



Karelia-ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja (AMK)

Kohtaaminen ja kosketus hoito- työssä

Oppimistuokio Hoitokoti Mesikämmenen
hoitohenkilökunnalle

Maarit Niskanen

Opinnäytetyö, maaliskuu 2023

www.karelia.fi



OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2023
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijä
Maarit Niskanen

Nimeke
Kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä
Oppimistuokio Hoitokoti Mesikämmenen hoitohenkilökunnalle

Toimeksiantaja
Validia Oy, Hoitokoti Mesikämmen

Tiivistelmä

Potilaiden kohtaaminen on iso osa hoitotyötä. Laadukas, potilaan yksilöllisesti huomioiva sekä potilasta arvostava kohtaaminen lisäävät potilaan tunnetta siitä, että on tullut kuul-
luksi ja arvostetuksi. Tämä lisää potilaan hoitoon sitoutumista sekä omien voimavarojen
käyttöönottoa, Myös kosketuksella on paljon merkitystä hoitotyössä. Kosketuksella voi-
daan aktivoida potilasta, vähentää kipua, rentouttaa potilasta ja tuottaa iloa, luottamusta
ja turvaa potilaan elämään.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä Hoitokoti Mesikämmenen hoitajien ammatil-
lista osaamista neurologista sairautta sairastavien potilaiden kohtaamisesta ja kosketta-
misesta. Opinnäytetyön toiminnallisena osiona oli tähän liittyen oppimistuokion ohjaami-
nen Hoitokoti Mesikämmenen hoitajille. Oppimistuokio toteutettiin draamapedagogiikan
opetusmenetelmää hyödyntäen. Osallistujat näyttelivät neljässä erilaisessa potilastilan-
teessa päästen kokeilemaan sekä hoitajan että potilaan roolia laadukkaassa ja vasta-
kohtaisesti myös välttävissä kohtaamis- ja kosketustilanteessa.

Oppimistuokion toteuttaminen onnistui tavoitteiden mukaisesti. Oppimistuokiosta kerät-
tiin palautetta ja palautteen mukaan osallistujat kokivat, että voivat hyödyntää oppi-
maansa hoitotyössä. Palautteista kävi ilmi, että tämän tyyppistä koulutusta toivottiin lisää
työpaikalle ja toteutus voisi olla hyvinkin matalankynnyksen toteutusta käytännön asia-
kastilanteisiin liittyen. Kohtaamisen ja koskettamisen merkitystä hoitotyön välineenä on
tärkeää korostaa jatkossakin, jottei sen merkitystä potilaan ja myös hoitajan hyvinvoin-
nille unohdeta.

Kieli
suomi

Sivuja 37
Liitteet 2
Liitesivumäärä 3

Asiasanat
kohtaaminen, kosketus, neurologiset sairaudet, draamapedagogiikka



THESIS
March 2023
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI-80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. + 358 13 260 600

Author
Maarit Niskanen

Title
Encounters and Touch in Nursing Care – An Educational Session for the Nursing Staff of Nursing Home Mesikämmen

Commissioned by
Validia Ltd.

Abstract

Encountering patients is a big part of nursing care. Encounters that are of high-quality and individual make patients feel that nurses listen to and respect them. This increases the resources of the patients and their adherence to care. Touch is also very important in nursing care, since it can activate patients, reduce pain, relax them, bring joy, confidence and security to their lives.

The aim of this thesis was to enhance the professional competence of the nurses at Nursing Home Mesikämmen in encountering and touching patients with neurological disorders. The functional part of this thesis was to implement an educational session for the nurses of the Nursing Home Mesikämmen. The educational session was carried out using the teaching method of drama pedagogy.

The implementation of the learning session was successful in terms of the objectives. According to the feedback, the participants perceived that they could use what they had learned in practical nursing care. The feedback showed that more of this type of training was desired in the workplace. It is important to emphasize the importance of encountering and touching as a nursing tool. It has an impact on the well-being of both the patient and the nurse.

Language
Finnish

Pages 37
Appendices 2
Pages of Appendices 3

Keywords
encounter, touch, neurological diseases, drama pedagogy

Sisältö

1	Johdanto	5
2	Kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä	6
2.1	Kunnioittava kohtaaminen	6
2.2	Elintärkeä kosketus	7
2.3	Voimaannuttava kosketus	8
2.4	Rentouttava ja kipua lievittävä kosketus	9
2.5	Kohtaamisen ja kosketuksen etiikka	10
3	Neurologiset sairaudet	11
3.1	Neurologisten sairauksien jaottelu	11
3.2	Aivoverenkiertohäiriöt (AVH)	12
3.3	Tapaturmainen aivovaurio	13
3.4	Selkäydinvauriot	13
3.5	Amyotrofisen lateraaliskleroosi (ALS)	14
3.6	Parkinsonin tauti	15
3.7	MS-tauti	16
4	Muistisairaudet	17
4.1	Muistisairaudelle altistavia tekijöitä	17
4.2	Alzheimerin tauti (AT)	17
4.3	Vaskulaarinen dementia	18
4.4	Lewyn kappale -tauti	19
4.5	Otsa-ohimolohkorappeumat	20
4.6	Alkoholin aiheuttamat muistisairaudet	20
5	Opinnäytetyön tavoite ja tehtävät	21
6	Opinnäytetyön toteutus	21
6.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	21
6.2	Toimeksiantaja, kohderyhmä ja lähtötilanne	22
6.3	Laadukas oppimistuokio	23
6.4	Oppimistuokion suunnittelu	24
6.5	Oppimistuokion sisältö ja toteutus	25
6.6	Oppimistuokion palautteet	28
7	Pohdinta	29
7.1	Oppimistuokion tarkastelu	29
7.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	30
7.3	Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja ammatillinen kasvu	32
7.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet	34
	Lähteet	35

Liitteet

Liite 1 Toiminnallinen oppimistuokio

Liite 2 Palautelomake

1 Johdanto

Aito kohtaaminen ja kosketus ovat erittäin tärkeitä ihmisen hyvinvoinnille niin psyykkisesti, fyysisesti kuin sosiaalisestikin. Aidon ja lämpimän kohtaamisen saattaa muistaa vielä vuosikymmenten jälkeen, samoin kipua lievittävän hieronnan. Kosketuksella voidaan lievittää sekä fyysistä kipua että psyykkistä pahoinvointia. Pitkän sairaalajakson aikana moni kokee yksinäisyyttä, vaikka osastolla on jatkuvasti hoitajia ja toisia potilaita. Oleellista ei ole se, kuinka paljon ihmisiä on ympärillä, vaan se, kuinka ihmiset kohtaavat toisensa. Lämmin kosketus on tärkeä merkki potilaalle siitä, että hänet on huomattu ja että hän on tärkeä.

(Styrman & Torniainen 2018, 54.)

Ympärivuorokautisessa asumispalvelussa asiakkaat tarvitsevat usein paljon apua. Avun luonne voi olla sanallista ohjausta tai fyysistä avuntarvetta, usein molempia. Päivän aikana tulee useita tilanteita, joissa hoitaja pystyy hyödyntämään ammatillista kohtaamisen ja koskettamisen taitoaan luoden asiakkaaseen inhimillisen yhteyden. Inhimillistä yhteyttä ilmennetään kosketuksella, eleillä, ilmeillä, sanoilla, puheella, hoitotoimenpiteillä sekä huolehtimalla ja välittämällä asiakkaasta. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2022, 27 & Styrman; Torniainen 2018, 401.)

Kontiolahdella sijaitsevassa Validian omistamassa Hoitokoti Mesikämmenessä asuu neurologisia sairauksia sekä muistisairauksia sairastavia aikuisia ympäri- vuorokautisessa asumispalvelussa. Tämän opinnäytetyön tavoite on lisätä Hoitokoti Mesikämmenen hoitajien ammatillista osaamista asiakkaan kohtaamisessa ja koskettamisessa. Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa oppimistuokio Hoitokoti Mesikämmenen hoitajille, aiheena on kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä. Oppimistuokio koostuu aiheen alustuksesta, toiminnallisesta osuudesta sekä lopussa kokemusten vaihdosta ja palautteiden keräämisestä. Menetelmänä käytetään draamapedagogiikan opetusmenetelmää, jossa henkilökunnalla on mahdollisuus oppia ja havainnoida kohtaamista ja koskettamista kuvitteellisten potilastilanteiden kautta.

2 Kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä

2.1 Kunnioittava kohtaaminen

Hoitotyössä kunnioittamisella tarkoitetaan ihmisarvon kunnioittamista, joka moninaisuudessaan käsittää potilaan omien arvojen, persoonan, vakaumuksen, valinnanvapauden, oikeuksien ja elämäkatsomuksen kunnioittamista. Muun muassa yhteiskunnallinen asema tai terveydentila eivät saa vaikuttaa hoitajan ajatukseen potilaan arvokkuudesta. Pelkkä puhe on vain pieni osa kohtaamista, enemmän merkitsevät kiireetön, arvostava, kuunteleva ja tasa-arvoinen sekä oikeudenmukainen sanaton viestintä, joihin kuuluvat myös eleet, ilmeet, kehon asento ja silmiin katsominen. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 18.)

Käytännössä kunnioittava kohtaaminen on inhimillinen, luottamuksellinen ja rehellinen kohtaaminen, jossa huomioidaan yksityisyyden suoja ja ammatillinen vuorovaikutus ja potilaan tarpeet tulevat huomioiduksi. Potilas pyritään näkemään omana itsenään ja hoitaja antaa sen tiedon, mitä juuri kyseinen potilas tarvitsee. Hoitaja tukee potilaan yksilöllisiä voimavaroja ja auttaa potilasta löytämään itsessään olevan potentiaalin positiivisella ja luottavaisella asenteella. Jokaisen potilaan tulee saada hyvää hoitoa riippumatta iästä, henkilökohtaisista ominaisuuksista tai sidonnaisuuksista. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 18.)

On helppoa olla myötätuntoinen ja samaa mieltä samalla tavalla ajattelevien ihmisten kanssa. Paljon enemmän vaaditaan, kun halutaan olla myötätuntoisia erilaisia ihmisiä kohtaan. Tällöin henkilö arvostaa toisen tapaa toimia tai ajatella, vaikka itse olisikin eri mieltä. Myötätuntoiseen kohtamiseen vaaditaan hyvää itsetuntemusta ja omien asenteiden ja ennakkoluulojen tiedostamista. On myös tärkeää ymmärtää, että jokaisella on omanlaisensa menneisyys, persoonallisuus, ympäristö ja kiinnostuksen kohteet, jotka ovat ohjanneet ajattelemaan asioista ehkä toisella tavalla kuin itse ajattelee. Kun hoitaja sisäistää tämän, hän pystyy olemaan myötätuntoinen erilaisia ihmisiä kohtaan. Onnistunut kunnioittava kohtaaminen saa aikaan positiivisen nosteen. Hoitotyössä se antaa lohdutusta, synnyttää toivon, auttaa rentoutumaan ja luo turvallisen olon. (Styrman & Torniainen 2018, 18.)

Potilaan perusoikeuksiin kuuluu, että hän voi kokea olonsa turvalliseksi. Turvallisuuden tunteen muodostumiseen vaikuttaa tieto siitä, että saa parasta mahdollista hoitoa ja ympärillä on työntekijät, joihin hän voi luottaa. Myös ympäristön turvallisuuteen tulee kiinnittää huomiota, kuten valaistus, lämpötila, puhtaus ja hoitajakutsujärjestelmä. Tärkeää turvallisuuden tunteen muodostumiselle on lisäksi tukea potilaansosiaalisia ja psyykkisiä tarpeita. Esimerkiksi yhteydenpito läheisiin mahdollistetaan ja hoitopaikassa vastataan mm. yhteisöllisyyden tarpeisiin ja tuetaan elämään vaikeidenkin tunteiden kanssa. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 28-29.)

2.2 Elintärkeä kosketus

Kosketuksella tässä opinnäytetyössä tarkoitetaan hoitajan kosketusta potilaaseen. Kosketus voi olla avustavaa, kuntouttavaa, tutkivaa, välittävää tai suojaavaa kosketusta. Avustavaa kosketusta käytetään, kun esimerkiksi avustetaan potilasta pukeutumaan tai liikkumaan. Kuntouttavalla kosketuksella käsitetään kosketus, joka aktivoi potilaan omatoimisuutta ja antaa lihaksille ja aivoille ärsyksen toimia. Tällaista on esimerkiksi taputtelu reisilihaksiin ennen seiso- maannousua tai kun hoitaja avustaa vuodepotilasta raajojen liikeratojen ylläpito- harjoituksessa. Tutkivalla kosketuksella voidaan mm. tunnustella lihasten jänte- vyyttä, raajojen lämpötilaa, tunnustella pulssia ja tutkia kipukohtia. Välittävän kosketuksen tarkoitus on antaa rauhoittava ja turvallisuuden tunnetta lisäävä viesti potilaalle. Rauhallinen ote kädestä tai hartioiden sively ovat esimerkkejä välittävästä kosketuksesta. Suojaavaa kosketusta käytetään tilanteissa, joissa on otettava potilaasta ote, jotta hän ei vahingoita itseään tai toisia. (Kinnunen ym. 2019, 45-58.)

Lapsen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehittyminen vaativat kosketusta ja huolenpitoa. Lapsen kehitys pysähtyy ja lapsi muuttuu apaattiseksi ilman säännöllistä kosketusta. (Herrala, Kahrola & Sandtröm 2011, 71) Ihmisten välinen läheisyys ja kosketus luovat turvallisuutta, rentoutta ja rauhaa kaiken ikäisille. Säännöllinen rauhoittava koskettaminen lisää myös yksilön fyysistä terveyttä. Se saa aikaan oksitosiinin erittymiseen kehossa, joka tuo mielihyvän tunteen ja auttaa rentoutumaan. (Herrala ym. 2011,73.)

Koskettaminen, erityisesti rauhoittava hieronta, hidastaa ja vapauttaa hengitystä parantaen veren happeutumista, laskee verenpainetta ja sydämen sykettä sekä parantaa immuunijärjestelmää ja sillä on vaikutusta jopa masennuksen lievittämiseen. Syy näihin fysiologisiin reaktioihin on se, että rauhoittava hieronta aktivoi vagushermaa, joka on autonomisen hermoston osa ja sen tehtävä on rauhoittaa elimistöä. Myös kivunlievitykseen on havaittu olevan apua rentouttavasta hieronnasta. (Field 2014, 9-10.)

Kun yksilö sairastuu etenevään muistisairauteen, hänen kykynsä olla sosiaalisesti aktiivinen ja vuorovaikutuksessa toisten kanssa heikkenee. Puoliso, lapset, ystävät ja lemmikit tuovat tarpeellisia sosiaalisia kontakteja, mutta kun ihminen vanhenee ja sairastuu, on hänen ympärillään usein vähemmän rakkaita ihmisiä. On tärkeää, että hoitajat ja läheiset auttavat sosiaalisuuden säilymisessä. Yksinkertaisella, yksilöstä itsestään nousevalla luonnollisella kosketuksella voidaan saada merkittävää hyötyä pitkälle dementoituneiden potilaiden käytökseen ja mielenterveyteen. Potilaat ovat rauhallisempia ja vähemmän aggressiivisia, kun he saavat osakseen välittämistä ja rauhoittavaa kosketusta. (Nichollsa, Chang, Johnson & Edenborough, 2013.)

On havaittu, että välittävästä kohtaamisesta ja hoitavasta kosketuksesta hyötyvät molemmat osapuolet. Usein hoitajat ja läheiset kokevat pitkälle dementoituneet potilaan hoitamiseen ja kohtaamiseen liittyvän turhautumisen ja toivotonmuuden tunteita. Hoitavalla kosketuksella nämä tunteet vähenivät ja hoitajat ja omaiset olivat rentoutuneempia ja vähemmän turhautuneita ollessaan potilaan kanssa. Potilaan hymy siirtyy hänen kanssaan vuorovaikutuksessa oleville henkilöille. (Nichollsa ym. 2013.)

2.3 Voimaannuttava kosketus

Kehon hahmottaminen heikkenee, kun potilas on paljon paikallaan. Myös tietyt sairaudet, kuten aivoverenkierron häiriöt ja muistisairaudet, voivat heikentää kehon hahmottamista. Kosketus, kuten lihasten taputtelu ja painelu sekä esimerkiksi raajojen avustettu liikuttaminen aktivoivat kehon hahmottamista, jolloin liikkeiden hallinta paranee ja lihakset aktivoituvat. Mitä huonokuntoisemmasta potilaasta on kyse, sitä tärkeämpää hoitajan on auttaa potilasta orientoitumaan

omaan kehoonsa ja sen liikuttamiseen. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 69.)

Kuntouttavan hoitotyön periaatteiden mukaan on tärkeää tunnistaa potilaan voimavarat ja toimintakyvyn mahdollisuudet sekä kannustaa potilasta omatoimisuuteen. Vaatii ammattitaitoa huomata toiminnot, joissa potilas kykenee omatoimisuuteen. Vaatii myös kärsivällisyyttä ja ystävällistä kannustusta, jotta hoitaja malttaa tukea ja mahdollistaa olemassa olevan ja orastavan toimintakyvyn. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 29-30.) Katsekontakti, sanallinen selitys siitä, mitä aiotaan tehdä ja usko potilaan voimavaroihin lisäävät potilaan toiminnallisuutta. Pienet erot siinä, miten asiat ilmaistaan ja missä tahdissa ne tehdään, vaikuttavat paljon siihen, miten potilas aktivoituu. Hoitaja voi sanoa potilaalle ”nosta sinut” tai ”nyt voit nousta ylös, olen tukena”. Hoitaja voi nostaa potilasta ilman, että hän ehtii itse ponnistaa tai hoitaja voi odottaa, että potilas itse ponnistaa noustakseen ja avustaa sitten tarvittavan määrän. Potilaan noustua ylös hoitaja voi kääntää hänet pyörätuoliin tai hoitaja voi sanallisesti ohjata potilasta kääntymään pyörätuoliin ja avustaa vain tarvittavan määrän fyysisesti. (Tamminen-Peter & Wickström 2014, 68-69.)

2.4 Rentouttava ja kipua lievittävä kosketus

Hieronta ja muu rentouttava kosketus lisäävät kehon endorfiinin ja oksitosiinin tuotantoa, joka on kehon oma mielihyvähormoni ja sen erittyminen vaimentaa kiputuntemuksia (Styrman & Tornainen 2018, 127). Oksitosiinijärjestelmä on yhteydessä kehon rauhoittumista edistävien hormonien ja välittäjäaineiden eritykseen. Oksitosiini rauhoittaa elimistöä vaikuttamalla parasympaattiseen hermostoon ja saa näin aikaan palautumista psyykkisestä ja fyysisestä rasituksesta sekä lisää turvallisuuden tunnetta, vähentää aggressiivisuutta ja saa yksilön kiinnostumaan toisista ihmisistä. Oksitosiinin on lisäksi havaittu alentavan verenpainetta ja sykkettä sekä vahvistavan immunitettia, nostavan kipukynnystä, alentavan stressiä ja nopeuttavan haavojen paranemista. (Kinnunen ym. 2019, 32.)

Jatkuva lihasjännitys saa aikaan kroonista lihaskipua. Jännittyneessä lihaksessa verenkierto on heikentynyt ja näin ollen hapen kuljetus lihassoluille

heikkenee, vaikka juuri supistuneissa lihassoluissa tarvittaisiin happea runsaammin. Hermoonkin saattaa kohdistua puristusta, joka ilmenee hermokipuna. Lihaksia rentouttava hieronta on lempeää, venyttävää ja tarjoaa keholle tuen, jota vasten keho voi rentoutua. Hieronta tuottaa lämpöä, joka itsessäänkin rentouttaa lihaksia. Hieronta myös lisää verenkiertoa ja lymfakiertoa, jotka taas vähentävät tulehdusta ja turvotusta. Psykkisiä mekanismeja ovat rauhoittuminen ja hengityksen rentoutuminen. Kun hengitys rauhoittuu, niin koko keho rentoutuu. (Styrman & Torniainen 2018, 125-127.)

2.5 Kohtaamisen ja kosketuksen etiikka

Ammattietiikasta on säädetty Suomessa laissa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittelee, että hoidon tulee aina tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Tämä edellyttää käytännössä hoitajalta taitoa aistia, haluaako potilas kosketusta ja minkä tyyppistä kosketusta. Myös sairaanhoitajaliitto on julkaissut Sairaanhoidajan eettiset ohjeet (Sairaanhoidajat 2021), joiden mukaan sairaanhoidajan tulee kunnioittaa ihmisarvoa ja kohdata potilaat arvokkaina yksilöinä huomioiden potilaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus. Vaatii ammattitaitoa kohdata potilaat samanarvoisesti niin, että samalla ottaa huomioon yksilölliset tarpeet ja elämäntilanteet.

Yksi hoitotyön tärkeistä arvoista onkin yksilöllisyys. Yksilöllisyydellä tarkoitetaan periaatetta, jossa jokainen potilas on ainutlaatuinen ja arvokas omana itsenään. Hoidon tulee mukautua yksilöön eikä yksilön hoitoon. Omahoitajuus on tässä yhteydessä tärkeä apu, kun toteutetaan yksilöllistä hoitoa. Omahoitaja perehtyy tarkemmin potilaan tarpeisiin ja tottumuksiin ja pyrkii edesauttamaan potilaan oman identiteetin ja mieltymysten mukaista elämää sairauksista riippumatta. Omahoitaja kuuntelee tarkasti myös potilaan hoitoon liittyviä toiveita ja pelkoja ja pyrkii parhaansa mukaan toimimaan niin, että potilas tulee huomioiduksi yksilönä. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 27.)

Kuntouttavan hoitotyön periaatteiden mukainen omatoimisuuteen kannustaminen on eettisesti toisinaan haasteellista. Joskus potilas voi olla eniten lohdutuksen ja avun tarpeessa ja sillä hetkellä omatoimisuuteen kannustaminen ei tue potilaan tarpeita. (Rautava-Nurmi ym. 2022, 29-30.) Tässä tullaan taas takaisin

yksilöllisyyteen, siihen, miten annetun hoidon ja hoitajan tahdikkuuden tulee sopeutua potilaan tarpeisiin.

Esimerkki hoitavasta kosketuksesta:

94-vuotias asukas palvelutalossa sai usein hengenahdistuskohtauksia, joihin hänellä oli käytössä hengitettävä astmalääke. Lääkkeen teho ei hänelle ollut kovin hyvä ja usein hän koki samaan aikaan myös rintatuntemuksia, johon hänellä oli käytössä Dinit-suihke, jota hän myös toisinaan käytti ja sai siitä hienoista apua. Olin jo pidempään ajatellut, että hänen oireensa saattavat liittyä myös psyykkiseen ahdistukseen, koska olin keskustellut asukkaan kanssa ja tiesin hänen traumaattisen historiansa. Hengenahdistusoireiden ilmaantuessa hoitajat kävivät laittamassa sumustuslaitteeseen avaavan astmalääkkeen ja asukas jäi hengittämään lääkettä. Kun asukas pyysi minulta astmalääkettä hengenahdistukseen, menimme laittamaan sen käyttökuntoon ja jäin istumaan hänen viereensä. Laitoin käteni asukkaan hartioille ja rapsuttelin ensin tunnustelevasti. Kun asukas näytti pitävän tästä, laajensin otteitani ja hoidon keston ajan, noin viisi minuuttia, hieroin sivelevin ottein asukkaan selkää ja hartioita. Asukas sanoi minulle hoidon jälkeen: ”Kuulehan, tällaista sen hoidon pitäisi olla.”

3 Neurologiset sairaudet

3.1 Neurologisten sairauksien jaottelu

Neurologian etuliite ”neuro” tulee kreikan kielestä ja tarkoittaa hermoihin tai hermojärjestelmään kuuluvaa. Neurologialla käsitetään hermoston sairauksia käsittelevää lääketieteen alaa. Siinä keskitytään keskushermoston (aivot ja selkäydin) ja ääreishermoston (selkäytimestä raajalihaksiin kulkevat hermot) sairauksien, vammojen ja muiden poikkeavuuksien tutkimiseen, ymmärtämiseen, hoitoon ja kuntoutukseen. (Kauranen 2021, 329.) Neurologiset sairaudet aiheuttavat monenlaisia oireita potilaalle. Esimerkiksi kehon toisen puolen huomioimattomuus ja lihasten spastisuus eli lisääntynyt lihasjänteys ovat oireita, jotka tulee ottaa huomioon potilaan kohtaamisessa ja koskettamisessa. (Terveyskylä 2022c, Terveyskylä 2018.)

Neurologiset sairaudet jaetaan stabiileihin ja eteneviin sairauksiin. Stabiileja eli vakaita ja pysyviä neurologisia sairauksia ovat esimerkiksi aivoverenkiertohäiriöiden jälkitilat, aivovammat ja selkäydinvammat. Eteneviä neurologisia sairauksia ovat esimerkiksi ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi), Parkinsonin tauti ja MS-tauti. (Terveyskylä 2019b.) Tässä opinnäytetyössä on käsitelty yleisimpiä neurologia sairauksia. On myös paljon harvinaisia neurologisia sairauksia, mutta niitä ei käsitellä tarkemmin tässä opinnäytetyössä.

3.2 Aivoverenkiertohäiriöt (AVH)

Aivoverenkiertohäiriöt jaotellaan aivoinfarkteihin (70-80%), aivoverenvuotoihin (9-15%) sekä lukinkalvonalaisiin aivoverenvuotoihin (10%) (Kauhanen 2015). Aivoinfarktissa verihyytymä tukkii aivovaltimon ja jo muutaman tunnin kuluttua aivovaltimon tukkeutumisesta kyseisen aivovaltimon verisuonituksen piirissä oleva aivokudos vaurioituu hapen puutteesta (Terveyskylä 2019a). Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneista noin puolelle jää pysyvä haitta toimintakykyyn. Toipumisennusteeseen vaikuttaa oleellisesti ensimmäisten tuntien nopea ja asianmukainen hoito. (Kauhanen 2015.)

Aivoverenkiertohäiriöt ovat Suomessa kolmanneksi yleisin kuolinsyy ja ne aiheuttavat eniten aikuisikäisten vammautumista. Aivoinfarktin takia menetetään enemmän laatu- kuin määrävuosia kuin minkään muun sairauden vuoksi. (Kauhanen 2015.) Aivoverenkiertohäiriöistä suurin osa on ennaltaehkäistävissä tunnistamalla riskitekijät ja vaikuttamalla niihin. Tärkeimmät riskitekijät ovat kohonnut verenpaine, kohonneet veren rasva-arvot, tupakointi, diabetes ja sydämen eteisvärinä. (Terveyskylä 2022a.)

Aivoverenkiertohäiriön laajuudesta ja vakavuudesta sekä hoitoon pääsyn nopeudesta riippuen sairastuneelle voi jäädä pysyviä oireita. Tyypillisimpiä oireita ovat ongelmat liikkumisessa, nielemisessä, puhumisessa, kognitiivisessa ajattelussa ja vireystilassa sekä lihasten spastisuus eli lisääntynyt lihasjänteys, mielialamuutokset, näkökenttäpuutokset, epilepsia ja kipu. (Terveyskylä 2022a.)

Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen sekä kirjoitetun tekstin ymmärtämisen vaikeuksia kutsutaan afasiaksi. Afasia ilmenee monin eri tavoin. Puhe voi olla

vuolasta, mutta sen merkitys on epäselvä tai siinä esiintyy paljon outoja tai vääristyneitä sanoja. Puhe voi olla myös änkyttävää tai rajoittua vain muutamaaan sanaan. Oikeat sanat eivät välttämättä tule oikeassa tilanteessa. On kuitenkin tiedostettava, että potilas voi silti ymmärtää asioita hyvin. Afasiapotilaan kanssa kommunikointia auttaa, kun puhuu selkeästi, yksi asia kerrallaan, varaa riittävästi aikaa ja antaa potilaan puhua rauhassa. Myös tilanteen ja ympäristön on hyvä olla rauhallinen. Tarvittaessa voi käyttää eleitä, kuvia tai kirjoitustaulua. (Atula 2019a.)

3.3 Tapaturmainen aivovaurio

Traumaattinen aivovaurio (aivovamma) syntyy, kun päähän kohdistuu trauma, joka saa aikaan aivokudoksen vaurioitumisen. Aivovamma on nuorten aikuisten merkittävin invaliditeetin aiheuttaja. Humalahakuinen alkoholin käyttö lisää sen laatuisten onnettomuuksien ja loukkaantumisten todennäköisyyttä, joista voi olla seurauksena aivovamma. Toinen riskitekijä aivovamman syntymiselle on ikäihmisten kaatumiset. Sekä humalahakuisen alkoholin käytön vähentämiseen että ikäihmisten kaatumisten ennaltaehkäisyyn on siis syytä kiinnittää huomiota. (Kauhanen 2015.)

Aivovamman jälkitilan vakavuutta ilmaistaan luokituksella 0-20, jossa 0-5 kuvastaa lievää aivovamman jälkitilaa ja 16-20 kuvastaa vaikeaa aivovamman jälkitilaa. Aivovammassa oireet vaihtelevat sen mukaan, mitkä aivojen osat ovat vaurioituneet ja miten pahasti. Oireet ovat hyvin moninaiset ja niiden diagnosointi tehdään vähitellen, koska kaikki oireet eivät välttämättä näy heti. Pysyvän vamman arviointi tehdään 2-3 vuoden kuluttua vammasta moniammatillisesti. Aivovammapotilaat ovat usein monivammapotilaita ja hoito vaatii erikoisosaamista. (Aivovammat 2021.)

3.4 Selkäydinvauriot

Suomessa ilmenee noin 500 uutta selkäydinvammaa joka vuosi. Vähän yli puolet on sairauden aiheuttamia ja vähän alle puolet syntyy tapaturmaisesti yleisimmin kaatumisen, liikenneonnettomuuden tai putoamisen seurauksena. Vamma

voi syntyä myös sukeltaessa matalaan veteen tai jonkin muun tapaturman seurauksena, jossa selkärankaan kohdistuu suuria voimia. Selkäydintä vaurioitavia sairauksia ovat esimerkiksi kasvain, verenkiertohäiriö, selkärangan kulumamuutokset tai tulehdus. (Kannisto & Ylinen 2014; Terveyskylä 2022b.)

Selkäydinvaurion laajuus riippuu siitä, mikä kohta selkäytimestä on vaurioitunut. Vammakohdan alapuoleisen hermotuksen ongelmat ilmenevät lihasheikkoutena ja tuntopuutoksina. Jos selkäytimen hermot ovat menneet kokonaan poikki, loppuu vammakohdan alapuoleisten lihasten hermotus kokonaan, jolloin lihasaktiivatiota ja tuntoaistimuksia ei ole ollenkaan. Selkäydinvamma ei aiheuta muutoksia aivojen toimintakykyyn. (Terveyskylä 2022b.) Jos asiakkaalla on tunto- puutoksia, tulee tarkkaan huolehtia hyvästä asennosta, sillä potilas ei itse tunne, vaikka jokin painaisi hänen kehoaan.

Selkäydinvammapotilaat hyötyvät säännöllisestä kuntoutuksesta jäljellä olevan toimintakyvyn ylläpitämiseksi. Heidän kuntoutuksensa on moniammatillista ja siihen kuuluu myös sosiaalinen kuntoutus, jossa selvitetään potilaan taloudelliset tuet, työkyky, uudelleen kouluttautumisen mahdollisuudet, asumismuoto, tarvittavat asunnon muutostyöt ja esimerkiksi liikkumisen mahdollistava erityisvarustein auto. (Kannisto & Ylinen 2014.)

3.5 Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS)

ALS:ssa sairastumisen kohteena ovat selkäytimessä kulkevat tahdonalaiset liikehermosolut eli motoneuronit. Liikehermosolujen rappeutuessa lihakset eivät enää saa tehokkaasti käskyjä aivoilta ja näin ollen niiden toimintakyky heikkenee sairauden edetessä. ALS rappeuttaa vain tahdonalaisten lihasten hermotusta, joten esimerkiksi sydän ja suolisto toimivat kuten ennen sairastumista, kun taas luustolihakset heikkenevät. Vuosittain Suomessa diagnosoidaan noin 140 uutta ALS-tapausta. (Lihastautiliitto 2019.)

ALS:n puhkeamisen syytä ei tiedetä. Pieni osa ALS-potilaista sairastaa ALS:n perinnöllistä muotoa. ALS:iin sairastutaan yleisimmin 60 ikävuoden tietämillä. Sairaus alkaa yleisimmin toisen yläraajan lihasheikkoudella, lihasnykinällä ja lihaskrampeilla. Sairaus voi alkaa myös nielun lihaksista, jolloin nieleminen ja

puhuminen vaikeutuvat. Sairauden edetessä hengitysilihakset heikentyvät, samoin syöminen vaikeutuu. Potilaan kanssa keskustellaan, haluaako hän ruokintaletkun mahanpeitteiden läpi, jos syöminen vaikeutuu ja haluaako potilas hengitystukihoitoa, jos oma hengitystyö ei enää riitä riittävän keuhkotuuletuksen aikaansaamiseksi. (Atula 2019d.)

Noin puolella ALS:iin sairastuneista kognitiiviset kyvyt pysyvät ennallaan, mutta osalla ALS:iin liittyy frontotemporaalinen dementia (FTD). Oireita ovat toiminnan suunnitelmallisuuden heikkeneminen, häiriöt kielellisessä sujuvuudessa ja apatia. Toisin kuin muistisairauksissa yleensä frontotemporaaliseen dementiaan ei juurikaan liity muistin heikkenemistä. (Lihastautiliitto 2019.)

3.6 Parkinsonin tauti

Parkinsonin taudissa aivojen keskiosassa, tarkemmin mustatumakkeessa, tapahtuu hermosolujen hidasta tuhoutumista. Syytä tähän ei tiedetä, mutta sairaus on osittain perinnöllinen. Mustatumakkeen hermosolujen vaurioituminen johtaa hermovälittäjäaine dopamiinin puutteeseen, joka puolestaan saa aikaan tahdonalaisia liikkeitä säätelevien hermoratojen vaurioitumisen vuosien kuluessa. Yleisimmin Parkinsonin tautiin sairastutaan 50-70-vuotiaana ja 60-vuotiaista suomalaisista sitä sairastaa noin 1%. (Atula 2018.)

Parkinsonin taudin tavallisimmat oireet ovat lepoapina, liikkeiden hidastuminen ja lihasjäykkyys eli rigiditeetti. Oireet alkavat lähes aina vain kehon toisessa puolella, mutta sairauden edetessä ne ilmenevät koko kehossa. Sairaus etenee hiljalleen ja oireetkin ilmaantuvat vähitellen vuosien saatossa. (Atula 2018.)

Parkinsonin tautiin liittyy muistisairauden mahdollisuus. Noin kolmasosa sairastuu Parkinsonin taudin muistisairauteen, yleensä sairastettuaan jo useita vuosia Parkinsonin tautia. Muistin heikkenemisen lisäksi Parkinsonin taudin muistisairauden oireita ovat tarkkaavaisuuden, hahmottamisen ja toiminnanohjauksen vaikeudet sekä toimintojen hidastuminen, aloitekyvyn heikentyminen ja vireystilan häiriöt. Vireystilan muutokset ovat iso haittaava tekijä, sillä sairaus voi aiheuttaa huomattavaa päiväaikaista väsymystä. Parkinsonin taudin

muistisairauteen voi liittyä myös psyykkisiä oireita, kuten harhoja ja persoonallisuuden muutoksia. (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen 2015, 214-215.)

3.7 MS-tauti

MS-tauti on neurologinen autoimmuunisairaus. Siinä elimistön immuunijärjestelmän valkosolut hyökkäävät virheellisesti keskushermostoa (aivot ja selkäydin) vastaan. Hyökkäys kohdistuu erityisesti hermosoluja ympäröivään myeliiniin, jonka tehtävä on parantaa ja nopeuttaa sähköistä tiedonkulkua hermosoluissa. MS-taudissa valkosolut toimivat kuin myeliini olisi elimistölle vieras rakenne ja saavat aikaan tulehduspesäkkeitä hermosolujen myeliinissä. (Neuroliitto 2022.) Tätä prosessia kutsutaan demyelinaatioksi (Atula 2019b).

MS-taudin syntyyn johtavia syitä on tutkittu paljon, mutta täyttä varmuutta sairauden puhkeamiseen johtavista syistä ei ole. On saatu viitteitä siitä, että tietyt sairastetut virustaudit, kuten mononukleoosi, sekä vähäinen auringonvalon ja D-vitamiinin saanti altistavat MS-taudin puhkeamiseen. Myös perinnöllinen alttius taudille vaikuttaa todennäköiseltä. MS-tautiin sairastutaan useimmin 20-40 vuoden iässä. Suomessa MS-tautia sairastaa noin 9500 henkilöä, naiset kaksi kertaa useammin kuin miehet. (Atula 2019b.)

MS-taudin oireiden ilmaantuminen vaihtelee jonkin verran riippuen siitä, missä keskushermoston osassa tulehduspesäkkeitä on. Tavallisimmin tauti alkaa näköhermon tulehduksesta, jolloin toisen silmän näkö hämärtyy ja potilas voi nähdä kaksoiskuvia. Myös raajojen tuntopuutokset ja puutumiset ovat yleisiä oireita. MS-taudin oireisiin kuuluvat myös motoriikan ongelmat, kuten tasapainon ja lihasvoiman heikentyminen, puheentuoton ongelmat sekä huimaus. Virtsarakon ja ulostamisen toimintahäiriöt ovat myös tyypillisiä MS-taudin oireita. (Atula 2019b.) MS-tautiin voi liittyä myös uupumusta eli fatiikkia, joka ei välttämättä häviä, vaikka nukkuisikin hyvin ja toisaalta uupumus voi aiheuttaa univaikeuksia. Uupumus voi iskeä nopeasti keskellä päivääkin ja se on kokonaisvaltainen voimakas väsymys, jossa potilas kokee, että olisi päästävä nopeasti lepäämään. (MS-opas 2022.) Kaikki oireet eivät ilmaannu kaikilla MS-potilailla. Tavallisimmin oireiden ilmaantuminen ja voimakkuus kulkevat aaltomaisesti eli

tulehduspesäkkeille on tyypillistä tulehduksen voimistuminen ja rauhoittuminen. (Atula 2019b.)

4 Muistisairaudet

4.1 Muistisairaudelle altistavia tekijöitä

Muistisairaudella tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä etenevää, dementiaan johtavaa muistisairautta (Muistisairaudet 2021). Muistisairaus ilmenee monin tavoin. Muutoksia voidaan havaita käyttäytymisessä, käytännöllisyydessä, kielellisissä kyvyissä, visuaalisessa hahmottamisessa ja asioiden muistamisessa sekä oppimisessa, usein monilla eri osa-alueilla yhtä aikaa. (Kauhanen 2015.)

Muistisairauteen sairastutaan useimmiten yli 65-vuotiaana, mutta Suomessa elää tälläkin hetkellä noin 10 000 työikäisenä muistisairauteen sairastunutta henkilöä. Muistisairauteen sairastumisen riskiä lisäävät korkea verenpaine, koholla olevat veren kolesteroliarvot, vähäinen liikunta, huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, ylipaino ja runsas alkoholin käyttö, joten terveillä elämäntavoilla ja perussairauksien hyvällä hoidolla voi vähentää omaa riskiään sairastua. (Terveyskylä 2023.)

4.2 Alzheimerin tauti (AT)

Alzheimerin tauti on yleisin etenevä muistisairaus. Siinä aivojen hermosolut alkavat hiljalleen tuhoutua. (Kelo ym. 2015, 212.) Taudin perimmäistä syytä ei vielä tiedetä, mutta näyttää siltä, että taudin puhkeamiseen vaikuttavat useat aivoihin kohdistuvat stressitekijät. Beeta-amyloidin ja tau-proteiinin kertyminen aivoihin liittyy taudin puhkeamiseen ja kognitiivisten kykyjen heikentymiseen. Nämä proteiinit aiheuttavat aivoissa tulehdusta ja vähitellen aivosolujen tuhoutumista. Geenitutkimuksissa kymmenet eri geenityypit näyttävät liittyvän riskiin sairastua Alzheimerin tautiin, mutta on löytynyt myös geenejä, jotka suojaavat tautiin sairastumiselta. Ilmeisesti kuitenkin perintötekijöiden osuus sairastumisriskistä on melko pieni. Sairastumisriskiä lisäävät geenit näyttävät liittyvän lähes

poikkeuksetta aivojen tulehdusvasteeseen. (Tanila, Hiltunen & Myllykangas 2018.) Tämän takia terveillä elämäntavoilla (liikunta, ravitsemus, tupakoimattomuus, sosiaalisuus, aivojen aktiivinen käyttö) ja perussairauksien hyvällä hoidolla näyttää olevan sairastumisriskiä pienentävä vaikutus. Myös ikä on oleellinen riskitekijä, sillä alle 65-vuotiaista harva sairastaa Alzheimerin tautia, mutta yli 85-vuotiaista suomalaisista jo 15-20 prosenttia sairastaa tautia. (Solje, Kruger, Suhonen, & Remes, 2021.)

Alzheimerin taudin ensimmäiset oireet liittyvät yleensä lähimuistin heikkenemiseen ja uuden oppimiseen. Alkuvaiheen oireita on vaikea erottaa normaalista hajamielisuudesta. Sairauden edetessä potilaalla ilmenee vaikeuksia esimerkiksi liikkua vieraalla paikkakunnalla tai oppia uuden kodinkoneen käyttöä. Myös raha-asioiden päivittäistä rahankäyttöä vaativammat tehtävät eivät yleensä enää onnistu ilman apua. Sairauteen liittyy käytännöllisyyden heikkenemistä, kielellisiä häiriöitä sekä hahmottamisen häiriöitä. Alzheimerin tautiin voi liittyä myös masennusta ja käytöshäiriöitä, kuten aggressiivisuutta ja levottomuutta sekä varastamiseen liittyviä harhoja. Pitkälle edenneessä Alzheimerin taudissa heikentyvät ajan- ja paikantaju, motoriikka, kävelykyky, looginen puheen tuottaminen sekä virtsan ja ulosteen pidätyskyky. (Solje ym. 2021; Kelo ym. 2015, 212.)

4.3 Vaskulaarinen dementia

Vaskulaarinen dementia eli verenkiertoperäinen muistisairaus sisältää erityyppisiä aivojen verenkierron heikkenemisestä johtuvia pulmia. Kuvantamistutkimuksissa havaitaan aivoinfarkti tai lievempiä aivoverenkierron muutoksia. Muutoksia on havaittavissa muun muassa muistissa, kognitiivisessa ajattelussa, psyykkisessä tasapainossa sekä fyysisessä toimintakyvyssä, jossa liike usein hidastuu ja koordinaatio heikkenee. (Kelo ym. 2015, 2014.) Ensimmäinen oire on usein toiminnanohjauksen heikentyminen. Vaskulaarinen dementia on Alzheimerin taudin jälkeen toiseksi yleisin muistisairaus ja sitä sairastaa noin viidennes kaikista muistisairaista. (Atula 2019e.)

Vaskulaarisen dementian syntyyn vaikuttavat samat riskitekijät kuin aivoverenkiertohäiriöihin. Terveillä elintavoilla eli liikunnalla, terveellisellä ravitsemuksella,

ylipainon välttämisellä sekä päihteettömyydellä on ehkäisevä vaikutus sairastumiseen. Myös diabeteksen, verenpainetaudin ja kohonneen kolesterolin onnistunut hoito ehkäisee sairaustumista vaskulaariseen dementiaan. (Atula 2019e.)

4.4 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -taudissa aivosolujen sisälle ilmestyy Lewyn kappaleita, jotka häiritsevät aivojen normaalia toimintaa. Lewyn kappaleita havaitaan limbisen järjestelmän rakenteissa ja aivokuoressa. Parkinsonin taudissa ilmaantuu myös Lewyn kappaleita solujen sisälle, mutta ne ovat mustatumakkeissa, tyvitumakkeissa ja jossain määrin myös aivokuoressa. (Kelo ym. 2015, 215.) Alzheimerin taudille tyypillisten muistialueiden rappeutuminen puuttuu Lewyn kappale -taudin potilailta, vaikka taudin edetessä muistikin heikkenee (Atula 2019c).

Lewyn kappale -tauti alkaa yleensä 65 vuoden iän jälkeen ja yli 75-vuotiaista Lewyn kappale -tautia sairastaa noin 5%. Taudin puhkeamiseen vaikuttavia tekijöitä ei tunneta. Useimmiten ensimmäiset oireet ovat psyykkisiä ja potilas voi nähdä harhoja. (Atula 2019c.) Tyypillinen näköharha taudissa on sellainen, jossa sairastunut näkee henkilöitä tai eläimiä tai esimerkiksi tv-ohjelman tapahtumat tuntuvat kuin ne tapahtuisivat sairastuneelle itselleen (Aivosäätiö 2022). Psyykkisten oireiden, kuten aggressiivisuuden ja näköharhojen lisäksi Lewyn kappale -taudissa nähdään usein tarkkaavuuden, vireyden ja kognitiivisten toimintojen vaihtelua sekä ekstrapyramidaalioireita, kuten hitautta ja jäähmyttä. Myös REM-unen aikaiset häiriöt ovat tavallisia. Erityisenä piirteenä Lewyn kappale -taudissa on varsin suuri herkkyys tietyille psykiatrisille lääkkeille, joka tekee psykiatrisien lääkkeiden käytön potilaiden käytösoireiden hoidossa haasteelliseksi. (Kelo ym. 2015, 215.) Kuitenkin osa uudemman polven psykiatrisista lääkkeistä sopii Lewyn kappale -tautia sairastaville ja niiden avulla voidaan vähentää esimerkiksi näköharhoja (Aivosäätiö 2022).

4.5 Otsa-ohimolohkorappeumat

Otsa- ja ohimolohkorappeumat ovat ryhmä eteneviä, aivojen toimintoja rappeuttavia muistisairauksia. Selvää syytä taudin puhkeamiseen ei ole löydetty, mutta terveelliset elämäntavat näyttävät jonkin verran suojaavan sairastumiselta. (Solje, Kruger, Suhonen & Remes 2021.) Yleisin otsa-ohimolohkorappeuman muoto on otsalohkodementia. Siinä havaitaan persoonan ja käyttäytymisen muutoksia, kun taas muisti ja hahmottamiskyky säilyvät lähes ennallaan. Esimerkiksi tunnepuoli voi latistua, arvostelukyky heikentyä ja potilas voi olla apaattinen tai levoton. (Kelo ym. 2015, 217.) Toinen tyypillinen otsa-ohimolohkorappeuma on primaarinen etenevä afasia, johon kuuluu vielä alajaottelua. Näihin liittyy nimensä mukaisesti afasiaoireita eli kielelliset ja puheentuottamisen taidot heikkenevät. (Solje ym. 2021.) Kolmas otsa-ohimolohkorappeuman ilmenismuoto on semanttinen dementia, jolle tyypillistä on sanojen ja asioiden merkityssisällön katoaminen (Kelo ym. 2015, 217).

Otsa-ohimolohkorappeumat alkavat jonkin verran nuorempana kuin Alzheimerin tauti, yleensä noin 45-65-vuotiaana. Noin 20% työikäisten muistisairauksista on otsa-ohimolohkorappeumia. Sairaus näyttää olevan jonkin verran perinnöllinen ja sillä on sama geenitausta ALS-sairauden kanssa. Potilaista noin 15%:lla onkin myös ALS-diagnoosi. (Solje ym. 2021.)

4.6 Alkoholin aiheuttamat muistisairaudet

Alkoholi voi aiheuttaa monenlaisia muistiongelmia. Lyhytaikainen, yhden illan muistin menetys alkoholin liiallisen käytön seurauksena ei johdu niinkään siitä, että henkilö ei pysty palauttamaan mieleen humalassa tapahtuneita asioita, vaan siitä, etteivät aivot pystyneet humalatilaa takia tallentamaan tapahtumia muistiin. (Kelo ym. 2015, 217.)

Alkoholidementiasta puhutaan, kun lähimuisti on pidemmän aikaa heikentynyt, persoonallisuus muuttuu, sosiaalinen selviytyminen ja työkyky heikentyvät ja kognitiiviset toiminnot heikentyvät. Alkoholidementiassa aivojen hermosolut tuhoutuvat pitkäaikaisen alkoholin käytön seurauksena ja mitä pidempään

juominen jatkuu, sitä pienempi todennäköisyys on, että aivot voisivat enää toimia. (Kelo ym. 2015, 218.)

Oman oirekuvan omaava alkoholidementiasairaus on Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä, joka kehittyy tiamiinin (B1-vitamiinin) puutteesta. (Kelo ym. 2015, 217.) Alkoholin suurkuluttajan ruokavalion on usein niukka ja yksipuolinen, joten tiamiinin saanti ruokavaliosta on usein vähäistä. Lisäksi alkoholi häiritsee tiamiinin imeytymistä. Nämä kaksi asiaa yhdessä voivat johtaa tiamiinin pitkäaikaiseen puutteeseen ja Wernicke-Korsakoffin oireyhtymän kehittymiseen. Tyypillisiä oireita ovat muistiinpainamisen vaikeutuminen, horisontaalinen ja vertikaalinen silmäväre, huomattava ajan- ja paikantajun hämärtyminen, aloitekyvyttömyys sekä välinpitämättömyys. (Kelo ym. 2015, 218.)

5 Opinnäytetyön tavoite ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tavoite on lisätä Hoitokoti Mesikämmenen hoitohenkilökunnan ammatillista osaamista asiakkaan kohtaamisessa ja koskettamisessa. Opinnäytetyön tehtävä on tuottaa oppimistuokio Hoitokoti Mesikämmenen hoitohenkilökunnalle, aiheena on kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä. Oppimistuokio koostuu aiheen alustuksesta, toiminnallisesta osuudesta sekä lopussa kokemusten vaihdosta ja palautteiden keräämisestä.

6 Opinnäytetyön toteutus

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkintoon kuuluva opinnäytetyö voi olla tutkimuksellinen tai toiminnallinen. Opinnäytetyön tulee aina perustua teoreettiseen tietoperustaan. Toiminnallisen opinnäytetyön lähtökohtana työelämän tai ammattikorkeakoulun tarpeet. Tämä tarkoittaa sitä, että opinnäytetyön avulla tuotetaan jotain, joka hyödyttää toimeksiantajan tarpeita. (Karelia ammattikorkeakoulu 2022.) Tällaisia työelämän kehittämiseen liittyviä opinnäytetöitä yhdistää

käytännönläheisyys, kohderyhmän osallistaminen, yhteisöllisyys, rakentava vuorovaikutus, mahdollisuus kokeilla käytännössä, selkeä tavoite ja mahdollisuus palautteeseen (Kostamo, Airaksinen & Vilkkä 2022, 8).

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen tuotos on Hoitokoti Mesikämmen hoitajille suunnattu draamapedagogiikkaan pohjautuva oppimistuokio: Kohtaaminen ja kosketus hoitotyössä. Oppimistuokion aiheeseen päädyttiin, kun hoitokodin esihenkilön kanssa mietittiin, mikä hoitotyön menetelmistä nostettaisiin esille oppimistuokiossa. Kohtaaminen ja kosketus tuntuivat tärkeältä osalta hoitotyön kokonaisuutta ja se on jäänyt viime aikoina vähäiselle huomiolle koronapandemian tuotua paljon rajoituksia ihmisten väliseen kanssakäymiseen.

6.2 Toimeksiantaja, kohderyhmä ja lähtötilanne

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Validia Oy. Validia omistaa Kontiolahdella sijaitsevan Hoitokoti Mesikämmen. Hoitokoti Mesikämmen on vammais- palvelupuolen asumispalveluyksikkö, jossa on Sosiaali- ja terveystieteiden valvontaviraston Valviran lupa ympärivuorokautisten yksityisten sosiaalipalvelujen tuottamiseen. Mesikämmen tarjoaa ympärivuorokautista asumispalvelua 24:lle neurologisia sairauksia ja muistisairauksia sairastaville aikuisille.

Oppimistuokion kohderyhmänä on Hoitokoti Mesikämmen hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia, lähihoitajia, hoiva-avustajia ja hoitoapulaisia sekä hoitoalan opiskelijoita. Asukkaiden, esihenkilön ja hoitajien kanssa keskustellessani koulutuksen suunnitteluvaiheessa havaitsin, että henkilökunta piti erittäin tärkeänä sitä, että asukkaat pystyisivät elämään mahdollisimman normaalia elämää vammastaan huolimatta. Omannäköisen elämän mahdollistuminen ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen olivat tärkeitä asioita asukkaille ja kaikilla oli hyvinkin yhtenäinen päämäärä hoitotyölle, joka tiivistyy hyvään elämänlaatuun. Esihenkilön kanssa keskustellessa päädyimme kohdistamaan koulutuksen asukkain kohtaamiseen ja tapaan koskettaa asukasta.

Mesikämmen yksikössä hoitotyön pääpaino on asukkaan avustamisessa päivittäisissä toiminnoissa. Kaikki asukkaat tarvitsevat apua esimerkiksi

suihkupesuisissa ja useimmat myös wc-käynnillä ja ruokailutilanteissa. Vähäiseksi on kuitenkin jäänyt näiden kohtaamistilanteiden tarkempi avaaminen. Usein puhutaan vain yleisellä tasolla, että asiakasta tulee kunnioittaa ja hoitajan tulee olla hienotunteinen. Miten nämä asiat käytännössä toteutuvat ja tuleeko hoitajien tehtyä itsereflektiota aiheesta ovatkin jo toinen asia. On myös haastavampaa antaa konkreettisia ohjeita kohtaamiseen ja kosketukseen kuin esimerkiksi käsihygieniaan tai lääkehoidon toteuttamiseen, koska kohtaamista ja kosketusta tehdään osin omalla persoonalla ja tilannesidonnaisesti intuition mukaan.

6.3 Laadukas oppimistuokio

Tehokas tiedollinen muistaminen perustuu siihen, että oppija pystyy ymmärtämään opittavan asian merkityksen sekä siihen, että oppijalla on ennestään tietoperustaa opittavasta asiasta. Tällöin uudella tiedolla on jo olemassa oleva konteksti, johon kytkeytyä aivoissa. Tämä lisää tiedon siirtymistä pitkäkestoiseen muistiin. (Lonka 2022, 28.) Tässä opinnäytetyössä ennestään tutun tietoperustan muodostivat case-tapausten hoidollisesti tuttu, lähes päivittäin toistuva asiakastilanne. Työmuisti pystyy käsittelemään korkeintaan viidestä seitsemään eri tekijää (Lonka 2020, 26). Tähän perustuen toiminnalliseen opetustuokioon valittiin neljä toiminnallista case-tapausta. Oli siis oletettavaa, että osallistujat kykenivät alustuksen jälkeen muistamaan, mitä eri case-tapausten kohdalla tuli tehdä. Lisäksi heillä oli tukenaan kirjallinen ohje. Haasteellista oppiminen on silloin, kun uusi tieto eroaa yksilöllä jo olemassa olevasta toimintamallista tai tiedosta. Tällöin oppijan pitää pystyä luopumaan nykyisestä toimintamallistaan ja omaksumaan sen tilalle uudenlainen toimintamalli. Tähän tarvitaan hyvää itsearvioinnin taitoa, jotta yksilö tunnistaa, minkälaisia muutoksia hänen toimintansa tarvitsee. (Lonka 2022, 30.)

Tämän opinnäytetyön opetustyyli on draamapedagogiikka. Suomi Sanakirjan (Suomi Sanakirja 2022) mukaan draama tarkoittaa näytelmää ja tragediaa ja pedagogiikka tarkoittaa kasvatustiedettä. Draamapedagogiikassa opiskeltavia asioita käsitellään tarinoiden tai näytelmän keinoin. Erityisesti tilanteet, jossa halutaan opiskelijoiden pohtivan erilaisia käyttäytymismalleja, arvoja ja asenteita, ovat hyviä käsiteltäväksi draamapedagogiikan keinoin. Siinä toteutuu

samalla myös yhdessä tekeminen ja sosiaalisten taitojen kehittyminen. Opiskelijat voivat heittäytyä erilaisiin rooleihin ja etsiä ratkaisuja oikeaa työelämää muistuttavissa oppimistilanteissa. (Honkanen, Pynnönen & Raudasoja 2012, 36.)

Tässä opinnäytetyössä draamaa hyödynnettiin, kun oppimistuokion osallistujat näyttelivät sekä välttävää että laadukasta tapaa kohdata ja koskettaa asiakasta. Case-harjoitus, jolla tarkoitetaan tapausopetusta, on mielekäs oppimisen muoto, jossa opiskelijat ovat aktiivisesti mukana. Opiskelijat hyödyntävät jo osaamia taitojaan sekä ottavat mukaan opettajan tuomaa uutta tietoa. Tapaus on kuviteltu, mutta usein työelämässäkin vastaantuleva tilanne. Case-harjoituksissa voidaan turvallisesti harjoitella hankaliakin asiakastilanteita. Opettajan rooli on ohjata case-harjoitusten tekemistä, huomioida turvallisuus ja varmistaa asi tiedon oikeellisuus. (Honkanen ym. 2012, 36.)

6.4 Oppimistuokion suunnittelu

Oppimistuokio suunniteltiin työpaikkakoulutukseksi Hoitokoti Mesikämmenen hoitohenkilökunnalle. Oppimistuokioon oli tarkoitus osallistua aamu- ja iltavuorossa olevat hoitajat, arviolta noin 12 hoitajaa. Toteutusajankohdaksi suunniteltiin iltapäivä, jolloin sekä aamu- että iltavuoron työntekijät ovat paikalla. Suunnitteluvaiheessa tutkin erilaisia opetustyyliä. Ajassamme on korostettu tekemällä ja kokeilemalla oppimista, joten päädyin toteuttamaan opetuksen draamapedagogiikan menetelmällä. Samalla päädyin siihen, että halusin tilanteen olevan oppimistuokio sen sijaan, että käyttäisin siitä nimitystä opetustuokio. Näin korostuu koulutukseen osallistujan aktiivinen rooli oppijana.

Tämän opinnäytetyön case-tapaukset ovat päivittäin toistuvia asiakastilanteita ja siksi nämä toimintamallit ovat juurtuneet varsin syväälle. Tarvitaan poisoppimista, jotta oppija voi sisäistää uudenlaisen toimintamallin, jos on toiminut aikaisemmin eri tavalla. Tästä syystä case-tapauksiin sisällytettiin kaksi erilaista työskentelytyyliä (välttävä ja laadukas). Tämä auttaa hoitajaa arvioimaan omaa työskentelytapaa. Myös se, että hoitajat pääsevät itse kokemaan hoitotilanteen asiakkaan näkökulmasta, antaa heille kokonaisvaltaisen kokemuksen toimintamalleista.

Mietin, miten saisin osallistujat aktiivisesti mukaan heti alusta lähtien. Päädyin aktivoimaan heidät alkuesittelyn jälkeen kirjoitustehtävällä, jossa jokainen pohtii hetken, millaisia muistoja heillä on kohtaamisesta ja koskettamisesta hoitotyössä joko hoitajan tai potilaan roolissa. Tässä yhteydessä osallistujat saavat kertoa näitä kokemuksiaan ääneen ryhmälle, jonka tavoitteena on saada ryhmään luottamusta ja yhteistä ilmapiiriä. Toinen vaihtoehto olisi ollut se, että osallistujat olisivat kertoneet kokemuksiaan toisilleen, mutta koska kyseessä on opinnäytetyö, niin haluan myös toteuttajana kuulla osallistujien kokemuksia.

Kävin Hoitokoti Mesikämmenessä kaksi kertaa ennen oppimistuokion toteuttamista. Ensimmäisellä kerralla katselin tiloja ja apuvälineitä sekä tutustuin asukkaisiin. Erityisesti halusin tietoa asukkaiden toimintakyvystä ja avun tarpeita. Mietimme hoitokodin esihenkilön kanssa, minkälaisia koulutustarpeita heidän yksikössään on. Yhdessä valitsimme aiheeksi kohtaamisen ja kosketuksen hoitotyössä.

Toisella kerralla testasin kahden henkilökunnan edustajan kanssa oppimistuokion case-tapaukset ennakkoon. Otin myös aikaa, kauanko case-tapausten tekemiseen menee ja päädyin sen perusteella muokkaamaan liinanostimella nostamista niin, että tässä pisteessä kokeillaan vain laadukas suoritus, sillä aikaa menisi muuten liikaa suhteessa muihin pisteisiin. Testauksessa huomasin myös, että case-tapauksessa, jossa harjoiteltiin surullisen potilaan kohtaamista ja koskettamista, jäi laadukkaaksi tarkoitettu suoritus melko vaatimattomaksi. Halusin siksi korostaa alustuksessa erityisesti tätä pistettä, jotta osallistujat käyttäisivät lohdutuksen ja myötätunnon osaamistaan ilman kiirettä ja kohtaisivat potilaan tilanteen alusta loppuun asti. Tällä käyntikerralla myös suunnittelin hoitokodin esihenkilön kanssa tarkemmin, missä tiloissa case-harjoitukset voidaan toteuttaa.

6.5 Oppimistuokion sisältö ja toteutus

Oppimistuokio on kuvattu liitteessä (Liite 2). Olimme toimeksiantajan kanssa suunnitelleet, että oppimistuokion aloitus ja pieni teoriaosuus tapahtuisi hoitokodin olohuoneessa asukkaiden päivälevon aikana, jolloin tila on rauhallinen. Aloituksen jälkeen siirtyisimme toiminnallisen osuuden toteutukseen. Tässä osiossa

on neljä eri case-tapausta eripuolilla hoitokotia. Tilat on valittu sen mukaan, että niissä on työrauha ja tarvittavat välineet. Osallistujat jaettaisiin neljään ryhmään ja jokaisen ryhmän tulisi käydä jokaisessa pisteessä. Case-tapauksissa ohjeena on näytellä avustus- ja vuorovaikutustilanteita, joissa erityistä huomiota kiinnitetään potilaan kohtaamiseen ja koskettamiseen. Kolmessa tapauksessa tehdään ensin välttävä suoritus ja sitten laadukas suoritus, jossa kohdataan potilas hyvien hoitotyön periaatteiden mukaisesti sekä kiinnitetään huomiota tarkoituksen mukaiseen kosketukseen. Lopuksi käymme yhdessä läpi syntyneitä havaintoja keskustellen ja osallistujilta pyydetään kirjallista palautetta (Liite 3).

Oppimistuokio toteutettiin 16.11.2022 Hoitokoti Mesikämmenen henkilökunnalle. Koulutukseen osallistui kuusi hoitajaa. Ennen aloitusta valmistelin tilat eli laitoin vuodesuojan, henkilönostimen, pyörätuolin ja tuolin valmiiksi. Oppimistuokion aluksi esittelin itseni ja sen jälkeen kerroin, miten aiheen valintaan päädyttiin ja että usein kohtaaminen ja koskettaminen jäävät hoitotyön muiden asioiden varjoon. Myös korona pandemia on korostanut välimatkojen pitämistä ja kosketuksen välttämistä. Konkreettisen esimerkkinä nostin esille vuoronvaihtoraportin, jossa kerromme seuraavalle vuorolle potilaiden hoitotoimet, miten potilas on syönyt ja miten on huolehdittu potilaan hygieniasta. Harvemmin kuulee kerrottavan, että halasin potilasta, hieroin hänen kipeää kättä tai juttelimme hänelle tärkeistä ihmisistä. Näitä kyllä tehdään potilaiden kanssa, mutta ehkä enemmän hoitajasta riippuen ja niitä ei välttämättä nähdä kovin oleellisena tietona. Kerroin, että tästä syystä halusin opinnäytetyölläni tuoda esille, miten paljon laadukkaalla kohtaamisella ja koskettamisella saadaan aikaan hyvinvoinnin ja terveyden lisääntymistä sekä korostaa sen merkitystä yhtenä hoitotyön menetelmänä.

Olin suunnitellut, että osallistujat voisivat ensin kirjoittaa kokemuksiaan kohtaamisesta ja koskettamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Muutin suunnitelmani siten, että keskustelimme kokemuksista ryhmässä, koska osallistujat tuntuivat tulevan hyvin toimeen ja ryhmässä vallitsi selvästi luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri sekä lisäksi osallistujia oli vähemmän kuin mihin olin valmistautunut. Osallistujat kertoivat, että olivat tulleet hyvin kohdatuiksi. Yksi osallistuja kertoi: ”Jälkikäteen ajateltuna oma vaiva oli tosi pieni, mutta siinä tilanteessa huolestuin kovasti, niin miten hienosti hoitajat olivat toimineet, kun olivat ottaneet huoleni tosissaan, enkä kokenut vähättelevää kohtaamista.” Yksi

osallistuja muisteli lämmöllä empaattista neuvolan terveydenhoitajaa.

Kysyin, milloin viimeksi osallistujat olivat koskettaneet asukasta muuten kuin pakollisissa hoitotoimissa. Ilokseni sain kuulla, että jokainen osallistuja oli päivän aikana koskettanut asiakasta lämmöllä, esim. kosketus olkapäälle, käden silittämistä ja halaus potilaalle. Yksi kertoi, miten oli palannut lomalta ja asukas oli ilmaissut, että ikävä oli ollut. Hoitaja oli silittänyt asiakkaan käsivartta ja he olivat vaihtaneet lomakuulumisia. Annoin positiivista palautetta ja ilahduin siitä, miten hienoja tilanteita hoitokodissa oli päivän aikana ollut.

Aiheeseen orientoiduttuamme kerroin kohtaamisen ja koskettamisen vaikutuksista ihmisen hyvinvointiin ja terveyteen. Sen jälkeen esittelin tulevat case-tapaukset ja kannustin heitä kokeilemaan rohkeasti erilaisia toimintatapoja. Jaoin kolme kahden hengen ryhmää istumajärjestyksen mukaan, koska osallistujia oli yhteensä kuusi henkilöä. Jokainen oli vuorollaan myös potilaan roolissa.

Olin mukana seuraamassa ja antamassa vinkkejä case-tapauksissa. Osallistujat tekivät innolla ja osallistuivat aktiivisesti oppimistilanteisiin. Toiminnallisten tehtäväpaikkojen vaihto sujui hyvin ja ainoastaan liinanostin-pisteelle piti hetki odottaa vuoroaan. Oppimistuokio kesti yhteensä 90 minuuttia, josta viisi minuuttia meni aloitukseen, viisi minuuttia omien kokemusten läpikäymiseen, 10 minuuttia teoriaosuuteen, 60 minuuttia case-tapausten esittelyyn ja toteuttamiseen, kuusi minuuttia havainnoista keskusteluun ja neljä minuuttia palautteen antamiseen.

Oppimistuokioon osallistuneiden työntekijöiden kommentit olivat yllättyneitä ja positiivisia. Erityisesti henkilönostimen kokeilu käytännössä oli monelle avartava kokemus. Osallistujat mainitsivat myös, että vuodesuojalla kääntäminen ja vuoteessa päätyä kohti siirtäminen olivat tuntuneet yllättäviltä. He toivat esille myös sen, että sanallisen ohjaamisen merkitys korostui ja pohtivat myös sitä, miten asiakkaan päivittäisen voinnin muutokset voisi huomioida avustaessa. Yllättäväksi osallistujat kokivat, miten vähässäkin ajassa pystyi antamaan lohdutusta surulliselle asiakkaalle. Yhteenvetona he totesivat, että asian äärelle oli tärkeä pysähtyä hetkeksi ja päästä kokeilemaan autettavan roolia. Oppimistuokion pitäminen oli mielekästä ja osallistujat olivat aktiivisesti mukana, vuorovaikutus sujui hyvin, jokainen osallistuja oli aktiivisesti mukana ja osallistujat tukivat ja

kannustivat toisiaan. Myös iloista huumoria oli mukana toiminnassa.

6.6 Oppimistuokion palautteet

Keräsin oppimistuokion lopuksi osallistujilta palautetta työn liitteenä olevalla palautelomakkeella (Liite 3). Kaikki kuusi osallistujaa vastasivat kyselyyn. Ensimmäisessä kohdassa pyydettiin mainitsemaan yksi asia, joka jäi mieleen oppimistuokiosta. Vastauksista viidessä mainittiin liinanostimella nostaminen. Kolme vastaajista koki, että liinanostimen kyydissä oleminen tuntui miellyttävältä, yksi koki sen pelottavaksi ja yksi mainitsi mieleen jääneen pyörivän tunteen liinanostimen kyydissä. Yksi vastasi, että nyt tiedostaa, miltä asiakkaasta tuntuu eri hoitotoimenpiteiden aikana. Palautelomakkeen toisessa kohdassa kysyttiin, oliko oppimistuokiosta osallistujalle hyötyä hoitotyöhön ja pyydettiin ympäröimään sopivin vaihtoehto (ei hyötyä / vähän hyötyä / kohtalaisesti hyötyä / paljon hyötyä). Yksi oli vastannut vähän hyötyä, kaksi oli vastannut kohtalaisesti hyötyä ja kolme oli vastannut paljon hyötyä.

Viimeisessä eli kolmannessa kohdassa palautelomaketta kysyttiin, miten kehittäisit oppimistuokiota. Yhdessä vastauksessa oli kirjoitettu: ”Hyvin toteutettu, ei kehitettävää.”, kahdessa vastauksessa oli pohdittu, voisiko olla oikeat asiakkaat, joiden kanssa kokeilla tilanteita ja toivottu myös enemmän aikaa, jotta voisi miettiä tilanteita enemmän. Yhdessä kehitysideana oli, että vastaavia kohtaamis- ja koskettamistilanteita voisi ottaa työnlomassa silloin tällöin eri tilanteissa. Yhdessä toivottiin oppimistilanteen kohdentamista enemmän koskettamiseen ja yhdessä ideana oli kokeilla nousemista wc-istuimelta.

Palautteiden perusteella voidaan todeta, että draamapedagogiikan tyyli sopii hyvin työpaikkakoulutukseen. Työntekijät kokivat oppimistuokion olevan hyödyksi hoitotyön tekemiseen ja he ideoivat lisää erilaisia soveltamistapoja. Tuli käsitys, että oppimistuokio vastasi tarpeeseen päästä itse kokemaan potilaan roolissa oleminen, jotta voi empaattisemmin suhtautua hoitotilanteissa potilaisiin.

7 Pohdinta

7.1 Oppimistuokion tarkastelu

Oppimistuokio rakentui esittelystä, orientoitumisesta aiheeseen omakohtaisten kokemusten avulla, case-tapauksista, havaintojen ja ajatusten vaihdosta sekä palautteen keräämisestä. Toivoin etukäteen, että oppimistuokiossa vallitsisi ”tekemisen meininki” ja osallistujilla pysyisi koko ajan aktiivinen ja tekemiseen keskittynyt ote oppimistuokioon. Tässä asiassa onnistuttiin hyvin. Kaikki osallistujat kertoivat aktiivisesti kokemuksiaan, ajatuksiaan sekä olivat innokkaasti toteuttamassa case-tehtäviä. Erityisesti ilahduin tästä ottaen huomioon, että koulutus ajoittui aamuvuorolaisille vuoron loppupuolelle heti lounaan jälkeen, jolloin viireystaso helposti laskee.

Ajallisesti kestoksi oli arvioitu 90 minuuttia ja siihen tavoitteeseen myös päästiin. Aloitusajankohta oli 13.30, joten oppimistuokion venyminen olisi tietänyt myös työajan ylittymistä, joten tästäkin näkökulmasta oli tärkeää, että oppimistuokio päättyi 15.00. Oppimistuokion aikana ilmapiiri oli rento ja avoin, eikä kiireen tuntua päässyt syntymään. Toisaalta, jos osallistujia olisi ollut enemmän, olisi ollut mahdollista, että oppimistuokio olisi kestänyt vähän kauemmin, sillä ainakin case-tapaukset olisivat saattaneet ruuhkautua, joka olisi lisännyt odotusaikaa seuraavalle pisteelle.

Aiheeseen johdattelu omien kokemusten muistelemisella oli onnistunut valinta. Se sai jokaisen tuntemaan, että on aktiivinen osallistuja ja tietää jo aiheesta jotain. Tuntui, että omien kokemusten mieleen muistuminen myös auttoi orientoitumaan siihen, miten tärkeä vaikutus kohtaamisella ja kosketuksella hoitotyössä on. Myös case-tapausten jälkeen tuntui hyvältä huomata osallistujien innostuneisuus aiheeseen. Moni oli erityisen ilahtunut mahdollisuudesta kokea liinostimessa oleminen siirron aikana. Tämä oli hyvä osoitus siitä, miten Case-harjoituksissa voidaan turvallisesti harjoitella haastavia tilanteita. Case-harjoituksissa päästään kokeilemaan oikean tuntuisia asiakastilanteita kaikilla aisteilla (Honkanen ym. 2012, 36).

Kirjallisen palautteen sain jokaiselta osallistujalta. Tätä edesauttoi se, että palautelomakkeen täyttäminen kuului oppimistuokioon. Oli ilahduttavaa, että osallistajat jaksoivat vielä lopuksi kirjoittaa sisällöltään antoisaa palautetta. Palautteiden perusteella tämän tyypistä koulutusta toivottiin jatkossakin työpaikalle ja toteutus voisi olla hyvinkin matalankynnyksen toteutusta käytännön asiakastilanteisiin liittyen. Kaikki kokivat oppimistuokion hyödylliseksi, joka antoi rohkeutta hyödyntää draamapedagogiikkaa jatkossakin koulutustilanteisiin.

7.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida riippuvuuden, siirrettävyyden, uskottavuuden ja vahvistettavuuden kautta. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että kirjoittaja on kertonut mahdollisimman avoimesti ja todenmukaisesti tutkimuksen vaiheet ja tulokset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 198.) Olen tässä opinnäytetyössä pyrkinyt sanallisesti kuvaamaan mahdollisimman seikkakohtaisesti opetustuokion valmistelun, kulun sekä kertomaan osallistujien ajatuksia ja palautetta orientaatioissa tulleiden kommenttien, case-tapausten jälkeisen ajatusten vaihdon sekä palautteiden avulla. Tämä lisää myös työn siirrettävyyttä. Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, miten hyvin joku toinen pystyisi pitämään samanlaisen opetustuokion (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 199).

Refleksiivisyydestä puhuttaessa huomio kiinnitetään tutkijan ja osallistujan suhteeseen sekä siihen, vaikuttaako tutkija osallistujiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2017, 204). Oma suhteeni tutkittaviin oli mielestäni neutraali. En tuntenut hoitokoti Mesikämmenen henkilökuntaa ollenkaan ennen oppimistuokion ohjaamista. Ainut kontaktini oli ollut opinnäytetyön suunnitteluun liittyvät käynnit hoitokodissa.

Luotettavuutta mietittäessä on tärkeää, että tutkija kertoo raportissaan avoimesti, miten toteutus on tehty, mitä pulmia tuli vastaan ja miten niitä on ratkaistu. (Puusa & Juuti 2020, 167.) Tässä opinnäytetyössä on kerrottu perusteluja aiheen ja kohderyhmän valintaan. Haasteellista oli aiheen rajaaminen. Ensin oli ajatus ottaa aiheeksi vain hoitava kosketus, mutta kosketukseen liittyy aina kohtaaminen ja siksi näitä kahta teemaa oli luontevaa käsitellä samassa työssä.

Tiedonhaussa käytin Karelia ammattikorkeakoulun kirjaston sähköistä sosiaali- ja terveydenhuollon alan tietokantojen hakuja sekä myös manuaalihakuja. Neurologisista sairauksista ja muistisairauksista oli helppo löytää tieteellistä tietoa, mutta kosketuksesta ja kohtaamisesta oli vähemmän saatavilla tieteellisiä julkaisuja.

Hyvä tieteellinen käytäntö koskee myös opinnäytetöitä. Tämä tarkoittaa sitä, että arvioitaessa opinnäytetyötä on se tehtävä rehellisesti ja huolella.

Tekijänoikeus suojaa teoksen ainutlaatuisuutta ja sen kunnioittaminen ja lähteiden merkitseminen sekä käyttäminen tekijän luvan ja suostumuksen mukaan on osa opinnäytetyön hyvää tieteellistä käytäntöä. (Vilka 2021, 142-144.) Tässä opinnäytetyössä kaikkiin käytettyihin lähteisiin on viitattu Karelia ammattikorkeakoulun sekä lähteen omistajan ohjeiden mukaisesti.

Siteerauksella tarkoitetaan toisen tekstin sanatarkkaa lainaamista tai sitä, että toisen tekstin asiasisältö kirjoitetaan omin sanoin, mutta merkitys säilyy muuttomattomana. Kun siteerataan toisen kirjoittamaa tekstiä, tulee tekstiin aina merkitä lähdeviittaus. Toisten tekstien lainaaminen ilman viittausta alkuperäiseen lähteeseen on plagiointia. (Vilka 2021, 144.) Tämän opinnäytetyön teoriaosio on kirjoitettu lähes kokonaan siteeraamalla muiden tutkimusartikkeleita, tieteellistä kirjallisuutta, internet-sivustoja sekä e-kirjoja. Lähdeviitteissä on mainittu aina viittaus alkuperäisteokseen ja lähdeluettelosta löytyy tunnistettava lähde-merkintä alkuperäiseen lähteeseen. Lähdeaineistoon on hyväksytty lähes yksinomaan alle kymmenen vuotta vanhoja lähteitä.

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluu myös avoimuus toimeksiantajan ja opinnäytetyön tekijän välillä sekä se, että huomioiduksi tulee niin toimeksiantajan toiveet kuin hyvät eettiset tutkimuskäytänteet (Arene 2018, 5). Tästä opinnäytetyöstä on tehty toimeksiantosopimus, jonka ovat allekirjoittaneet Karelia ammattikorkeakoulun edustaja, toimeksiantajan edustaja sekä opinnäytetyön tekijä. Ristiriitoja ei sopimuksen luomisessa ilmennyt.

On tärkeää, että opinnäytetyön tekijän taidot ja tiedot riittävät työn suorittamiseen laadukkaasti ja hyvän tutkimuskäytännön mukaisesti. Jos opinnäytetyöntekijä ymmärtää, ettei hänen kykynsä ole riittävällä tasolla, mutta hän silti tekee tutkimustyön, kutsutaan sitä piittaamattomuudeksi. (Vilka 2021, 145.) Tämä

opinnäytetyön aihe ja kohderyhmä olivat minulle tuttuja, sillä olen työskennellyt vaikeavammaisten kuntoutuksessa sekä ikäihmisten parissa. Näin ollen sekä neurologiset sairaudet että muistisairaudet olivat minulle tuttuja asiakasryhmiä. Olen myös tehnyt jonkin verran koulutuksia, joten oppimistuokion pitämiseen minulla oli jo kosketuspintaa ja se antoi minulle valmiuksia valita kohderyhmän tarpeet huomioiva oppimismuoto.

Eettisesti onnistuneessa tutkimuksessa tutkijan käyttämät menetelmät ovat eettisesti hyväksyttäviä ja ne voitaisiin ottaa käyttöön muiden tutkimusten toteuttamiseksi. Jos tutkimukseen liittyy ihmisiä, tulee tutkimuksen pyrkiä lisäämään heidän hyvinvointiaan. Tutkimukseen osallistuminen ei missään tapauksessa saa vaarantaa osallistujien terveyttä tai aiheuttaa muutakaan haittaa heille. (Puusa & Juuti 2020, 168.) Tämän opinnäytetyön oppimistuokiossa tehtävät tehtiin pienryhmissä, jonka antoi osallistujille yksityisyyden suojaa ja uskallusta heittäytyä kokeilemaan potilaan roolia. Oppimistuokion case-tapausten suunnittelussa huomioitiin, ettei oppimistilanteista koidu vaaraa osallistujille.

7.3 Opinnäytetyöprosessin tarkastelu ja ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön aihetta miettiessäni halusin tehdä toiminnallisen opinnäytetyön, koska olen huomannut, että tietoa on todella paljon tarjolla siihen nähden, minkä verran kaikesta tutkitusta tiedosta hyödynnetään käytäntöön asti. Tämän takia halusin, että voisin tuoda jotain olemassa olevaa, mutta vähälle huomiolle jääneen aiheen esille opinnäytetyöni kautta. Myös koronapandemian herättämä yhteiskunnallinen keskustelu yksinäisyyden ja eristäytymisen haitallisista vaikutuksista ihmiselle innosti valitsemaan kohtaamiseen ja kosketukseen liittyvän aiheen.

Toinen toiveeni oli, että saisin toteuttaa opinnäytetyöni paikassa, joka antaisi minulle ammatillisesti uusia näkökulmia. Tiesin, että Kontiolahdella on neurologinen asumispalveluyksikkö, joka vaikutti mielenkiintoiselta, joten otin yhteyttä elokuussa 2022 hoitokodin esihenkilöön ja kysyin mahdollisuutta toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen. Mietimme yhdessä hänen kanssaan sopivaa aihetta ja yhdessä päädyimme siihen, että pitäisin toiminnallisen oppimistuokion henkilökunnalle. Aiheeksi valikoitui kohtaamisen ja kosketuksen teema, koska

molemmat koimme, ettei siitä juurikaan puhuta hoitotyössä, vaikka kohtaaminen ja kosketus ovat kiinteä osa työtämme.

Olin aikatauluttanut opinnäytetyösuunnitelman kirjoittamisen opintovapaalleni syys- ja lokakuulle 2022. Tavoitteeni oli toteuttaa toiminnallinen tuotos eli oppimistuokion ohjaaminen marraskuussa 2022. Tämä aikataulutus osoittautui toimivaksi. Sain suunnitelman valmiiksi marraskuussa ja pääsin ohjaamaan oppimistuokion vielä saman kuukauden aikana. Teoriaosan kirjoittaminen oli pääsääntöisesti mielenkiintoista ja runsas internetpohjaisten lähteiden saatavuus helpotti työskentelyäni. Varsinkin neurologisista ja muistisairauksista oli helppo löytää luotettavaa ajankohtaista tietoa. Sen sijaan hoitoalaan liittyvästä koskettamisesta oli vähemmän lähteitä saatavilla ja monet kosketukseen liittyvät hoitoalan lähteet liittyivät tartuntojen ehkäisyyn ja hygieniaan, joka nykyään onkin korostunut koronaviruspandemia aikana. Mielestäni hoitajien on kuitenkin mietittävä, miten voidaan tässäkin tilanteessa turvallisesti edelleen antaa kohtaamisen ja koskettamisen tuoma positiivinen vaikutus asiakkaille.

Opinnäytetyön tekeminen on antanut kokemusta ja rohkeutta ottaa yhteyttä alan toimipaikkoihin sekä keskustella tulevien kollegoiden kanssa hoitotyön menetelmistä. Opinnäytetyöprosessissa ymmärryksenä asiakkaiden yksilöllisyydestä syveni. Huomasin, ettei tilanteita voi suunnitella täysin valmiiksi ja samakin tilanne voi toisena päivänä näyttäytyä erilaisena. Tämän takia joustava mieli ja laajempi ymmärrys ammatillisuudesta ja etiikasta on tärkeää.

Opinnäytetyöprosessi opetti rohkeasti tarttumaan aluksi haasteellisenkin kuuloiseen aiheeseen. Alussa itseäni mietitytti, minkälaisen vastaanoton aihe saa osallistujissa. Mietin myös, miten esittää aihetta niin, ettei kukaan koe, että hänen nykyistä tapaansa toimia arvostellaan. Uskon, että tässä auttoi osaltaan se, että alustaessani aihetta, puhuin aiheesta omien kokemusten kautta ja kerroin itsekin toimineeni hoitotilanteissa toisinaan tavalla, joka ei ollut asiakkaan kohtaamisen kanalta paras mahdollinen tapa työskennellä. Kiire, väsymys ja omat henkilökohtaiset murheet saattavat vaikuttaa siihen, miten kohtaamme ja koskettamme asiakkaita. Tämän tiedostaminen on avain siihen, että voimme jatkossa muuttaa toimintatapojamme.

7.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehitysmahdollisuudet

Oppimistuokio antaa rohkaisevan esimerkin hoitokoti Mesikämmenen henkilökunnalle siitä, että kokeilemalla oppii paljon. Jos jokin asia hoitotyössä mietittävää, sitä kannattaa pohtia yhdessä työkavereiden kanssa. Joihinkin tilanteisiin ja pulmiin on hoitotyössä selvät ohjeet, joiden mukaan tulee toimia, mutta moni asia on toteutettavissa monilla eri keinoilla ja kaikkiin tilanteisiin ei valmiita ohjeita pysty edes antamaan. Koska jokainen potilas on yksilöllinen, ovat ratkaisutkin usein yksilöllisiä, varsinkin kun ne liittyvät potilaan kohtaamiseen ja koskettamiseen.

Simulaatio-opetusta on käytetty Suomessa hoitotyön opetuksessa jo vuosia, mutta koulutuksissa edelleen liian usein istutaan auditoriossa tai etäyhteyden päässä. Jatkossa tässä opinnäytetyössä toteutettua draamapedagogiikkaa voisi hyödyntää terveydenhuollon koulutuksissa enemmän. Se antaa oppijalle laajemman aistielämyksen ja samalla pysyvemmän muistijäljen, jolloin oppiminen on tehokkaampaa kuin pelkkä luennon kuunteleminen.

Aiheena kohtaamista ja kosketusta hoitotyössä voisi hyvin yhdistää esimerkiksi työhyvinvointipäiviin, koska kohtaaminen ja kosketus liittyvät myös läheisesti työyhteisön välisiin kanssakäymisiin ja näin ollen työyhteisön sisällä vallitsevaan ilmapiiriin ja työhyvinvointiin. Draamapedagogiikka on osallistujia aktivoiva opetusmenetelmä, joka herättää osallistujissa monenlaisia tunteita ja on siksi tärkeää, että ilmapiiri on myönteinen ja hyväksyvä.

Lähteet

- Aivosäätiö. 2022. Lewyn kappale -tauti. <https://www.aivosaatio.fi/diagnoosi/lewyn-kappale-tauti/>. 4.12.2022.
- Aivovammat. 2021. Käypähoito -suositus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi18020>. 10.10.2022.
- Arene. 2018. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjajasto/Ammattikorkeakoulujen_opinn%c3%a4ytet%c3%b6iden_eettiset_suosituksset%202018.pdf. 19.2.2023.
- Atula, S. 2019a. Afasia (Aivopeäinen puhehäiriö). Teoksessa lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00557/afasia-aivoperainen-puhehairio?q=afasia>. 6.10.2022.
- Atula, S. 2019b. MS-tauti. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00048/ms-tauti?q=ms>
- Atula, S. 2019c. Lewyn kappale -tauti. Teoksessa lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01105/lewyn-kappale-tauti?q=lewyn%20kappale%20tauti>. 30.10.2022.
- Atula, S. 2019d. ALS (amyotrofinen lateraaliskleroosi) -motoneuronisairaus. Teoksessa lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01093>. 30.10.2022.
- Atula, S. 2019e. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus) <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01106/vaskulaarinen-dementia-verenkiertoperainen-muistisairaus?q=vaskulaarinen%20dementia>. 30.10.2022.
- Atula, S. 2018. Parkinsonin tauti. Teoksessa Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00055>. 11.10.2022.
- Field, T. 2014. Touch second edition. London: The MIT Press. ProQuest Ebook Central™. 10.10.2022.
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2011. Psykofyysinen ihminen. 1-3. painos. Helsinki: WSOY Pro Oy.
- Honkanen, E., Pynnönen, P. & Raudasoja, A. 2012. Onnistunut opetus - menetelmien kartoitus. Hämeen ammattikorkeakoulu. <https://ameo.fi/wp-content/uploads/2018/02/Onnistunut-opetus-verkkojulkaisu.pdf>. 1.11.2022.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2017. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-5. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. Adobe Digital Editions. 27.2.2023.
- Kannisto, M. & Ylinen, A. 2014. Selkäydinvammat. Teoksessa Arokoski J, Mikkelsen M, Pohjolainen T & Viikari-Juntula E. (toim). Fysiatría. 2015. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/neu00266/do>. 11.10.2022.
- Karelia ammattikorkeakoulu. 2022. Karelian opinnäytetyön ohje: Opinnäytetyön eri muodot. <https://libguides.karelia.fi/c.php?g=679019&p=4901221>. 27.11.2022.
- Kauranen, K. 2021. Fysioterapeutin käsikirja. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kauhanen M-L. 2015. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Arokoski J, Mikkelsen M, Pohjolainen T & Viikari-Juntula E. (toim). Fysiatría. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/fys00016/do>. 7.10.2022.

- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Sanoma Pro Oy. Ellibs-ekirjat. <https://www.ellibrary.com/fi/book/978-952-63-3075-4>. 17.10.2022
- Kinnunen, T., Parviainen, J., Haho, A. & Jolkkonen, M. 2019. Ammatillinen kosketus Kuinka tunnetyötä tehdään. Helsinki: Kirjapaja.
- Kostamo, P., Airaksinen, V. & Vilkka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi - Opas toiminnalliseen opinnäytetyöhön. Art House Oy. Adobe Digital Editions. 28.11.2022.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Finlex. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785#L2P3>. 15.10.2022.
- Lihastautiliitto. 2019. Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). <https://lihastautiliitto.fi/lihastaudit/diagnoosit/motoneuronitaudit/amyotrofinen-lateraaliskleroosi-als/>. 11.10.2022
- Lonka, K. 2020. Oivaltava oppiminen. Kustannusosakeyhtiö Otava. Adobe Digital Editions. 28.11.2022.
- MS-opas. 2020. Sanofi Oy. <https://www.msopas.fi/ms-asiaa/ms-taudin-oireet/uupumus-fatiikki-vasymys> 6.10.2022.
- Muistisairaudet. 2021. Käypähoito -suositus. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044> 11.10.2022
- Neuroliitto. 2022. Mikä on MS-tauti? <https://neuroliitto.fi/tieto-tuki/tietoa-sairauksista/ms-tauti/mika-ms-tauti/>. 11.10.2022.
- Nichollsa, D., Chang, E., Johnson, A. & Edenborough, M. 2013. Touch, the essence of caring for people with end-stage dementia: A mental health perspective in Namaste Care. Aging & Mental Health 17 (5), 571–578.
- Puusa, A. & Juuti, P. 2020. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät. Gaudeamus Oy. Ellibs-ekirjat. <https://www.ellibrary.com/book/9789523456167>. 16.10.2022.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen S. 2022. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 7.uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Sairaanhoitajat. 2021. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. <https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/>. 22.10.2022.
- Soininen, H. & Kivipelto, M. 2015. Alzheimerin taudin ehkäisy. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.). Muistisairaudet. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/msa00001/do>. 27.2.2023.
- Solje, E., Kruger, J., Suhonen, N. & Remes, A. 2021. Otsa-ohimolohkorapheet. Teoksessa Juva, J., Hublin, C., Kalska, H., Korkeila, J., Sainio, M., Tani, P. & Vataja, R. (toim.) Kliininen neuropsykologia. Kustannus Oy Duodecim. <https://www.oppiportti.fi/op/knp00001/do>. 27.2.2023.
- Styrman, S. & Tornainen, M. 2018 Kunnioittavan kosketuksen käsikirja Ammatillinen hoitokohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Suomi Sanakirja. 2022. <https://www.suomisanakirja.fi/>. 1.11.2022.
- Tamminen-Peter, L. & Wickström, G. 2014. Potilassiirrot -taitava avustaja aktiivoi ja auttaa. 2.painos. Helsinki: Otavan kirjapaino.

- Tanila, H., Hiltunen, M. & Myllykangas, L. 2018. Alzheimerin taudin patofysiologia -mitä uutta? Aikakauskirja Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14656>. 30.10.2022.
- Terveyskylä. 2023. Työikäisten muistisairaudet. Aivotalo. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivosairaudet/muistisairaudet/ty%C3%B6ik%C3%A4isten-muistisairauksien-erityispiirteit%C3%A4/ty%C3%B6ik%C3%A4isten-muistisairaudet>. 23.1.2023
- Terveyskylä. 2022a. Elämää aivoverenkiertohäiriön jälkeen, Terveyskylä, Aivotalo. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6t/el%C3%A4m%C3%A4-aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6n-j%C3%A4lkeen>. 29.10.2022.
- Terveyskylä. 2022b. Mikä on selkäydinvamma? Terveyskylä, Kuntoutumistalo. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/selk%C3%A4ydinvamma/mik%C3%A4-on-selk%C3%A4ydinvamma>. 29.10.2022.
- Terveyskylä. 2019a. Aivoinfarkti ja TIA, Terveyskylä, Aivotalo. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/sairaudet/aivoverenkiertoh%C3%A4iri%C3%B6t/aivoinfarkti-ja-tia>. 29.10.2022.
- Terveyskylä. 2018. Spastisuus, Terveystalo, Kuntoutumistalo. <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/kuntoutujalle/selk%C3%A4ydinvamma/selk%C3%A4ydinvammaan-liittyv%C3%A4t-erityispiirteet/spastisuus>. 29.10.2022.
- Terveyskylä. 2019b. Neurologiset sairaudet, Terveyskylä, Palliatiivinen talo. <https://www.terveyskyla.fi/palliatiivinentalo/sairaudet/neurologiset-sairaudet>. 6.10.2022
- Vilka, H. 2021. Näin onnistut opinnäytetyössä Ratkaisut tutkimuksen umpikujiin. Jyväskylä: PS-kustannus. Adobe Digital Editions. 1.12.2022.