönkäre 2019.)

Keskustelu on myös tärkeä osa vuorovaikutusta muistisairaahan kanssa, on kuitenkin muistettava käyttää yksinkertaisia ja lyhyitä lauseita, jotta niitä on helpompi ymmärtää. Tärkeää on myös puhua selkeästi ja käyttää muistisairaalle tuttuja sanoja, sillä ne tukevat muistisairaahan ymmärtämistä. Ja jos tilanteessa on useampia hoitajia, tulee vain yhden puhua kerrallaan ja samaan aikaan ottaa katsekontakti muistisairaaseen, jotta muistisairaahan olisi helpompi ymmärtää kenelle puhutaan. Lisäksi hoitohenkilökunnan ei tulisi puhua keskenään muistisairaahan hoito- tai ohjaustilanteessa, jotta muistisairaahan olisi mahdollisimman helppoa hahmottaa kenelle puhutaan ja mitä tulisi tehdä. Keskustellessa muistisairaahan kanssa olisi myös hyvä huolehtia ympäristön rauhallisuudesta, jotta taustääänet eivät häiritse muistisairaahan keskittymistä ja kuulemistä. (Mönkäre 2019.)

Muistisairaahan puheella ja käyttäytymisellä on myös merkitys, vaikka esimerkiksi puheet eivät sopisi tilanteeseen, sillä menneet tapahtumat ja nykyhetki voivat helposti sekoittua nykyhetkeen. Kuitenkin menneistä puhuminen voi kuvata tämän hetken tunteita, kuten ikävää, pelkoa, huolta tai kipua. Kun puhuminen ja selittäminen eivät auta on tärkeää luoda rauhoittava ja turvallinen ilmapiiri, jotta muistisairas voi kokea olevansa turvassa ja että kaikki on hyvin. (Mönkäre 2019.)

Muistisairaahan kohtaamiseen liittyen on tehty useita opinnäytetöitä eri ammattikorkeakouluissa. Aiheesta on tehty muun muassa toiminnallinen opinnäytetyö, jossa on tuotettu Oulaisten Rantakartanon työntekijöille opas muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen (Mäntykangas 2013). Laadullisen tutkimusmenetelmän keinoin on tehty kyselytutkimus Muistisairaahan kohtaamisen haasteista ja ratkaisukeinoista hoitohenkilökunnan kokemana (Siltala 2016). Myös systemaattista kirjallisuuskatsausta on käytetty Valkeisen & Yli-Hietalan (2018) opinnäytetyössä Muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta.

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa muistisairaahan kohtaamisen työkaluja. Aihe on aina ajankohtainen, sillä muistisairaudet lisääntyvät väestön ikääntyessä ja näin ollen jokaisella sairaanhoitajalla olisi hyvä olla tarvittavat tiedot ja taidot muistisairaahan potilaan kohtaamiseen. Muistisairaita potilaita kohdataan kaikkialla terveystalouksissa ja heidän kanssaan olisi hyvä jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen osata toimia.

Opinnäytetyö toteutetaan kuvailevana kirjallisuuskatsauksena, jonka tavoitteena on selvittää, millaista on muistisairaahan hyvä kohtaaminen sairaanhoitajan työssä ja millä keinoilla siihen päästään. Kirjallisuuskatsauksen tuloksista on tavoitteena tehdä geriatrisen kuntoutusosaston työntekijöille tiivis muistivihko, jota työntekijät voivat hyödyntää omassa työssään sekä esimerkiksi osastolle harjoitteluun tulevien opiskelijoiden ohjaamisessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaista on muistisairaahan asiakkaan hyvä kohtaaminen?
2. Millaisia keinoja muistisairaahan kohtaamiseen tarvitaan?
3. Miten käytösoireet vaikuttavat muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen?

5 Opinnäytetyön menetelmät

5.1 Geriatrinen kuntoutusosasto

Opinnäytetyön tilaajana toimii Eksoten Geriatrinen kuntoutusosasto. Osastolla on 24 potilaspaikkaa ja siellä tarjotaan geriatria sekä psykiatriasta arviointia ja kuntoutusta. Potilaat koostuvat erikoissairaanhoidosta sekä SAS-toimiston kautta tulevista vanhuspotilaista ja erikseen sovitusti osasto hoitaa myös psykiatriselta osastolta tulevia potilaita, jotka tarvitsevat lisäkuntoutusta. (Eksote.)

Osastolla on kaksi moniammatillista tiimiä, joihin kuuluvat lääkäri ja hoitohenkilöstö sekä fysioterapeutti, kuntohoitaja ja toimintaterapeutti. Osaston toiminnassa ajatuksena on suunnitella kuntoutus kuntoutujan omien voimavarojen ja tavoitteiden mukaan. Myös omaiset ja läheiset otetaan mukaan kuntoutukseen. (Eksote.)

Osaston tavoitteena on kuntoutujan toimintakyvyn ja kotona selviytymisen ylläpito ja edistäminen. Keskeiset tekijät kuntoutumisessa ovat kuntoutujan oma motivaatio ja yhteistyö omaisten kanssa. (Eksote.)

5.2 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa on tarkoitus etsiä vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään, mitä keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita ilmiössä on. Katsauksessa voidaan tutkia ilmiöstä käytävää keskustelua ja sitä, ollaanko tiedosta yksimielisiä vai väitelläänkö siitä sekä millaisiin kehityssuuntiin ja teorioihin tieto ohjaa. Tällöin pyrkimyksenä on, että aikaisemmassa tutkimuksessa esiin tulleita kysymyksiä tunnistetaan, vahvistetaan tai kyseenalaistetaan, sekä havaitaan aikaisemmassa tiedossa olevat mahdolliset vastakkaisuudet tai tiedonaukot. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi käyttää moniin tarkoituksiin: siinä voidaan keskittyä käsitteellisen ja teoreettisen viitekehyksen rakentamiseen, kehittämään teoriaa, esittämään erityiseen aiheeseen liittyvää tietoa, tunnistamaan ongelmia ja tarkastelemaan tietyn alueen teorian ja tutkimuksen historiallista kehitystä. Siksi kuvaileva kirjallisuuskatsaus on menetelmänä kelvollinen akateemisten opinnäytetöiden tekemiseen. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen kuului neljä vaihetta. Ensin muodostettiin opinnäytetyöhön liittyviä tutkimuskysymyksiä, minkä jälkeen valittiin aineisto. Seuraavaksi rakennettiin kuvailu aineistoista ja viimeiseksi tarkasteltiin tuotettua katsausta. Koska tutkimuskysymykset ohjasivat kirjallisuuskatsauksen ja tutkimusprosessin tekoa, oli tutkimuskysymyksiä

rajattava tarpeeksi täsmällisiksi, jotta aihetta päästiin käsittelemään riittävän syvällisesti. Tutkimuskysymykset toimivat kirjallisuuskatsauksen aineiston rajaajana. Valitun aineiston tuli vastata jotenkin tutkimuskysymykseen, kritisoida sitä tai avata kysymystä lisää. Aineiston tuli koostua aiemmin julkaistusta tutkimustiedosta. Kirjallisuuskatsaukseen on sisällytetty myös selvitys aineiston valintaprosessista. (Kangasniemi ym. 2013, 295.)

Kirjallisuuskatsauksen kuvailun rakentaminen alkoi jo aineiston valinnan yhteydessä, kun pohdittiin esitettyjä tutkimuskysymyksiä ja verrattiin löydettyä aineistoa niihin. Kuvailussa yhdistettiin sisältöä sekä syntetisoitiin tietoa eri tutkimuksista. Analyysissa tuli muistaa tarkastelun aineistolähtöisyys ja kriittisyys. (Kangasniemi ym. 2013, 296.)

Opinnäytetyössä hyödynnettiin myös toiminnallisen opinnäytetyön menetelmää luomalla geriatriselle kuntoutusosastolle tiivis muistivihko muistisairaana potilaan kohtaamisen keinoista. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tavoitteena on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen ja järjeistämisen. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tärkeää on yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän avulla. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.)

5.3 Aineistohaku ja aineiston valinta

Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta tehdessä aineiston valinta ohjautui tutkimuskysymysten mukaan. Aineistoa valitessa pyrittiin löytämään mahdollisimman asianmukainen aineisto, jolla tutkimuskysymyksiin voitiin vastata. Kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta sekä analyysi toteutettiin aineistolähtöisesti, ja ne tapahtuivat osittain samanaikaisesti toistensa kanssa. Keskeisin asia aineiston mukaanotolle oli aineiston sisältö sekä sen suhde muihin valittuihin aineistoihin. Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen valitussa aineistossa painoarvo on aikaisemman tutkimuksen sisällön perusteella suoritettuna valinnalla, eikä niinkään ennalta asetettujen ehtojen mukaisella haulilla. (Kangasniemi ym. 2013, 295–296.)

Kirjallisuuskatsauksessa aineistona ovat olleet yleensä ensisijaisesti alkuperäistutkimukset. Sähköisten tietokantahakujen lisäksi tehtiin myös manuaalisia hakuja, sillä sähköisesti tehtävät haut eivät aina tavoita kaikkia katsaukseen soveltuvia tutkimuksia. Kirjallisuushaussa käytettiin apuna kirjaston informaattikkoja, jotta haut olisivat mahdollisimman luotettavia. (Stolt ym. 2016, 26.)

Hakusanoina kirjallisuushaussa käytettiin sekä suomenkielisiä että englanninkielisiä sanoja, sillä kirjallisuuskatsaukseen otettiin myös englanninkielinen lähde. Hakusanoina tässä opinnäytetyössä käytettiin muistisairauksiin, käytösoireisiin sekä potilaan kohtaamiseen liittyviä hakusanoja, kuten muistisairaus, muistisairaudet, muistisairaana kohtaaminen, muistisairaana käytösoireet, memory disorders, encounter, behaviour problems. Tietokantoina

käytettiin LUT-tiedekirjaston sähköisiä tietokantoja EBSCO Cinahl with full text, Medic, Elektra ja PubMed. Myös muistisairaiden hoitoon liittyvää tietokirjallisuutta hyödynnettiin oppinäytetyössä. Taulukossa 1 on esitetty tietokantahauissa käytetyt hakusanat, hakulokset, niiden rajaukset sekä osumat.

Tietokanta	Hakusanat	Osumat	Rajaukset	Valitut
Elektra	muistisairaudet	18	2010–2021	6
	muistisairaus	16	Suomi, Englanti	2
	muistihäiriöt	2		
	muistisaira	5		
Medic	muistisai* AND kohtaami*	3	2010–2021	2
	muistisaira* AND käyttösoiree*	8	Suomi, Englanti	
	“memory disorder” AND encounter*	65	vain koko teksti	0
	“memory loss disease” OR “memory impairment” OR “memory disease” OR “memory disorder” AND “deviant behavior” OR “behavior problems” OR “unhealthy behavior” OR encounter	2	asiasanojen synonyymit käytössä	0
EBSCO Cinahl with full text	“memory loss disease” OR “memory impairment” OR “memory disease” OR “memory disorder” AND “deviant behavior” OR “behavior problems” OR “unhealthy behavior”	23	2010-2021	0
	AND patien* OR inpatien* OR encounter OR interaction OR meeting	8	Suomi, Englanti vain koko teksti	1
LAB primo	muistisaira* AND kohtaami*	20	2010–2021	5
	muistisaira* AND oire*	7	Suomi, Englanti vain koko teksti artikkelit	
	person-centered AND dementia care	754	2010-2021 Available online Open Access PubMed Central	1

Taulukko 1. Tiedonhaku

Vaikka hakulausekkeet suunniteltiin huolella, tietokantahakujen tuloksena löytyi paljon tutkimuksia, jotka eivät olleet sopivia katsaukseen. Sisäänotto- ja poissulkukriteereillä ohjattiin

tutkimusten valintaa otsikko-, abstrakti- ja lopulta koko teksti -tasoilla. Sisäänottokriteerit määriteltiin tutkimuskysymysten mukaan ennen varsinaista valintaa. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavat ja poissuljettavat tutkimukset valittiin vaiheittain perustuen siihen, vastaavatko tutkimusten sisällöt asetettuja sisäänottokriteerejä. (Stolt ym. 2016, 27; Johansson ym. 2007, 59.) Kirjallisuuskatsaukseen valittiin yhdeksän tutkimuksellista ja tieteellistä artikkelia. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit esitellään taulukossa 2.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaisusta on saatavilla kokotekstiversio	Julkaisusta ei saa kokotekstiversiota
Suomen- tai englanninkieliset julkaisut	Muut kuin suomen- tai englanninkieliset julkaisut
Tutkimukset aikaväliltä 2010–2021	Tutkimukset vanhempia kuin viimeistään vuonna 2010 julkaistuja
Tutkimuksen tulee vastata vähintään yhteen tutkimuskysymykseen	Tutkimus ei vastaa yhteenkään tutkimuskysymykseen
Julkaisu on saatavilla verkossa tai kirja lainattavissa	Julkaisu ei ole saatavilla verkossa
Julkaisu on luotettavasta lähteestä	Julkaisu ei ole luotettavasta lähteestä

Taulukko 2. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

5.4 Aineiston analyysi

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymyksiin on vastattu laadullisen kuvailun keinoin. Kuvailussa aineiston sisältöä on yhdistetty ja analysoitu kriittisesti ja tietoa eri tutkimuksista on syntetisoitu. Kerätystä aineistosta etsittiin tärkeitä seikkoja, jotka ryhmiteltiin sisällöllisesti kokonaisuuksiksi. Aineiston pääsisältöä voidaan rakentaa eri tavoilla tutkimuskysymyksen mukaan esimerkiksi teemoittain, kategorioittain tai suhteessa kategorioihin tai käsitteisiin. (Kangasniemi ym. 2013, 296–297.)

Analyysimenetelmänä tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Ennen sisällönanalyysin aloittamista määritettiin analyysiyksiköt, jotka muodostuivat tutkimuskysymyksistä. Tämän jälkeen aloitettiin varsinainen sisällönanalyysi, jossa ensimmäinen vaihe oli alkuperäisaineiston datan redusointi eli pelkistäminen, jolloin aineistosta eriteltiin tutkimustehtävää kuvaavia pelkistettyjä ilmauksia. Pelkistäminen tehtiin niin, että samaa tarkoittavat ilmaisut merkittiin samansävyisillä kynillä, jolloin voitiin erotella eri ilmiöt eri värisillä kynillä. Datan pelkistämisen jälkeen tehtiin aineiston klusterointi eli ryhmittely. Ryhmittelyssä aineistosta merkityt alkuperäisilmaukset käytiin läpi ja siitä etsittiin samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa ilmiötä

kuvaaville käsitteille tehtiin ryhmittely ja ne yhdistettiin eri luokiksi, joista taas muodostuivat alaluokat. Ryhmittelyn jälkeen tehtiin aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Siinä erotettiin tutkimuksen kannalta merkityksellinen tieto, jonka perusteella muodostuivat teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122–125.)

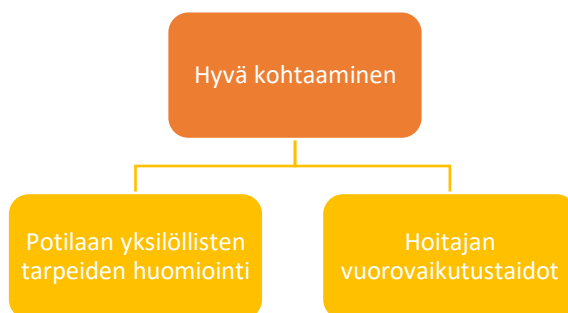
Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä käsitteiden yhdistämisellä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. Sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa mennään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 127.) Aineiston luokittelu ja analyysin eteneminen on esitetty liitteessä 2.

6 Tulokset

6.1 Hyvä kohtaaminen

Hyvä kohtaaminen oli yksi aineiston analyysin perusteella muodostuneista yläluokista. Se muodostui alaluokista potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja hoitajan vuorovaikutustaidot, jotka esitetään kuviossa 1. Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointiin liittyviä pelkistettyjä ilmauksia olivat potilaan itsemääräämisoikeuden huomiointi ja osallistaminen hoitoon, yhteisymmärrys hoitotoimenpiteissä, kahdenkeskinen aika potilaan kanssa, hoitajan tieto potilaan elämänhistoriasta, potilaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toiminta. Vanhuksen itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa antamalla heidän tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta elämästään (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 26). Häntä voidaan osallistaa hoitoon antamalla hänen vaikuttaa omassa asiassaan sekä arvostamalla ja pitämällä häntä tasavertaisena. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 26). Potilalta voidaan pyytää lupaa johonkin hoitotoimenpiteeseen ja edistää näin yhteisymmärrystä hoitotoimenpiteissä. (Saarnio & Isola 2010, 329). Muistisaira potilaan kanssa on tärkeää järjestää kahdenkeskistä aikaa, sillä tämä lisää muistisairaiden ihmisten hyvinvointia (Haapala ym. 2013, 319). Potilaan elämänhistorian tunteminen auttaa hoitajaa toimimaan haasteellisissa hoitotilanteissa, esimerkiksi muistelemalla potilaan elämää (Saarnio & Isola 2010, 324).

Hoitajan vuorovaikutustaitoihin liittyivät pelkistetyt ilmaukset sanallisen ja sanattoman viestinnän hallinta sekä arvostava ja luottamuksellinen kohtaaminen. Haapalan ja kumppaneiden (2013, 316) mukaan hoitajan täytyy osata mukauttaa kommunikaationsa hoidettavan tarpeiden mukaiseksi. Myös sanattoman viestinnän keinot ovat tärkeitä muistisairaiden kanssa kommunikoidessa (Haapala ym. 2013, 316). Jotta muistisairas ymmärtäisi puhetta paremmin, voidaan käyttää yksinkertaista ja selkeää puhetyyliä, myös käskymuotoja, mutta tällöin äänensävyyn on kiinnitettävä huomiota (Pietilä ym. 2010, 263). Arvostavassa kohtamisessa muistisaira tunteet huomioidaan, häntä kuunnellaan ja hänet kohdataan yksilöllisesti (Hölttä & Pitkälä 2019, 245; Haapala ym. 2013, 318.)



Kuvio 1. Hyvä kohtaaminen

6.2 Keinot muistisairaahan kohtaamiseen

Keinot muistisairaahan kohtaamiseen oli toinen analyysissä muodostuneista yläluokista. Alaluokiksi muodostui hoitajan persoona, kokemus ja ammattitaito, hoitoympäristön vaikutus kohtaamiseen, toiminnallisuuden hyödyntäminen, selkeä kommunikaatio, perustarpeiden huomiointi, organisaation vaikutus hoitotyöhön sekä läheisten huomioiminen potilaan hoidossa. Nämä esitetään kuviossa 2.

Hoitajan persoonaan, kokemukseen ja ammattitaitoon liittyviä pelkistettyjä ilmauksia olivat hoitajan kokemus muistisairaiden potilaiden hoidosta, hoitajan tieto muistisairauksista ja niiden hoidosta, hoitajalla on pitkä työsuhte samalla osastolla, hoitaja osaa muuttaa omaa toimintatapaansa vuorovaikutustilanteissa ja hoitaja hyödyntää omaa persoonaansa hoitotyössä. Saarnion ja Isolan (2010, 330) mukaan kokemus potilaan perustarpeiden huomioon ottamisesta ja niistä huolehtimisesta auttaa estämään vanhuksen haasteellista käyttäytymistä. Haapala tutkimustovereineen (2013, 316) toteaa, että ihmislähtöinen hoito ja hyvät vuorovaikutustaidot hoitohenkilöstöllä vähentävät käytösoireiden määrää muistisairailta. Hoidon suunnittelussa on myös tärkeää miettiä, miten asiat tehdään muistisairaahan kanssa. Haasteellisessa tilanteessa voi toimia luovasti, jotta tilanteesta päästään pois. Jotta haasteellista tilannetta ei pääse syntymään, voidaan ennakoida ja valmistaa muistisairasta tulevaan tilanteeseen. Muistisairaiden parissa työskentelevillä hoitajilla pitkä työkokemus ja teoreettinen tieto dementoivista sairauksista vaikuttavat onnistuneeseen kohtaamiseen. Hoitajien koulutuksella muistisairaahan potilaan hoidosta ja kohtaamisesta on merkitystä. Hoitaja tarvitsee myös tietoa ja kokemusta muistisairauksien käytösoireista ja niiden hoidosta. (Saarnio & Isola 2010, 327–332; Suhonen ym. 2015, 267; Barber & Murphy 2011, 588.) Hoitohenkilökunnan ammattitaitoon kuuluu osata ohjata ja neuvoa muistisairasta potilasta tarpeen mukaan. Laadukkaan neuvonnan ja ohjauksen tulee olla yksilöllistä. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 30.) Vanhuksen käsitys todellisuudesta voi muuttua, kun dementoiva sairaus etenee, minkä vuoksi hoitajan oman toimintatavan muuttaminen vuorovaikutustilanteissa on hyödyksi. Omaa persoonaan voi hyödyntää esimerkiksi huumorin ja empaattisuuden kautta. Huumori voi olla esimerkiksi sanallista ja toiminnallista. (Saarnio & Isola 2010, 323, 327.)

Toinen alaluokka oli hoitoympäristön vaikutus kohtaamiseen. Siihen liittyivät pelkistetyt ilmaukset turvallinen hoitoympäristö sekä rohkaiseva ja myönteinen hoitoympäristö. Hölttä ja Pitkälä (2019, 244–244) toteavat katsauksessaan, että tuttu ja turvallinen ympäristö vähentävät käytösoireita. Hoitoympäristöstä kannattaa poistaa liialliset stressitekijät, kuten melu, sillä ne voivat laukaista käytösoireita muistisairailta. Muistisairaahan hyvään hoitoon ja

kohtaamiseen kuuluu rohkaiseva tunnelma ja ammattilaisten suhtautuminen potilaisiin myönteisesti (Pietilä ym. 2010, 265; Suhonen ym. 2015, 267).

Kolmas alaluokka oli toiminnallisuuden hyödyntäminen, johon liittyviä pelkistettyjä ilmauksia olivat mielekkäiden askareiden järjestäminen sekä potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toiminta. Hoitotyössä tulee muistaa, että muistisairaalla potilaalla on vielä kykyjä ja voimavaroja. Potilaalle tulee järjestää hänelle mielekästä toimintaa, sillä se tukee potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Toiminnallisuus auttaa muistisairasta potilasta toteuttamaan itseään ja tuo virkistystä arkeen. (Pietilä ym. 2010, 262.) Haasteellista käytöstä voidaan rauhoittaa erilaisten askareiden tekemisellä (Saarnio & Isola 2010, 324). Lau-laminen auttaa potilasta unohtamaan vastustelemisen hoitotilanteessa ja lievittämään ahdistusta (Numminen 2015, 90).

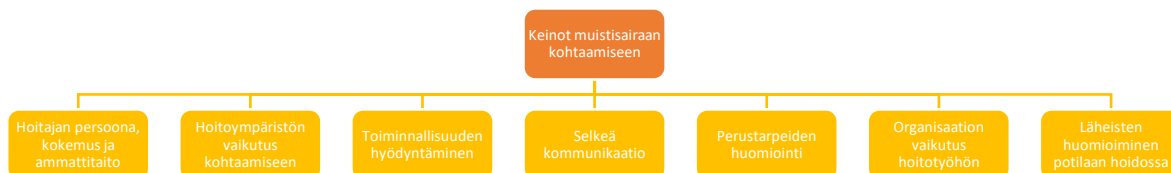
Selkeä kommunikaatio oli neljäs alaluokka. Siihen liittyviä pelkistettyjä ilmauksia olivat hoitotilanteen selittäminen potilaalle, potilaan äidinkielen huomiointi sekä potilaan puhuttelu omalla nimellä ja katsekontaktin ottaminen häneen. Saarniolan ja Isolan (2010, 329) artikkelissa hyvän vuorovaikutuksen piirteisiin potilaan kanssa kuului rauhallinen ja kunnioittava puhetyyli, katsekontakti sekä potillaan puhuttelu omalla nimellä. Myös Pietilän ja tutkijato-vereiden (2010, 262) mukaan hyvään vuorovaikutukseen muistisairaalla potilaalla kanssa kuului etunimen käyttäminen.

Viides alaluokka oli perustarpeiden huomiointi, jonka pelkistettyjä ilmauksia olivat hoitaja huomioi potilaan läheisyyden tarpeen sekä voimavaralähtöisyys ja kuntouttava työote. Saarnion ja Isolan (2010, 330) mukaan hoitajat kokivat muistisairaiden potilaiden hoidossa tärkeäksi kosketuksen, jolla vastattiin potilaiden läheisyyden kaipuuseen. Tätä esimerkiksi toteutettiin hieromalla, halaamalla ja silittämällä potilaita. Surakka ym. (2014, 225) listasivat kuntouttavan työotteen ja voimavaralähtöisyyden tärkeäksi osaksi muistisairaiden potilaiden hoitotyötä.

Alaluokista kuudes oli organisaation vaikutus hoitotyöhön, jonka pelkistettyinä ilmauksina olivat riittävät hoitoresurssit ja lähijohtajien kannustava ilmapiiri hyvän hoidon toteutukseen. Johtajien hyväksyntä hoitajien vapaammalle toimenkuvulle heidän työssään sekä vapaammin käytettävät resurssit ovat Handley'n ja muiden tutkijoiden (2017, 10) mukaan avain sille, että hoitajat oppisivat tuntemaan potilaat paremmin sekä tunnistaisivat ja huomioisivat epä-mukavuuden merkit muistisairaissa potilaissa nopeammin. Saarnion ja Isolan (2010, 331) mukaan liian vähäinen määrä hoitajia ja heidän vaihtuvuutensa osastolla vaikuttavat aiheut-tavan käytöshäiriöitä vanhuksilla.

Seitsemänneksi alaluokaksi muokkautui läheisten huomioiminen potilaan hoidossa. Tämän pelkistettyjä ilmauksia olivat läheisten osallistuminen potilaan hoitokokonaisuuteen sekä

potilaan ja läheisten ohjaaminen ja neuvonta. Suhosen ja tutkijatovereiden (2015, 262–267) mukaan muistisairaana potilaan läheisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun tukee potilaan päätöksen tekoon osallistumista, sekä mahdollistaa resurssien käytön mahdollisimman tehokkaasti. Myös hoitohenkilökunnan ammattitaidon ja monipuolisen tiedon muistisairauksista koettiin olevan tärkeää, jotta voitiin ohjata ja neuvoa potilaita sekä heidän läheisiään tarvittavien tukien ja palvelujen ääreen.



Kuvio 2. Keinot muistisairaana kohtaamiseen

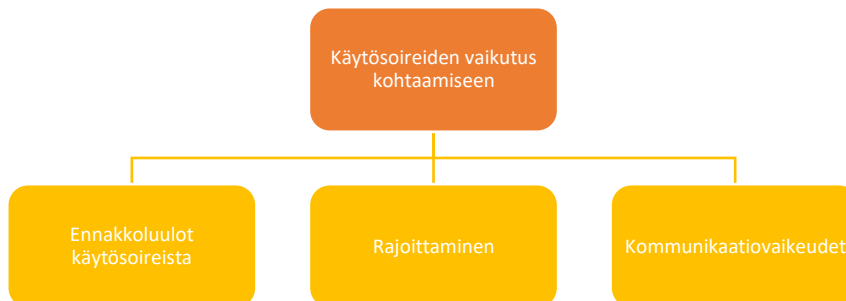
6.3 Käyttösoireiden vaikutus kohtaamiseen

Käyttösoireiden vaikutus kohtaamiseen oli viimeinen yläluokista. Alaluokkia olivat ennakkoluulot käyttösoireista, rajoittaminen ja kommunikaatiovaikeudet, jotka on esitetty kuviossa 3. Pelkistettyjä ilmauksia, jotka kuuluivat alaluokkaan ennakkoluulot käyttösoireista, olivat hoitohenkilökunta ja omaiset tulkitsevat käyttösoireet väärin sekä käyttösoireet aiheuttavat stressiä hoitohenkilökunnalle ja muille potilaille. Etenevässä muistisairaudessa potilaan kyky kommunikoida huononee ja erityisesti hankaluutta aiheuttaa tarpeiden kuulluksi tuleminen ilman sanoja, sillä usein hoitohenkilökunta ja omaiset eivät ymmärrä mitä muistisairas tarvitsee (Haapala ym. 2013, 315). Muistisairaiden haasteellinen käyttäytyminen on yksi isoimpia Saarnion ja Isolan (2010, 324) artikkelissaan mainitsemia hoitotyön haasteita, joita hoitajat kohtaavat päivittäin työssään. Tästä seuraa muistisairaiden potilaiden kaatumisia ja tapaturmia, jotka osaltaan aiheuttavat hoitajille stressiä ja lisääntyneitä poissaoloja.

Rajoittamiseen liittyvä pelkistetty ilmaus oli käyttösoireiden vuoksi potilaiden rajoittaminen fyysisesti ja kemiallisesti. Saarnion ja Isolan (2010, 324) mukaan käyttösoireet lisäsivät hoidossa fyysistä ja lääkkeellistä rajoittamista, mikä saattoi lisätä tapaturmia ja johtaa muistisairaiden kärsimykseen.

Kommunikaatiovaikeudet olivat kolmas alaluokista, johon kuuluvat pelkistetyt ilmaukset olivat käyttösoireet vaikeuttavat hoitajan ja potilaan välistä kommunikaatiota sekä potilaan kohtaamisen hankaloituminen käyttösoireiden vuoksi. Saarnion ja Isolan (2010, 325) mukaan hoitajat kokivat potilaiden vastustamisen ja aggressiivisuuden hoitotilanteissa erityisen

haasteelliseksi kohdatessaan muistisairaita potilaita. Hölttä ja Pitkälä (2019) taas toteavat artikkelissaan, että käytösoireita voivat pahentaa hoitajien liian suuret odotukset muistisairasta potilasta kohtaan tai ylipäätään heidän tyydyttämättömät tarpeensa, joita eivät pysty ilmaisemaan hoitajille. Pietilän ja tutkijatovereiden (2010) mukaan käytösoireita muistisairaisissa voivat aiheuttaa myös muut kuin sisäiset tekijät, näitä tekijöitä voivat esimerkiksi olla ympäristö ja hoitajien kanssa toimimaton kommunikaatio.



Kuvio 3. Käytösoireiden vaikutus kohtaamiseen

7 Pohdinta

7.1 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Opinnäytetyössä selvitettiin hoitajien kohtaamista muistisairaiden potilaiden kanssa, keinoja muistisairaiden potilaan kohtaamiseen ja kuinka muistisairauksien käytösoireet vaikuttavat potilaan ja hoitajan väliseen kohtaamiseen. Tutkimus tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena ja aineiston analyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Tulosten pohjalta oli tavoitteena tehdä tiivis muistivihko (Liite 3) geriatriselle kuntoutusosastolle, jota voidaan hyödyntää uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä olivat ”millaista on muistisairaana asiakkaan hyvä kohtaaminen”, ”millaisia keinoja muistisairaana kohtaamiseen tarvitaan” ja ”miten käytösoireet vaikuttavat muistisairaana ihmisen kohtaamiseen”. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin kymmentä tieteellistä artikkelia. Opinnäytetyössä tehty kirjallisuuskatsaus jäi melko suppeaksi, sillä aiheesta löytyi melko vähän ajankohtaista tutkimustietoa verkosta.

Artikkeleissa hyvä kohtaaminen ja siihen tarvittavat keinot määriteltiin samankaltaisilla ilmaisuilla. Analyysissä muodostuneet vastaukset jaettiin kolmeen yläluokkaan tutkimuskysymysten perusteella. Muodostuneet luokat olivat hyvä kohtaaminen, keinot muistisairaana kohtaamiseen ja käytösoireiden vaikutus kohtaamiseen.

Useimmissa artikkeleissa hyvän kohtaamisen muistisairaana kanssa kuvattiin olevan yksilöllistä sekä kiireetöntä ja hoitajan vuorovaikutustaitojen koettiin olevan erityisen tärkeitä. Potilaan elämänhistorian tunteminen ja potilaan itsenäisen toiminnan tukeminen olivat myös merkittäviä hyvän kohtaamisen arvoja. (Haapala ym. 2013, 316; Saarnio & Isola 2010, 324.) Kiireetön ja kahdenkeskeinen aika potilaan kanssa lisäävät muistisairaana ihmisen hyvinvointia. Hoitajan vuorovaikutustaidoissa tärkeää on kiinnittää huomiota sanalliseen sekä sanattomaan viestintään. Selkeä ja rauhallinen puhetyyli auttavat muistisairaana potilaan kohtaamisessa. (Haapala ym. 2013, 316.)

Muistisairaana kohtaamisen keinoihin kuului hoitajien hyvä tietoperusta muistisairauksista ja niiden hoidosta. Potilaan perustarpeista huolehtiminen auttoi ehkäisemään haasteellisten tilanteiden syntymistä (Saarnio & Isola 2010, 330). Artikkeleissa koettiin myös omaisten huomioon ottaminen hoidossa ja hoidon suunnittelussa tärkeäksi, sillä se paransi hoidon laatua ja muistisairaana potilaan tyytyväisyyttä (Surakka ym. 2014, 226). Toiminnallisten askareiden hyödyntäminen hoitotyössä tuki muistisairaana ihmisen toimintakykyä ja mielen hyvinvointia. Tällaisella toiminnalla oli myös kuntouttava ja elämänlaatua parantava vaikutus. Hyvään kohtaamiseen kuului rohkaiseva ja myönteinen ilmapiiri ja hoitajien läsnäolo. (Pietilä ym. 2010, 262–265.) Hoitohenkilökunnan taitoihin kuului laadukas ohjaus ja neuvonta.

Myös kohtaamisen taito oli tärkeä, sillä muistisairasta täytyy pystyä tukemaan ja auttaa käsittelemään hänen tunteitaan ja ajatuksiaan. (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018, 30–31). Hoitoympäristön tekeminen mahdollisimman häiriöttömäksi ehkäisi käytösoireiden syntymistä potilaalla (Pietilä ym. 2010, 265).

Käytösoireiden vaikutusta muistisairaahan potilaan kohtaamiseen oli tutkittu yllättävän vähän, mutta jokaisessa lähteessä sitä oli kuvattu lähes samalla tavalla. Käytösoireet saatiin tulkita väärin hoitajien sekä läheisten toimesta ja näin muistisairas ei saanut haluamaansa tai tarvitsemaansa hoitoa, joka osaltaan saattoi pahentaa käytösoireita. (Haapala ym. 2013, 315–316). Siksi artikkeleissa koettiin tärkeäksi, että muistisairaus tautina tunnettiin hyvin ja hoitajilla oli kokemusta muistisairaiden hoidosta, jotta voitiin kohdata muistisairas hyvin ja hänen tarvitsemallaan tavalla (Barber ym. 2011, 589). Käytösoireista aggressiivisuus ja vastustaminen koettiin hoitajien toimesta erityisen haasteelliseksi muistisairaahan kohtaamisessa (Saarnio & Isola 2010, 324). Myös vaeltelu koettiin monesti haastavaksi, sillä pelättiin, että muistisairas saattaisi kadota tai satuttaa itsensä (Handley ym. 2017, 9).

Tutkimuksen tulokset tukevat jo viitekehyksessä kerättyä tietoa muistisairaiden kohtaamisesta ja käytösoireiden vaikutuksesta kohtaamiseen. Muistisairaiden kohtaamisesta löydetty tieto oli yhtenevää useissa lähteissä, joten uutta tietoa löytyi melko vähän. Tuloksia arvioidessa kuitenkin huomattiin, että opinnäytetyöhön koottu tieto tukee muistisairaahan kohtaamista hoitotyössä.

Tutkimuksen tulosten perusteella artikkelit vastasivat tutkimuskysymyksiin hyvin. Tulosten pohjalta pystyttiin toteuttamaan alkuperäinen tutkimuksen tavoite eli löydettiin vastaukset kysymyksiin, millaista on hyvä kohtaaminen muistisairaahan kanssa, millaisia keinoja kohtaamiseen tarvitaan ja miten käytösoireet vaikuttavat kohtaamiseen muistisairaahan kanssa. Tavoitteena oli myös muistivihkon tuottaminen geriatriselle kuntoutusosastolle ja se toteutui.

Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että tulevaisuudessa eri hoitotyön koulutuksissa tulisi painottaa potilaan kohtaamisen merkitystä enemmän. Näin tulevat hoitotyön ammattilaiset hallitsisivat jo työelämän erilaisia kohtaamiskeinoja ja osaisivat soveltaa omaa persoonaansa potilaan kohtaamisessa.

7.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä on otettava huomioon useita eettisiä kysymyksiä. Opinnäytetyön eettisyyteen vaikuttavat tutkijoille esitetyt vaatimukset: kiinnostus omaa aihetta kohtaan, tunnollisuus ja rehellisyys, ihmisarvon ja kollegiaalisuuden arvostus, vaaran eliminoiminen, sosiaalinen vastuu sekä ammatinharjoittamisen edistäminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 23; Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Eettisesti hyvää tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu yhteisesti tunnustettujen toimintatapojen toteuttaminen: rehellisyyden, yleisen huolellisuuden ja tarkkuuden huomioiminen omassa tutkimustyössä sekä tulosten raportoimisessa. Opinnäytetyön tekemisessä käytettiin hyväksytyjä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja valmiin työn tuloksia julkaistessa noudatettiin avoimuutta. Muiden tutkijoiden tekemä työ ja saavutukset huomioitiin opinnäytetyössä ja sen tulosten julkaisemisessa. Opinnäytetyön suunnittelu, toteutus ja raportointi tehtiin mahdollisimman tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–24.)

Opinnäytetöihin liittyvien eettisten suositusten tavoite on tehdä ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöprosessista yhtenäisempi. Suositusten avulla edistetään hyvää tieteellistä käytäntöä ja ennaltaehkäistään tieteellisen epärehellisuuden ilmenemistä opinnäytetöissä. (Arene 2020, 4.) Opinnäytetyössä on mainittu tutkimusten tekijät ja merkattu lähteet hyvän tutkimustavan mukaisesti. Opinnäytetyöhön kuuluva tutkimuslupahakemus on hankittu sekä yhteistyökumppanin ja opiskelijoiden välinen yhteistyösopimus tehty. Opinnäytetyö on tarkistutettu plagiaatintunnistusjärjestelmässä ennen sen lähettämistä arvioitavaksi. (Arene 2020, 7, 12, 14.)

Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu, että tutkimusaineistoa ei keksitä tyhjästä eikä väärennetä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 212). Kirjallisuuskatsauksen tuloksia ei kannata ennakoida, sillä tutkijan omat ennako-oletukset tai toiveet tietynlaisista tuloksista mahdollisesti vääristävät todellista kuvaa aiheesta. Kirjallisuuden hakuprosessi on hyvin tärkeä vaihe katsauksen luotettavuuden kannalta, sillä kirjallisuushaun aikana tapahtuneet virheet johtavat vääriin johtopäätöksiin. Myös mukaanotto- ja poissulkukriteerit vaikuttavat katsauksen luotettavuuteen, sillä pätevät ja kattavat kriteerit auttavat relevantin kirjallisuuden löytämisessä ja vähentävät virheitä ja puutteita katsauksessa. Vertaisarviointi lisää kirjallisuuskatsauksen mukaan otettavien tutkimusten luotettavuutta ja näin itse katsauksen luotettavuutta. (Stolt ym. 2016, 24–26.)

Katsausta tehdessä pohdittiin, onko katsaus luotettava vähäisen artikkelimäärän vuoksi. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta kuitenkin lisää artikkelien kirjoittajien luotettavuus ja se, että artikkelit ovat julkaistu hoitotieteellisissä lehdissä.

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Muistisairaiden hyvästä kohtaamisesta hoitotyön näkökulmasta ei löytynyt paljoa ajankohdasta tutkimustietoa, joten opinnäytetyön jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkia muistisairaiden ja hoitohenkilökunnan kohtaamista sekä millaista kohtaamista itse muistisairaatt pitävät hyvänä kohtaamisena. Toinen opinnäytetyön jatkotutkimusaihe voisi olla tutkia, kuinka tehty

muistivihko on otettu käyttöön osastolla ja onko sitä pystytty käyttämään esimerkiksi uusien työntekijöiden ja opiskelijoiden perehdytyksessä.

Lähteet

- Arene. 2020. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Viitattu 20.5.2021. Saatavissa https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202020.pdf?_t=1578480382.
- Atula, S. 2019a. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.2.2021. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106.
- Atula, S. 2019b. Lewyn kappale -tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105.
- Atula, S. 2018. Parkinsonin tauti. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00055.
- Barber, J. & Murphy. 2011. Challenges that specialist palliative care nurses encounter when caring for patients with advanced dementia. *International Journal of Nursing*. Vol 17, No 12, 587–591. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.saimia.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=667fd b01-0f16-47b2-82db-69b94777304b%40sdc-v-sessmgr01>.
- Eksote. Geriatriinen kuntoutus. Viitattu 24.2.2021. Saatavissa <https://www.eksote.fi/toimipisteet/armilan-kuntoutuskeskus/psykogeriatrinen-ja-geriatriinen-kuntoutus/Sivut/default.aspx>.
- Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Duodecim. Keuruu: Otava.
- Haapala, P., Burakoff, K. & Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista. *Gerontologia*. 3/2013, 314–321. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/g/0784-0039/27/3/tietoisu.pdf>.
- Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihkari, P. 2019. Muistisairaana hoito. Muistisairaana hyvän hoidon periaatteet. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www-oppiporssi-fi.ezproxy.saimia.fi/op/mho00180/do>.
- Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

- Handley, M., Bunn, F. & Goodman, C. 2017. Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. *BMJ open*. 7/2017, 1–13. Viitattu 18.5.2021. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5541590/>.
- Heimonen, S. & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2018. Muistisairaahan mielen hyvinvoinnin edellytykset – miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? *Gerontologia*. 1/2018, 21–36. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <https://journal.fi/gerontologia/article/view/65390/30953>.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Höltkä, E. & Pitkälä, K. 2019. Muistisairaahan neuropsykiatristen oireiden hoito. *Lääkärilehti*. 5/2019, 242–247. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.saimia.fi/pdf/2019/SLL52019-242.pdf>.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino-Turun yliopisto.
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. *Lääkärikirja Duodecim*. Viitattu 10.2.2021. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699.
- Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede*. 4/2013, 291–301.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Koponen, H. 1999. Vaikeiden käytöshäiriöiden hoidon mahdollisuudet. *Lääketieteellinen aikakauskirja duodecim*. Viitattu 26.5.2021. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo90403>.
- Koponen, H & Vataja, R. 2016. Muistisairaahan käytösoireiden hoito. *Duodecim käypä hoito*. Viitattu 12.3.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>.
- Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen>.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen

- yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2020. Viitattu 12.3.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044>.
- Mäntykangas, S-M. 2013. Työvälineet hyvään kohtaamiseen – Oulaisten Rantakartanon työntekijöille opas muistisairaahan ihmisen kohtaamiseen. Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 24.5.2021. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/68592/Satu-Maaria_Mantykangas.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Mönkäre, R. 2019. Muistisairaahan hoito. Vuorovaikutus muistisairaahan kanssa. Duodecim oppiportti. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/mho00145/do>.
- Numminen, A. 2015. Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena. Gerontologia. 2/2015, 88–93. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/g/0784-0039/29/2/musiikki.pdf>.
- Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Frosti, S. & Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Gerontologia. 3/2010, 261–266. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/g/0784-0039/24/3/kohtaami.pdf>.
- Saarnio, R. & Isola, A. 2010. Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. Gerontologia. 4/2010, 323–334. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/g/0784-0039/24/4/hoitajie.pdf>.
- Siltala, S. 2016. Muistisairaahan kohtaamisen haasteet ja ratkaisukeinot hoitohenkilökunnan kokemana. Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 24.5.2021. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/116534/Siltala_Satu.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Stolt, M., Axelin, A & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes Print.
- Suhonen, R., Röberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J., Stolt, M. & Leino-Kilpi, H. 2015. Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. Viitattu 18.5.2021. Hoitotiede. 4/2015, 259–273. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/h/0786-5686/27/4/muistipo.pdf>.

Surakka, T., Suonsivu, K. & Åstedt-Kurki, P. 2014. Vanhustyön lähijohtajien näkemyksiä hyvästä vanhuksen kanssa tehtävästä työstä. *Gerontologia*. 4/2014, 221–230. Viitattu 16.5.2021. Saatavissa <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.saimia.fi/se/g/0784-0039/28/4/vanhusty.pdf>.

THL. 2020. Kansantaudit. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 1.3.2020. Saatavissa <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>.

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

Valkeinen, P-R. & Yli-Hietanen, I. 2018. Muistisairaahan potilaan kohtaaminen sairaanhoitajan näkökulmasta. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö. Viitattu 24.5.2021. Saatavissa https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/149191/valkeinen_piia-riikka%20ja%20yli-hietanen_iida.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Vataja, R & Mönkäre, R. 2019. Muistisairaanhoidon muutosten ilmeneminen. Duodecim oppiportti. Viitattu 12.3.2021. Saatavissa <https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/mho00095/do>.

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Liite 1. Katsaukseen valittu aineisto

Kirjoittajat	Julkaisu	Tutkimus-asetelma	Päätulokset	Vertaisarvioitu
Barber, J. & Murphy, K	Challenges that specialist palliative care nurses encounter when caring for patients with advanced dementia. 2011. International Journal of Palliative Nursing. Vol 17, No 12, 587–591.	Kirjallisuuskatsaus	Pitkälle edenneen dementia potilaiden hoidossa hoitajat kokivat suurimmiksi haasteiksi kivun ja sen arvioinnin sekä ravinnon ja nesteytyksen.	x
Handley, M., Bunn, F & Goodman, C	Dementia-friendly interventions to improve the care of people living with dementia admitted to hospitals: a realist review. 2016. BMJ Open. 7/2017, 1–13.	Haastattelututkimus	Tutkimuksessa selvitettiin, mitkä tekijät tukevat dementia ystävällistä hoitotyötä sairaalaolosuhteissa.	x
Saarnio, R & Isola A	Hoitajien kokemuksia haasteellisesti käyttäytyvän dementoituvan vanhuksen onnistuneesta kohtaamisesta. 2010. Gerontologia. 4/2010, 323–334.	Laadullinen tutkimus	Hoitotilanteet, joissa potilas vastustelee hoitajan toimia ja häiritsee muita asukkaita ja hoitajia koettiin haasteellisiksi.	
Suhonen, R., Rönberg, S., Hupli, M., Koskenniemi, J., Stolt, M & Leino-Kilpi, H	Muistipotilaiden optimaalisen palvelukokonaisuuden ominaisuudet. 2015. Hoitotiede. 4/2015, 259–273.	Haastattelututkimus	Tutkimuksessa selvitettiin, mitä muistipotilaiden optimaalinen palvelukokonaisuus sisältää palvelujen käyttäjien, ammattilaisten ja päätöksentekijöiden näkökulmasta.	x
Surakka, T., Suonsivu, K & Åstedt-Kurki, P	Vanhustyön lähijohtajien näkemyksiä hyvästä vanhuksen kanssa tehtävästä työstä. 2014. Gerontologia. 4/2014, 221–230.	Laadullinen tutkimus	Vuorovaikutus, asiantuntijuus, työntekijän tietyt ominaisuudet ja vanhustyön arvostus vaikuttavat vanhuksen kohtaamiseen.	
Haapala, P., Burakoff, K & Martikainen, K	Tietoisuus toimivista vuorovaiikutustavoista muuttaa muistisairaahan ihmisen ja hoitajan kohtaamista. 2013. Gerontologia. 3/2013, 314–321.		Kiireettömyys, yksilöllisyys ja läsnäolo ovat merkittävimpiä asioita muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa.	
Heimonen, S & Mäki-Petäjä-Leinonen, A	Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset – miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? 2018. Gerontologia. 1/2018, 21–36.		Muistisairaahan mielen hyvinvointia voidaan edistää potilaan ohjauksella ja neuvonnalla.	x

Kirjoittajat	Julkaisu	Tutkimus- asetelma	Päätulokset	Vertaisarvioitu
Hölttä, E & Pitkälä, K	Muistisairauden neuropsykiatristen oireiden hoito. 2019. Lääkärilehti. 5/2019, 242–247.		Muistisairauksien käytösoireita voidaan hoitaa ja ehkäistä vaikuttamalla tekijöihin, jotka oireita aiheuttavat.	x
Numminen, A	Musiikki muistisairaiden ihmisten hoidon tukena. 2015. Gerontologia. 2/2015, 88–93.		Musiikkia kannattaa käyttää hyödyksi muistisairaiden hoidossa, sillä se parantaa muistisairaiden mielialaa ja orientoitumista.	
Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, T., Köykkä, T., Sillanpää-Nissula, H., Frosti, S & Saarenheimo, M	Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. 2010. Gerontologia. 3/2010, 261–266.		Osaamattomuus muistisairaahan kohtaamisessa aiheuttaa potilaiden toiseuttamista.	

Liite 2. Sisällön luokittelu

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Potilaan itsemääräämisoikeus	Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi	Hyvä kohtaminen
Potilaan osallistaminen hoitoon		
Yhteisymmärrys hoitotoimenpiteissä		
Kahdenkeskinen aika potilaan kanssa		
Hoitajan tieto potilaan elämänhistoriasta		
Sanallisen ja sanattoman viestinnän hallinta	Hoitajan vuorovaikutustaidot	
Arvostava ja luottamuksellinen kohtaminen		
Hoitajan kokemus muistisairaana potilaan hoidosta	Hoitajan persoona, kokemus ja ammattitaito	Keinot muistisairaana kohtamiseen
Hoitajan tieto muistisairauksista ja niiden hoidosta		
Hoitajalla on pitkä työsuhte samalla osastolla		
Hoitaja osaa muuttaa omaa toimintatapaansa vuorovaikutustilanteissa		
Hoitaja hyödyntää omaa persoonaansa hoitotyössä		
Turvallinen hoitoympäristö	Hoitoympäristön vaikutus kohtamiseen	
Rohkaiseva ja myönteinen hoitoympäristö		
Mielekkäiden askareiden järjestäminen potilaalle	Toiminnallisuuden hyödyntäminen	
Potilaan hyvinvointia ja toimintakykyä edistävä ja ylläpitävä toiminta		
Hoitotilanteen selittäminen potilaalle	Selkeä kommunikaatio	
Potilaan äidinkielen huomiointi		
Potilaan puhuttelu omalla nimellä ja katsekontaktin ottaminen häneen		

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Voimavaralähtöisyys ja kuntouttava työote		
Riittävät hoitoresurssit	Organisaation vaikutus hoitotyöhön	
Lähijohtajien kannustava ilmapiiri hyvän hoidon toteutukseen		
Läheisten osallistaminen potilaan hoitokokonaisuuteen	Läheisten huomioiminen potilaan hoidossa	
Potilaan ja läheisten ohjaaminen ja neuvonta		
Hoitohenkilökunta ja omaiset tulkitsevat käytösoireet väärin	Ennakkoluulot käytösoireista	Käytösoireiden vaikutus kohtaamiseen
Käytösoireet aiheuttavat stressiä hoitohenkilökunnalle ja muille potilaille		
Käytösoireiden vuoksi potilaiden rajoittaminen fyysisesti ja kemiallisesti	Rajoittaminen	
Käytösoireet vaikeuttavat hoitajan ja potilaan välistä kommunikaatiota ja kohtaamista	Kommunikaatiovaikeudet	
Potilaan kohtaamisen hankaloituminen käytösoireiden vuoksi		

Liite 3. Muistivihko potilaan kohtaamiseen



KEINOT
MUISTISAIRAAN
KOHTAAMISEEN



1. Muistisairaahan kohtaaminen

Muistisairaiden kohtaaminen on yksi hoitohenkilökunnan suurimpia haasteita ja muistisairaatt potilasryhmänä tulevat kasvamaan vuosi vuodelta. Muistisairaahan kohtaaminen voi olla haasteellista hoitohenkilökunnalle, sillä muistisairaus voi olla edennyt niin pitkälle, että se vaikuttaa potilaan vuorovaikutustaitoihin.

Muistisairaahan kohtaamisen perustana on samat perusteet kuin yleensäkin ihmisten välisessä kohtaamisessa: toisen arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Vaikka muistisairaatt tuleekin kohdata samoin kuin muutkin ihmiset, eroaa vuorovaikutus heidän kanssaan tavallisesta vuorovaikutuksellisesta kohtaamisesta, sillä heidän kanssaan kohdatessa vastuu vuorovaikutuksen onnistumisesta, toiminnan seurauksista ja ilmapiiristä siirtyy hoitohenkilökunnalle. Onkin erityisen tärkeää, että hoitajalla on hyvät vuorovaikutustaidot.

2. Muistisairauksien käytösoireet

Jopa 90 %:lla muistisairaista ilmenee erilaisia käytösoireita, joita voidaan hoitaa psykososiaalisin ja lääkkeellisin hoitomuodoin. Näitä ovat mm. masentuneisuus, apatia, levottomuus, aggressiivisuus, ahdistuneisuus, psykoosi ja unettomuus.

Masentuneisuus on yleistä muistisairauden alkuvaiheessa, kun kognitiiviset oireet ovat lieviä tai keskivaikeita ja potilaan päivittäiset ja kognitiiviset kyvyt heikkenevät. Aloitteellisuusongelmat heikentävät selviytymistä jokapäiväisistä toimista. Levottomuus- ja aggressio-oireet sekä psykoosioireet ovat tavallisimpia muistisairauden myöhäisvaiheen oireita. Tutkimusten mukaan hoitajat kokivat levottomuuden ja aggressiivisuuden olevan eniten muistisairaahan kohtaamista hankaloittavia tekijöitä. Tavallisimmin dementian lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa esiintyy ahdistuneisuutta, joka aiheuttaa myös ärtyneisyyttä. Psykoottisia oireita ilmenee

keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa. Niihin liittyviä oirekuvia ovat sairastuneen vakuuttuminen siitä, että häneltä varastetaan jotain sekä haamuasukkaat tai muu ulkopuolinen uhka aiheuttaa häiriötä. Myös unettomuus kuuluu muistisairauksien oireisiin ja jopa neljännes muistisairaista heräilee öisin.



Pixabay

3. Keinot muistisairaahan kohtaamiseen

Ennen muistisairaahan kohtaamista

- Luo turvallinen ja rauhallinen hoitoympäristö
- Varaa kohtaamiseen riittävästi aikaa
- Kohtaa potilas yksilönä
- Ole läsnä
- Ole kärsivällinen ja empaattinen
- Jos vuorovaikutustilanne kärjistyy, palaa myöhemmin asiaan
- Huomioi potilaan vireystila, voimavarat ja arvot



Pixabay

Kun kohtaat muistisaira

- Kutsu potilasta omalla nimellä
- Ota katsekontakti potilaaseen
- Voit käyttää kosketusta apuna hoitotilanteissa, mutta vältä pakottamista (esim. vetäminen)
- Hyödynnä eleitä ja ilmeitä
- Puhu selkeästi ja rauhallisesti
- Kiinnitä huomiota äänensävyysi
- Käytä yksinkertaisia lauseita
- Kuuntele potilasta ja anna hänelle aikaa vastata
- Varmista, että muistisairas on ymmärtänyt mitä sanoit ja tarvittaessa toista asia

Lopuksi

Tämä muistivihko perustuu kirjallisuuskatsauksena tehtyyn sairaanhoitajakoulutuksen opinnäytetyöhön. Opinnäytetyö on nimeltään Muistisairaana potilaan hyvä kohtaaminen hoitotyössä. Opinnäytetyön tekijöinä ovat Hanna Laakkonen ja Linda Heiskanen. Opinnäytetyön voit löytää osoitteesta www.theseus.fi hakemalla opinnäytetyön tai tekijöiden nimellä. Muistivihko on tehty Eksoten geriatrisen kuntoutuksen käyttöön. Oppaassa käytetyt kuvat ovat Pixabay-palvelusta.



Pixabay

Lähteet

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R. & Pihkari, P. 2019. Muistisairaahan hoito. Muistisairaahan hyvän hoidon periaatteet. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www-oppiportti-fi.ezproxy.saimia.fi/op/mho00180/do>.

Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Duodecim käypä hoito. Viitattu 12.3.2021. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>.

Laakkonen, H. & Heiskanen, L. 2021. Muistisairaahan hyvä kohtaaminen hoitotyössä. LAB-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö.

Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. Muistisairaahan ihmisen kohtaaminen. Viitattu 28.3.2021. Saatavissa <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksia/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen>.

2021

