

Henna Alasalmi ja Johanna Jounila

# **Muistisairaan potilaan vuorovaikutteisessa hoitotyössä huomioitavat erityispiirteet erikoissairaanhoidossa**

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyö

Kevät 2019

## Tiivistelmä

**Tekijät:** Alasalmi Henna & Jounila Johanna

**Työn nimi:** Muistisairaahan potilaan vuorovaikutteisessa hoitotyössä huomioitavat erityispiirteet erikoissairaanhoidossa

**Tutkintonimike:** Sairaanhoitaja (AMK)

**Asiasanat:** muistisairaus, ohjaus, ikääntynyt, vuorovaikutus

Muistisairaudet ovat kansantaloudellinen ja -terveydellinen haaste, joka koskee monen ikäluokan ihmisiä (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2015). Vuositasolla noin 14 500 henkilöä sairastuu jonkinlaiseen muistisairauteen. Yli 65-vuotiaista joka kolmas kertoo kokevansa muistiongelmia. (Muistisairaudet 2017.) Muistamattoman potilaan huolenpidon tarve on suurempi mitä muistavan (Muistiliitto 2017).

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Erikoissairaanhoidon potilaat ovat entistä iäkkäämpiä hoitoon tullessaan, joten muistisairaudet ja niiden haasteet näkyvät enenevässä määrin yksiköissä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla ikääntyvän muistisairaahan potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyötä edistävää vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa. Tavoitteena oli parantaa vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja ikääntyneen muistisairaahan potilaan välillä. Tutkimuskysymykset olivat 1. "miten edistää sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa?" ja 2. "mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa?"

Opinnäytetyön tutkimusmuotona käytettiin kirjallisuuskatsausta, joka tiivistää useista eri lähteistä tutkittuja vuorovaikutusta ja ohjaamistilannetta parantavia keinoja. Aineisto haettiin Medic-, ARTO-, Theseus- sekä Cinahl-tietokannoilla.

Tutkimusaineiston perusteella todettiin, että sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan kohtaamisessa löytyy useita erityispiirteitä, jotka hyvää vuorovaikutteista hoitoa tavoiteltaessa ovat merkittäviä. Tutkituista aineistoista löytyi keinoja edistää vuorovaikutusta ja edesauttaa potilaan ohjaamistilanteita. Opinnäytetyössä etsittiin keinoja muistisairaahan potilaan käytösoireiden ennaltaehkäisyyn, haastavissa tilanteissa toimimista ja ohjaamista hoitotyön sekä ohjaamisen helpottamiseksi. Hoitoympäristöä voidaan myös käyttää ohjaamisen tukena. Onnistunut kohtaaminen edistää hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta.

Potilaan ohjaamiseen tutkimusaineistosta löytyi runsaasti erilaisia huomioitavia seikkoja, muun muassa puheenymmärtämisen ja tuottamisen vaikeudet. Kommunikoimiseen tutkimusaineisto ohjasi käyttämään kuvallisia symboleja sekä selkeää puhetta hoitotyössä. Myös ikääntyneen muistisairaahan potilaan toimintakykyä tukemalla helpotetaan vuorovaikutuksen syntymistä. Tuloksissa on perehdytty myös fyysiseen puoleen muistisairaahan potilaan hoitotyössä.

Johtopäätöksenä voitiin todeta, että muistisairaahan potilaan kohdalla on useita erityispiirteitä, jotka tulisi ottaa huomioon hoitotyössä. Ikääntyneen potilaan kanssa vuorovaikutuksen merkitys nousee keskiöön.

## **Abstract**

**Authors:** Alasalmi Henna & Jounila Johanna

**Title of the Publication:** Special Features of the Interactive Care of Memory Disorder Patients in Specialized Medical Care

**Degree Title:** Bachelor of Health Care, Nursing

**Keywords:** dementia, guidance, elderly, interaction

This thesis discusses the special features of the interactive care of memory disorder patients in specialized medical care. The thesis focuses on theories about the relationship between memory disorder patients and special medical care. The research questions were the following: how the interaction between a nurse and a memory disorder patient could be promoted in specialized medical care and what contributed to the guidance of memory disorder patients in specialized medical care.

This thesis is based on a literature review. The purpose of the literature review was to search and study evidence-based ways to improve nurse-patient interaction and guidance.

There are a number of things that need to be considered to achieve effective interaction. Successful encounter promotes interaction between the nurse and patient. There are various aspects to be taken into account in patient guidance, including difficulties in understanding and producing speech, which must be taken into account in nursing.

In conclusion, it can be noted that memory disorder patients have a number of special features that should be taken into account in nursing. The importance of interaction with an elderly patient is at the center of attention. Successful encounter promotes interaction. Patients' cognitive skills should be taken into account and the working method should be adapted individually to the patient. By supporting the patient's ability to function, interaction is facilitated. The patient's basic physical needs must be fulfilled. Based on the results, the patient's environment and pain management are also important.

## Sisällys

1	Johdanto .....	1
2	Muistisairas potilas erikoissairaanhoidossa .....	3
2.1	Yleistä muistisairauksista .....	3
2.2	Muistisairaahan potilaan hoitotyössä huomioitavia seikkoja .....	5
3	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys .....	6
4	Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä .....	7
4.1	Tutkimuskysymyksen muodostaminen .....	7
4.2	Aineiston haku ja valitseminen .....	8
4.3	Käytetyt hakupalvelut ja tietokannat .....	10
4.4	Aineiston analyysi ja kuvailun rakentaminen .....	14
5	Tulokset .....	15
5.1	Keinoja edistää vuorovaikutusta .....	15
5.2	Keinoja edesauttaa potilaan ohjaamistilanteita .....	20
5.2.1	Käyttöoireiden ennaltaehkäisy ohjauksen tukemiseksi .....	23
5.2.2	Hoitoympäristöllä vaikuttaminen ohjaamisen tukena .....	27
6	Pohdinta .....	33
6.1	Tulosten tarkastelu .....	34
6.2	Tutkimuksen eettisyys .....	36
6.3	Tutkimuksen luotettavuus .....	38
6.4	Ammatillinen kasvu .....	41
6.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet .....	43

## Liitteet

## 1 Johdanto

Muistisairaudet ovat kansantaloudellinen ja -terveydellinen haaste, joka koskee monen ikäluokan ihmisiä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015). Vuositasolla noin 14 500 henkilöä sairastuu jonkinlaiseen muistisairauteen. Yli 65-vuotiaista joka kolmas kertoo kokevansa muistiongelmia. (Muistisairaudet 2017.)

Ikääntyneiden muistisairaiden potilaiden määrän kasvu näkyy väistämättä myös erikoissairaanhoidon yksiköissä. Muistamattoman potilaan huolenpidon tarve on suurempi mitä muistavan (Muistiliitto 2017). Näin ollen muistisairas potilas vaatii itselleen enemmän hoitohenkilökunnan aikaa mikä taas kuormittaa yksiköiden henkilöstöresursseja.

Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Opinnäytetyötä toivotaan pystyvän hyödyntämään eri yksiköissä erikoissairaanhoidossa. Työskentelyväline vuorovaikutteiseen kohtaamiseen koettiin puuttuvan. Erikoissairaanhoidon potilaat ovat entistä iäkkäämpiä hoitoon tullessaan, joten muistisairaudet ja niiden haasteet näkyvät enenevässä määrin yksiköissä. Potilaiden haastava käyttäytyminen, kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen ongelmat ovat yksiköissä jopa jokapäiväisiä. (Toimeksiantaja 2017.)

Työelämänasiantuntijat kertoivat omakohtaisista erikoissairaanhoidon yksiköiden erityispiirteistä ja havainnoistaan muun muassa seuraavia seikkoja, erikoissairaanhoidon yksikkö on lyhytaikaisosasto, jolla vietetään aikaa muutaman päivän verran. Muistisairaanhoidossa lääkitys, muun muassa kivunhoidossa, tuo oman haasteensa haittavaikutuksien kautta ja siksi käytösoireiden havaitsemiseen tarvitaan osaamista. Muistisairaanhoidon potilaan hyvä hoitotyö erikoissairaanhoidon osastolla toimeksiantajan kuvailemana antaa vaikutelman, että kyseessä on haastava kokonaisuus. Kiire ja hoitajien tiheä vaihtuvuus voi luoda ympärilleen sekavuutta, mikä mahdollisesti pahentaa muistisairaanhoidon oirehdintaa. (Toimeksiantaja 2017.)

Hoidettaessa ihmistä eri elämänkaaren vaiheissa, tulee hoitohenkilöstöllä olla tieto ja taito erilaisten potilasryhmien kohtaamisesta. Hoitajien tulee omata kyky ja ammattitaito vuorovaikutukseen potilaiden kanssa toimenpiteiden ja kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseksi. Oikea tieto lisää hoitotyön laatua sekä luo potilasturvallisuutta ja tyytyväisyyttä

kaikissa potilaskohtaamisissa. Kokonaisvaltaisen hoidon onnistumiseksi hoitajan ja muistisairaahan potilaan välinen toimiva yhteistyö korostuu.

Toimeksiantajan tarkoituksena on käyttää opinnäytetyötä kirjallisena työvälineenä hoitotyön kehittämiseen. Opinnäytetyöllä tuotettua tietoa toivotaan pystyvän käyttämään vuorovaikutteisen hoitotyön tueksi hoitohenkilökunnalle muistisairaahan potilaan kanssa työskennellessä. Opinnäytetyön kautta pyritään sekä parantamaan, että kehittämään erikoissairaanhoidon hoitotyön ja palvelun laatua. Opinnäytetyö edistää erikoissairaanhoidon potilaiden asiakastyytyvää ja hoitohenkilökunnan työympäristön viihtyvyyttä antamalla tiedollisia työvälineitä vuorovaikutteiseen työskentelyyn, sekä lisäämällä tietoutta muistisairaasta potilaana erikoissairaanhoidon yksikössä. (Toimeksiantaja 2017.)

Tässä opinnäytetyössä on etsitty keinoja, joilla hyvää vuorovaikutusta ja kohtaamista voidaan edistää erikoissairaanhoidon yksiköissä. Vuorovaikutuksella ja ammatillisella kohtaamisella luodaan edellytykset myös onnistuneelle ohjaamiselle hoitotyön toiminnoissa. Keinoissa on huomioitu erikoissairaanhoidon yksikön erityispiirteet sekä muistisairaahan potilaan hoitoon tuomat erityispiirteet ja haasteet lyhytaikaisessa hoitotyössä. Vinkit, neuvot ja ohjeet ovat kaikki lääkkeettömiä hoitokeinoja, suurin osa on myös erittäin halpoja ja osa jopa ilmaisia, jotta kynnys jokaisen hoitoon osallistuvan käyttää niitä konkreettisesti hoitotyössä, olisi mahdollisimman matala.

## 2 Muistisairas potilas erikoissairaanhoidossa

Ikääntyvä väestö on suuri asiakasryhmä sosiaali- ja terveysalalla. Tilastokeskuksen vuonna 2007 valmistuneen tutkimuksen mukaan ennustetaan yli 65-vuotiaiden henkilöiden osuuden väestöstä nousevan vuoden 2007 16%:sta 36%:iin vuoteen 2030 mennessä. Yli 85-vuotiaiden henkilöiden määrän ennakoitaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä 349 000 henkilöön, kun vuonna 2007 yli 85-vuotiaiden henkilöiden määrä on ollut vielä 94 000. (Tilastokeskus 2007.)

Tietojen käsittely on lievästi alentunut jopa 200 000:lla henkilöllä, 10 000:lla henkilöllä on lievän dementian oireita ja 93 000 henkilöä kärsii vähintään keskivaikeaa dementian oireita. (Muistisairaudet 2017.) Muistisairaudet ovat erikoissairaanhoidossa ilmenevä haaste erityispiirteidensä vuoksi.

Muistiliiton sivuilta käy ilmi, että sairaala on ympäristönä muistisairaalle potilaalle haasteellinen hektisyyden ja selkeyden puutteen vuoksi. Sairaalan fyysiseen ympäristöön voi olla mahdotonta vaikuttaa, mutta on olemassa monia seikkoja ja keinoja, joilla voidaan yrittää ehkäistä muistisairaana potilaan ahdistuneisuutta ja sekavuutta. (Muistiliitto 2017.)

### 2.1 Yleistä muistisairauksista

Muistisairaudet rappeuttavat aivoja. Muistisairaudet ovat yleensä eri tahdilla eteneviä, jottaen sairauden lopulta dementiaoireyhtymään. Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, vaskulaarinen eli verisuoniperäinen muistisairaus, sekamuoto, Lewyn kappale-tauti ja otsa -ohimolohkorappeuma. MS-tauti ja Parkinsonin tauti myös aiheuttavat aivo-toiminnan tiedonkäsittelyn häiriöitä. Lisäksi löytyy lukuisia muita harvinaisempia muistisairauksia sekä traumaattiset aivovammat, jotka tuottavat muistin ongelmia. (Muistiliitto 2017.)

Potilaista jopa 90:llä prosentilla esiintyy erilaisia muistisairauksiin liittyviä käytösoireita (Suomalainen lääkärisseura Duodecim 2018). Tavallisimpia käytösoireita ovat apatia, persoonallisuuden muuttuminen, masennus, levottomuus, uni-valverytmin häiriöt, psykoottiset oireet ja ahdistuneisuus (Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen 2015, 90).

Muistisairaus aiheuttaa ihmiselle sekä fyysisiä muutoksia että psyykkisiä muutoksia, käytöshäiriöitä muun muassa ärtyneisyyttä, mielialanvaihteluita, aggressiivisuutta, fyysistä ja sanallista väkivaltaa sekä sekavuutta, mikä ilmenee esimerkiksi letkujen ja piuhojen irti kiskomisena, harhailuina käytävillä ja sekavina puheina (Muistisairaudet 2017). Potilas voi olla hyvin äänekkäs ja levoton sängyssään häiriten näin muita potilaita ja työllistäen hoitohenkilökuntaa (Saarela, Koponen, Erkinjuntti, Alhainen & Viramo 2013). Lääketieteellisessä kirjallisuudessa kuvaillaan muistisairauden aiheuttamina käytösoireina edellä mainittujen lisäksi syömishäiriöitä ja seksuaalisia käytösoireita. Lisäksi potilaan oireet näkyvät arvostelukyvyn puutteena, impulsiivisuutena ja estottomuutena. (Avaluoma 2015, 34.)

Aistiharhat ja harhaluulot liittyvät usein muistisairauden psykoottisiin oireisiin. Potilas kokee ne usein ahdistavina tai pelottavina. Harhaluulot voivat näkyä esimerkiksi potilaan ollessa vakuuttunut, että häneltä varastetaan rahaa. Aistiharhat voivat olla haju-, kuulo- tai näköharhoja sekä harhatuntemuksia kosketuksesta. Kuuloharhat ovat harvinaisempia kuin näköharhat, yleensä ne ovat esimerkiksi rapinan kuulemista, ei suoranaisia sanoja. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68; Mönkäre 2017, 40, 49-50.) Aggressiivisuus voi ilmetä väkivaltaisena käytöksenä, kiukunpurkauksina tai vihamielisyytenä.

Käytösoireiden kehittymiseen vaikuttavat lukuisat osa-alueet. Näitä ovat potilaan oma persoonallisuus, terveydentila, neurobiologiset tekijät, lääkitys mahdollisine haittavaikutuksineen, fyysinen ympäristö, suhteet omaisiin sekä hoitohenkilökuntaan. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.) Muistisairaahan toimintakyvyn osa-alueet eli fyysinen, psyykinen, kognitiivinen, sosiaalinen sekä oikeudellinen ovat hyvin usein alentuneet joko useammalla tai kaikilla osa-alueilla (Muistiliitto 2016). Tämä tarkoittaa sitä, että ihminen tarvitsee näillä alueilla joko tukea tai jopa täydellistä auttamista.

Käytännön työssä muistisairaahan potilaan kohtaaminen, vuorovaikutus sekä ohjaaminen koetaan haasteelliseksi. Muistisairauksia on alettu tiedon karttuessa ymmärtää enemmän ja tiedostetaan kuinka ne vaikuttavat ihmisen toimintaan (Muistisairaudet 2017). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa määritellään hoitotyön tarkoitus. Tarkoituksena on elämän suojeleminen ja hyvän olon edistäminen yksilöllisesti. Potilas on arvokas ja hänellä on oikeus saada hoitoa, jossa toteutuvat hänen yksilölliset arvonsa, mahdollinen vakaumus huomioiden ja hänen tapojaan kunnioittaen. Hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen, jolla luodaan keskinäinen luottamus. (Sairaanhoitajaliitto 2018.)



## 2.2 Muistisairaahan potilaan hoitotyössä huomioitavia seikkoja

Muistisairaahan potilaan vuorovaikutteisessa hoitotyössä tulee huomioida erikoissairaanhoidon erityispiirteet. Erityispiirteitä sairaanhoidossa on hoidon lyhytkestoisuus, tiheä hoitajien vaihtuvuus, toimenpiteen aiheuttamat kiputilat ja toimintakyvynlasku sekä hoitoympäristön aiheuttamat haasteet. Ihminen ollessa kokonaisuus, vaikuttavat useat asiat muistisairaahan potilaan hoitoon hänen siirtyessään kotoaan tai palveluasunnosta erikoissairaanhoidon. Nämä merkittävimmät hoidon onnistumiseen vaikuttavat seikat ovat vuorovaikutus, ohjaaminen hoitotyössä ja ympäristö eli erikoissairaanhoidon fyysisenä ja henkisenä ympäristönä. (Toimeksiantaja 2017.)

Määritelmät hoitotyöhön:

*Vuorovaikutuksessa* ihminen haluaa tulla tunnustetuksi läsnäolevana ja aitona itsenään. Vuorovaikutus on ihmisten välistä yhteyden luomista. Suomen laissa lukee, että hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan ei loukata ja hänen yksityisyyttään ja vakaumustaan kunnioitetaan. Mahdollisuuksien mukaan potilaan kulttuuri, äidinkieli ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon. (L 17.8.1992/785.) Hyvässä vuorovaikutuksessa on pieniä tekoja. Itsekriittisyys ja kielteisyys ovat seikkoja, jotka vaikeuttavat tai jopa estävät vuorovaikutuksen syntymisen. Sosiaalisten taitojen perustana toimii empatia, myös empaattisia malleja voi opetella. Empatia auttaa lukemaan myös epäselviä, piilotettuja viestejä, sekä kehonkieltä (eleet, ilmeet) sekä kohtaamamme ihmisen tunnetiloja. (Suomen mielenterveysseura 2019.)

*Ohjaus* on sanatonta ja sanallista, tavoitteena hoitajan ja potilaan yhteisymmärrys puhutun tai sanattoman kommunikaation kautta. Tarkoituksena on löytää yhteinen kieli, jolla viestiä. Viestinnän tulee olla selkeää ja on muistettava, että sanaton viestintä muodostaa viestinnästä suurimman osan. Ohjaamisessa on aina tavoite, se voi olla esimerkiksi saada potilas oppimaan haavanhoitoa tai saada potilas pesulle. Potilasta voidaan siis ohjata toimimaan tietyllä tavalla tai saada sisäistämään tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

*Erikoissairaanhoido* tarkoittaa erikoislääkärin tekemiä tutkimuksia ja annettavaa hoitoa, jotka tapahtuvat sairaalassa. Tällaisia toimintoja voi olla esimerkiksi kirurginen hoito. Erikoissairaanhoido on luonteeltaan lyhytaikaista hoitoa. Osastolta siirrytään jatkohoitoon pitkäaikaisosastoille tai kotiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

### 3 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvailla ikääntyvän muistisairaahan potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyötä edistävää vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa.

Tavoitteena on parantaa vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja ikääntyneen muistisairaahan potilaan välillä. Tutkittu tieto lisää ammattitietoutta luoden turvallisuutta hoitokäytäntöihin tuoreimman tutkitun tiedon ja valmiiden toimintamallien avulla.

Tutkimuskysymyksiksi on muodostunut "miten edistää sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa?" ja "mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa?".

## 4 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsaus vastaa kysymykseen millaista olemassa olevaa tietoa tutkittavasta kysymyksistä on jo olemassa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on laadullista eli kvalitatiivista tutkimusta, jossa kerätystä materiaalista tutkijat tekevät uusia päätelmiä ja analysoivat jo aiemmin tehtyjä. Kirjallisuuskatsauksessa kuvataan ja kerrotaan niiden laajuus, syvyys ja määrä. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kirjallisuuskatsaustyyppinä on useita ja niiden erot voivat olla hienohkoja. Usein käykin niin, että erimuotoiset kirjallisuuskatsaustyyppit voivat tutkimuksen edetessä sekoittua, muun muassa termistön ja kirjallisuuskatsauksen prosessissa sekä sen eri osissa ja vaiheissa. (Stolt, Axelin & Suhonen 2016, 9.)

Kirjallisuuskatsauksen vaiheet 1. tutkimuskysymyksen muodostaminen, 2. aineiston valitseminen, 3. kuvailun rakentaminen ja 4. tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Vaiheet etenevät tulkinnallisesti ja päällekkäisesti suhteessa toisiinsa. Tulosten tarkastelu tehtiin sisällönanalyysillä verraten tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen etiikkaa ja luotettavuutta myös arvioitiin. Tuloksissa hahmoteltiin tulevaisuuden kysymyksiä, esitetään johtopäätökset sekä jatkotutkimusideat. (Kangasniemi, Utriainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013.)

### 4.1 Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Tyypillisesti kuvailevan kirjallisuuskatsauksen aiheet ovat käsitteellisiä ja abstrakteja. Niihin ei siis löydy välttämättä tarkkaa vastausta, vaan tutkimustulosta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Opinnäytetyössä tarkoitus on tuottaa kuvaileva vastaus tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsausta käytetään usein kokoamaan hajanaista tai pirstaleista aineistoa. (Kangasniemi ym. 2013.) Opinnäytetyöhömmä kirjallisuuskatsaus tutkimusmuotona pätee aiheen hajanaisuuden vuoksi. Muistisairauksista, muistisairaana potilaan hoitotyöstä ja pitkäaikaishoidosta on tehty paljon tutkimuksia. Esimerkiksi tutkimuksia kohtaamisesta löytyy livarin ja Pusan opinnäytetyöstä nimeltä "Ymmärräthän minua –

opas hoitohenkilökunnalle muistisairaana arvostavasta kohtaamisesta", mutta heidän työsäään näkökulma on pitkäaikaishoidossa. Erikoissairaanhoidon näkökulmaa on vaikea toimeksiantajan mukaan löytää yksiin kansiin.

Lähtökohtaisesti etsimme työntilaajan antamaa näkökulmaa eli miten edistää sairaanhoitajan ja muistisairaana potilaan vuorovaikutusta, ja mikä edesauttaa muistisairaana potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa. Tutkimuskysymysten lähtökohtaolettamuksena ovat muistisairaana potilaan hoitotyössä koetut kommunikoinnin ja vuorovaikutuksen haasteet. (Toimeksiantaja 2017.) Opinnäytetyömme lopussa on liitteenä kaavio (liite numero neljä), jossa näkyy tutkimusprosessin osa tutkimuskysymysten muodostamisesta.

#### 4.2 Aineiston haku ja valitseminen

Tutkimuskysymykset määrittävät aineiston valinnan. Aineiston tulee vastata tutkimuskysymyksiin mahdollisimman merkityksellisesti. Aineistoa valitessa sitä jo samalla analysoidaan ja aineiston riittävyttä ohjaa tutkimuskysymyksen laajuus.

Aineistoja käydään lävitse monipuolisesti ja niiden sisältöä verrataan tutkimuskysymyksiin. Vertaamme liittykö aineisto tutkimuskysymyksiin, ovatko lähteet aiheeseen sopivia sekä ovatko aineistot laadullisesti sopivia. Laadullisesti sopivia lähteitä ovat eri tiedeyhteisöjen tutkimukset, väitöskirjat, tutkittavasta aiheesta kirjoitetut teokset ja artikkelit. Ajallisesti pyrimme etsimään tuoreinta tietoa, tutkimusten tulokset rajataan toimeksiantajan pyynnöstä tietyltä aikaväliltä, vuosilta 2012-2017, välttääksemme työn tekemisen vanhentuneelle tietopohjalle. (Toimeksiantaja 2017.) Opinnäytetyössä laajensimme aikavälin koskemaan myös vuotta 2018, jotta saisimme mukaan enemmän tutkimusaineistoa.

Uusien tutkimuksien löytäminen suoraan erikoissairaanhoidon suomen kielellä muodostui haasteelliseksi ja oli tutkittava myös vieraskielistä materiaalia. Opinnäytetyön materiaalin aikaikkunan ollessa lyhyt, tuli olla tarkka aineiston luotettavuuden suhteen. Mikäli löytyi kaksi tutkijaa, jotka ovat tutkimuksissaan päässeet samaan tulokseen voidaan sitä pitää luotettavana. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2016, 231.) Sähköisien aineistojen tuli myös avautua kokotekstinä. Luotettavuutta heikentää maksullisuus aineistoissa tai muutoin hankala pääsy materiaaliin (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26).

Sisäänotto- ja poissulkukriteereillä varmistetaan, että kirjallisuuskatsaus pysyy rajatussa viitekehyksessä.

Taulukko 1: aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit:

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
suomi, englanti	muut kielet
koko teksti saatavilla	ei koko tekstiä saatavilla
laadullisesti sopiva lähde (muun muassa tiedeyhteisöjen lähteet, aiheesta kirjoitetut teokset, väitöskirjat, hallituksen julkaisema materiaali.)	ei tieteellinen tieto (muun muassa blogit, mielipidepalstat)
julkaistu vuonna 2012 - 2018	julkaistu ennen vuotta 2012
aihe vastaa tutkimuskysymyksiin tai on sovellettavissa erikoissairaanhoidon	ei vastaa tutkimuskysymyksiin tai ei voi soveltaa erikoissairaanhoidon
lääkkeetön hoitomuoto	lääkkeellinen hoitomuoto

Hakusanat ovat määrättyneet tutkimuskysymyksistä. Hakusanojen toimivuutta on testattu kokeilemalla hakuja aiheanalyysivaiheessa. Esille nousseista lähteistä on etsitty millä hakusanoin tietoa aiheesta on aiemmin haettu ja missä muodossa hakusanoja on käytetty. Hakusanoiksi muodostuivat muistisairas, ohjaus, ikääntynyt, vuorovaikutus, erikoissairaanhoidon ja hoitoympäristö. (Toimeksiantaja 2017.) Lisäksi valikoituivat sanat Alzheimer, dementia ja communication vieraskielisiin lähteisiin.

Tässä opinnäytetyössä keskitymme lääkkeettömään muistisairaudesta hoitoon. Toive on tullut toimeksiantajalta, koska tuotettu tieto on silloin koko hoitohenkilökunnan käytettävissä ja hyödynnettävissä. Lääkkeettömästä hoidosta löytyy Eloniemi-Sulkavan kirjoittama Käypä hoito -suositus ”Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito”. Lääkkeetön hoito jaetaan Eloniemi-Sulkavan mukaan seitsemään eri kategoriaan 1. tarpeisiin kohdistunut ja räätälöity hoito, 2. käyttäytymistä muokkaava hoito, 3. psykososiaaliset hoitomuodot, 4. psykomotoriset hoitomuodot, 5. ympäristön parantaminen, 6. omaishoitajien tuki ja ohjaus ja 7. henkilökunnan koulutus. Kategoriat auttoivat meitä määrittelemään poissul-

kukriteeristöä. Aineistoista nousseista hoitomuodoista valitsimme työhön erikoissairaanhoidon soveltuvia lääkkeettömiä hoitomuotoja (kategoriat 1, 2, 3, 5 ja 7). (Toimeksiantaja 2017; Eloniemi-Sulkava 2010.)

#### 4.3 Käytetyt hakupalvelut ja tietokannat

Käytimme aineistoa etsiessämme Medic-, ARTO-, Theseus- ja Cinahl-tietokantoja. Tiedonhaussa hyödynsimme informaation asiantuntemusta. Tiedonhakua teimme sekä suomen-, että englanninkielisillä hakusanoilla.

Kokeilimme hakusanoja jo opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa ja havahduimme siihen, että suoraan erikoissairaanhoidon suunnattua tietoa ei juurikaan ole. Kokeilimme monella eri hakusanayhdistelmällä tiedon hakemista ja kaikkia hakusanayhdistelmiä ei ole kirjattu taulukoihin ylös niiden runsaan määrän vuoksi. Käytimme hakukoneissa hyväksimme sanojen mahdollista katkaisua saadaksemme mahdollisimman laajasti hakutuloksia.

Medic-tietokannasta teimme useilla eri hakusanayhdistelmillä hakuja, jotka tuottivat useita tuloksia. Tarkempi tarkistelu kuitenkin osoitti, etteivät hakutuloksien lähteet vastanneet sisällöltään tutkimuskysymykseen. Haut suoritettiin syyskuussa 2018. Opinnäytetyöhön valitsimme Medic-tietokantahaun tuloksista kaksi teosta, toinen niistä on ”Muistisairaanhoidon hyvät käytännöt”, oppaan tavoitteena on kuvailla kuntouttavaa toimintatapaa muistisairaahan potilaan kanssa työskennellessä. Toinen kirja ”Muistisairaanhoidon kuntouttava hoito” on laadittu ohjauksen, hoidon ja kuntoutumisen tueksi käytännön työhön muistisairaita hoitaville ammattilaisille. Molemmat kirjat ovat Duodecimin julkaisemia kirjoja. Teokset sisältävät artikkeleita eri kirjoittajilta. Opinnäytetyössä käytetyt artikkelit ovat lueteltu liitteenä olevassa taulukossa (liite numero kaksi) opinnäytetyön lopussa.

Taulukko 2: Tiedonhaku Medic-tietokannasta:

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Medic	muistisaira*	2012-2018	143	10	3	2

Hakupäivä 29.9.18	ohjaus	2012-2018	390	5	0	0
	ikäntynyt	2012-2018	658	4	0	0
	omainen	2012-2018	136	5	0	0
	vuorovaikutus	2012-2018	58	2	0	0
	erikoissairaanhoido	2012-2018	122	6	0	0
	hoitoympäristö	2012-2018	7	1	0	0

ARTO-tietokannasta hakusanat tuottivat hyvin tuloksia, mutta tarkempi tutkiminen osoitti, että vain kolme tulosta vastasivat tutkimuskysymykseen. Näistä valitsimme opinnäytetyöhömme yhden artikkelin ja yhden teoksen. Artikkelin ovat kirjoittaneet Jämsen, Kerminen, Strandberg ja Valvanne. Artikkelin nimi on ”Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen”. Artikkelin on alun perin julkaistu Suomen lääkäri-lehdessä ja siinä kuvaillaan sairaalahoitoon joutuneen potilaan toimintakyvyn heikentymistä ja kuntoutumisessa huomioitavia seikkoja. Teos on kirja nimeltä ”Muistisairaana psykoterapeuttinen hoito ja hoiva”, jonka on kirjoittanut psykoterapeutti Sanna Aavaluoma. Kirjassa kuvaillaan näkökulmaa muistisairauksien ymmärtämiseen ja hoitoon psykoterapian näkökulmasta. Kirja on Suomen Psykologisen Instituutin julkaisema ja kustantama teos.

Taulukko 3: Tiedonhaku ARTO-tietokannasta:

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulokset (kpl)	Valittu (otsikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Arto Hakupäivä 4.10.2018	muistisaira?	2012-2018	658	6	3	2
	ohjaus AND muistisaira?	2012-2018	4	0	0	0
	ikäntynyt	2012-2018	12	1	0	0
	Vuorovaikutus AND muistisaira?	2012-2018	19	1	0	0

	erikoissairaanhoito	2012-2018	164	1	0	0
	hoitoympäristö	2012-2018	46	2	0	0

Theseus-tietokannasta perehdyimme 14:a ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön, tarkoituksena löytää uusia lähteitä hyödynnettäväksi opinnäytetyöhön. Opinnäytetöistä uusia tietolähteitä löytyi 32 kappaletta. Näistä yhtä hyödynsimme opinnäytetyössämme. Tietolähde on Duodecimin julkaisema teos ”Muistisairaudet”. Kirjassa kuvaillaan eteneviä muistisairauksia, niiden tuomia haasteita sekä hoitoa.

Taulukko 4: Tiedonhaku Theseus-tietokannasta:

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Theseus Hakupäivä 4.10.2018	ohjaus AND muistisaira AND vuorovaikutus AND muistisaira AND ikäntynyt AND erikoissairaanhoito	2012-2018	324	14	3	0
	Ikäntynyt AND muistisaira) AND erikoissairaanhoito	2012-2018	349	0	0	0

Cinahl-tietokannasta etsimme tietoa hakusanoilla Alzheimer AND dementia AND communication. Tuloksina löytyi 17 artikkelia, joista yksi oli hyödynnettävissä opinnäytetyössämme, sillä pyrimme pitämään näkökulman lyhytaikaisessa hoidossa sekä erikoissairaanhoidossa. Murphyn ja Oliverin tutkimustyö ”The use of Talking Mats to support



people with dementia and their carers to make decisions together” käsitteli kuvallista kommunikointia ja oli lähinnä aihetta mitä tutkimme, tosin sekin oli suunnattu avohoidon puolelle.

Artikkelihakujen jäädessä vähäisiksi kokeilimme FINNA-hakupalveluiden avulla etsiä kokonaisia teoksia, jotka ohjasivatkin meidät Cinahliin ja sitä kautta Karrie Marshallin teokseen ”A Creative Toolkit for Communication in Dementia Care”. Teoksessa kerrotaan konsteja muistisairaahan potilaan käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyyn. Tässä haussa rajoituksia asetti kirjojen saatavuus. Käytimme e-kirjaa, sillä se oli saatavilla helposti ilman jonotteluja. Muut teokset olivat pääsääntöisesti lainassa ja jonotusajat olivat pitkät.

Taulukko 5: tiedonhaku Cinahl- ja FINNA-tietokannoista:

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Cinahl	Alzheimer AND Dementia AND communication	2012-2018	17	3	2	1
FINNA	Dementia AND communication	2012-2018	Teoksia 43	4	2	1

Muut haut/sattumahaut: kirjastosta materiaalia hakiessa silmiin osui myös Gaudeamuksen kustantama teos, jonka ovat kirjoittaneet Klippi, Korpijaakko-Huuhka, Lehtihalmes ja Rautakoski. Kirja on nimeltään Afasia ja se kertoo aikuisiän kielihäiriöiden aivoperustasta ja kuntoutuksesta. Teos sisälsi osion ikääntymisestä, viestinnästä ja muistisairauksista, koimme tiedon olevan opinnäytetyömme kannalta oleellista.

Muutama lähde on tullut myös viitetiedoista muista työssä käytetyistä lähteistä, kuten Hanford & Figueron tutkimus valon vaikutuksesta muistisairaaseen, artikkeli on nimeltään ”Light Therapy and Alzheimer’s Disease and Related Dementia: Past, Present, and Future”.

#### 4.4 Aineiston analyysi ja kuvailun rakentaminen

Kirjallisuuskatsauksessa tarkoituksena on saada vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pehdymme keinoihin edistää vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä sekä edesauttaa ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa. Tarkoituksena on löytää tutkimustuloksia, jotka tukevat käytännön työtä. Teoriatiedon tulee olla todistettu käytännössä toimivaksi ja luotettavasta lähteestä.

Sisällönanalyysi on tiivistettyä, yhdenmukaisuuksia etsivää, kuvailevaa sanallisesti esitettyä analyysia tutkimusmateriaalista. Se on tekstianalyysin menetelmä, jolla kootaan, tarkastellaan ja työstetään tutkittavaa tekstillistä materiaalia. Sisällönanalyysi etenee vaiheittain aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelyyn, prosessin päättyen teoreettisen käsitteen luomiseen. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 30-31.)

Teoriatiedon sisällönanalyysillä pyritään vastaamaan lähdeaineiston kautta tutkimuskysymyksiin. Lähdeaineistosta selvitetään vastaako löydetty aineisto tutkimuskysymyksiin. (Kyngeäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109-116.) Teoriasidonnainen analyysi ei pohjautu suoraan teoriaan, mutta viitteet teoriapohjaan löytyvät. Etsittävät löydökset tuolloin nojaavat teoriapohjaan, jolle etsitään materiaalista tukea ja vastauksia. (Eskola 2001.)

Sisällönanalyysissä edetään vaiheittain. Kerätystä aineistoista läpikäymisen jälkeen tehdään pelkistetyt ilmaisut eli redusoidaan. Pelkistetyt ilmaukset luokitellaan ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla luodaan alaluokkia, joiden kautta aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117-118.) Pelkistetyistä ilmauksista ja alaluokista on taulukko liitteenä (liite numero kolme) opinnäytetyön lopussa.

## 5 Tulokset

Tutkimustulokset on koottu kirjallisuuskatsaukseen valituista aineistosta vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimuskysymyksiksi muotoutui kaksi kysymystä 1. "miten edistää sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa?" ja 2. "mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa?"

Tulosten otsikot muodostuivat tutkimuskysymysten perusteella ja ne pyrkivät vastaamaan tutkitun aineiston perusteella tutkimuskysymyksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110-111). Pääotsikoita muodostui kaksi: vuorovaikutus ja ohjaaminen. Opinnäytetyömme liitteenä (liite numero kolme) lopussa on aineiston analyysitaulukko.

Vuorovaikutuksen alaotsikoiksi muodostui kolme eri aihealuetta:

**1. potilaan kognitiivisten taitojen huomioiminen**, johon sisältyy a) puheen tuottamisen haasteet, b) puheen ymmärtämisen haasteet ja c) apuvälineet, **2. muistisairaahan potilaan identiteetin tukeminen**, johon sisältyy tukeminen sekä **3. hoitajan ammattitaito**, johon sisältyy muistisairaahan ymmärtäminen.

Ohjaamisen alaotsikoiksi muodostui kolme eri aihealuetta:

**1. keinoja auttaa potilaan ohjaamistilanteita**, johon sisältyy a) potilaan orientoituminen, b) toimintojen ohjaaminen ja c) hoitajan ammattitaito, **2. käytösoireiden ennaltaehkäisy**, johon sisältyy a) potilaan levottomuus ja liike, b) potilaan sekavuus ja muistamattomuus, c) käytösoireiden ennaltaehkäisy musiikin avulla ja d) potilaan aggressiivinen käytös sekä **3. hoitoympäristö**, johon sisältyy a) hoitoympäristön erityispiirteet, b) ympäristöllä ohjaaminen, c) hoitajan ammattitaito, d) potilaan fyysisten tarpeiden huomioiminen ja e) valon vaikutus muistisairaaseen potilaaseen.

### 5.1 Keinoja edistää vuorovaikutusta

Tutkimuskysymykseen "miten edistää sairaanhoitajan ja muistisairaahan potilaan vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa?" tuloksia löytyi useasta eri lähteestä. Vuorovaikutukseen

vaikuttavat potilaan kognitiiviset taidot, muistisairaahan potilaan identiteetin huomioiminen sekä hoitohenkilökunnan ammattitaito. Hoitohenkilökunnalla tulee olla tieto siitä, miten muistisairaudet vaikuttavat ihmiseen.

*Potilaan kognitiivisten taitojen huomioiminen.* Englantilaisista näkökulmaa ja tietoutta muistisairaahan potilaan kanssa kommunikointiin ja vuorovaikutukseen antaa useita dementiaa käsitteleviä teoksia kirjoittanut Karrie Marshall, jonka uusin teos on ohjekirja dementiaa sairastavan potilaan kohtaamiseen. Teoksessaan hän lähestyy muistisairautta ja sekavaa olotilaa luonnollisena asiana. (Marshall 2016.) Muistiliitto viittaa myös tavallaan ajatukseen normaaliudesta. Muistisairasta potilasta voi ymmärtää paremmin, mikäli ajattelee itsensä turistiksi maahan, jonka kieltä ja tapoja ei ymmärrä. Miten käyttäydymme itse silloin. Emme ajattele, että toisessa maassa asuvat kommunikoivat väärin ja heidän tulisi opetella meidän kieleemme vaan ymmärrämme, että he vain kommunikoivat eri tavalla samoista asioista kuin mekin. Silloin pyrimme opettelemaan heidän kieltään tai keksimään keinon kommunikoida ja olla vuorovaikutuksessa muulla tavalla. (Muistiliitto 2017.)

Potilaan kognitiiviset taidot vaikuttavat olennaisesti hänen kykyynsä olla vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutusta saattaa vaikeuttaa muistisairauden oireisiin kuuluvat puheen ymmärryskyvyn lasku sekä puheentuoton vaikeudet. (Muistiliitto 2017.) Muistisairas potilas saattaa myös kommunikoida ja viestiä eri tavalla mitä muistava ihminen. Muistisairaalla on suppeampi sanavarasto mikä ilmenee yleensä sekavankuuloisena puheena. Marshall painottaa, että vaikka puhe saattaa kuulostaa sekavalta, siinä voi olla tietynlaista logiikkaa. Muistisairaalla assosiaatiot eli miellelyhtymät vahvistuvat sanojen kadotessa. Esimerkiksi muistisairas saattaa hokea ”ding, ding” tai sanoa lauseen ”violetti kylmäpallo”, ensimmäinen esimerkki kertoo muistisairaahan kuulleen ovikellon (=ding ding) ja yrittää kertoa jonkun olevan ovella, toisessa esimerkissä muistisairas tahtoo violetin pallokuvioisen huovan. Hoitajan tulee käyttää kaikkia aistejaan hyväkseen kommunikoidessaan muistisairaahan potilaan kanssa. Hoitajan tulee olla valppaana ja toimia hahmottajana muistisairaalle, kuvainnollisesti olla hänen tulkkinaan. Mikäli muistisairas kokee tulleensa kuulluksi ja hänen tarpeitaan täytetään se vähentää ja ehkäisee käytöshäiriöitä. (Marshall 2016.) Myös sanattomien viestien tärkeys on tärkeää muistisairaahan potilaan kanssa työskennellessä. Potilaalle kannattaa viestiä elämän ja tilanteen hallintaa kertomalla hänelle, että ”kaikki on hyvin” ja ”sinä kuulut tänne” (Mönkäre 2017, 46-48).

Kielen ja puheen ymmärtämisen sekä tuottamisen vaikeuden vuoksi potilaalle tulee tarvittaessa toistaa sanotut asiat, antaa aikaa ja toimia hänen kanssaan rauhallisesti. Potilaan kanssa keskusteltaessa tulisi käyttää yksinkertaisia ilmaisuja ja mielellään samaa sanastoa kuin potilas ja puheen tukena voi käyttää myös kuvasymboleja. (Mönkäre 2017, 46-48.) Internetistä löytyy muun muassa papunet-verkkosivusto, joka on Kehitysvamma-liitto ry:n ylläpitämä sivusto. Sivustolta löytyy runsaasti kuvatyökaluja erilaisiin tilanteisiin, esimerkiksi perushygieneaan ja liikkumiseen. Potilaan kognitiivisten taitojen havaitseminen vaatii hoitajalta ammattitaitoa ja aikaa, mutta se palkitsee edistämällä vuorovaikutusta. (Papunet 2019.) Myös Murphyn ja Oliverin (2013) artikkelissa kerrotaan kuvallisten symbolien auttavan hoitotyössä ja kommunikoinnissa muistisairaahan potilaan kanssa. Tutkimuksessa tutkittiin 18 dementoituneen potilaan käytöstä ja kokemusta kommunikoinnin apuvälineenä käytettävästä ”keskustelumatosta” eli huopamatosta, jolle aseteltiin kuvasymboleita kommunikoinnin tueksi. Potilaiden kerrotaan saaneen tunteen, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään ja heidän käyttäytymisensä on sen vuoksi parempaa. Tutkimus tehtiin kotihoidossa ja omaishoitajien kanssa, mutta kyseessä on menetelmä, joka on helppo ja edullinen hoitajan toteuttaa.

*Muistisairaahan identiteetin huomioiminen.* Hoitajan asenne ja ymmärrys siitä kuinka eletty elämä vaikuttaa muistisairaahan potilaan käyttäytymiseen on ehdottoman tärkeää, jotta tavoite parantaa vuorovaikutusta sairaanhoitajan ja ikääntyneen muistisairaahan potilaan välillä toteutuu. Olisi hyvä kysyä itseltämme potilashuoneeseen astuessamme, miten tulemme asennoitumaan muistisairaaseen potilaaseen. Muistisairaahan potilaan kokemusta itsestään kuvastaa Anna-Maija Korpijaakko-Huuhkan työryhmän tekemä monitapaustutkimus. Tutkimuksen tapauksista selviää, että muistisairaahan kokemus omasta itsestä on yleensä yllättävän selkeä. Tämä näkyi siinä, että tutkimukseen osallistuneista muistisairaista kaikki tiedostivat sairautensa. Tiedostamisen vuoksi muistisairaus väistämättä vaikuttaa potilaan identiteettiin ja hänen kokemukseensa omasta itsestään. Tähän tietoon peilaten positiivisen minäkuvan ylläpitäminen muistisairaahan potilaan kohdalla on tärkeää joka tilanteessa. (Korpijaakko-Huuhka 2014, 82.) Potilaan identiteetin tukemiseksi voidaan potilasta puhutella koko nimellä ja sopivassa tilanteessa ammattinimikkeellä. Potilaan elämänhistoria ja kokemukset vaikuttavat hänen käyttäytymiseensä, joten ymmärrys potilaan käytökseen lisääntyy saamalla potilaan elämänkulusta tietoa. (Mönkäre 2017, 40, 46-48.)

Korpijaakko-Huuhkan (2014, 82-83.) tutkimuksessa korostettiin myös, että ihmisen kyky ja halu olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa on häviämätön taito, jota voidaan harjaannuttaa, sekä ylläpitää koko elämän ajan huolimatta muistisairaudesta. Aavaluoman havainnot ovat samansuuntaisia Korpijaakko-Huuhkan kanssa. Aavaluoman korostaessa sitä seikkaa että, muistisairas ihminen tarvitsee toisen ihmisen läsnäoloa kyetäkseen tunnistamaan oman itsensä. Muistisaira ihminen omien sisäisten tuntemuksien ja tunnetilojen tunnistaminen sekä niiden ilmaisu hankaloituu sairauden edetessä. Hän tarvitsee toisen ihmisen apua rauhoittuakseen, jotta ei vajoaisi dissosiativiseen sulkeutuneeseen tilaan eli omaan sisäiseen maailmaansa tai turvaa paniikinomaiseen reaktioon esimerkiksi aggressioon. (Aavaluoma 2015, 256-257, 261.)

*Hoitajan ammattitaito.* Kommunikoinnin, vuorovaikutuksen ja ohjaamisen toimiminen eettisten arvojen mukaan potilaan parhaaksi, hoitohenkilökunnan tieto muistisaira potilaan ajatusmaailmasta ja ymmärrys siitä, millaisessa maailmassa hän elää voi auttaa ehkäisemään hankalia tilanteita. Hoitajan rauhallisuus ja lämminhenkisyys sekä tieto muistisairauden aiheuttaman käyttäytymisen muutoksista helpottavat luomaan ymmärtävää suhtautumista. Hoitajan ammattitaitoa tukee parhaiten henkilökunnan koulutus.

Koulutuksella voi lisätä tietoutta muun muassa tunteiden käsittelyssä. Psykoterapeutti Sanna Aavaluoma (2015, 224) on kirjoittanut, että jokainen muistisairautta sairastava ihminen tulee ottaa todesta. Hoitaja viestii näin toimimalla, että potilaan tunteet hyväksytään ja, että ne ovat oikeutettuja. Potilaan ollessa psyykkisesti hädässä hoitajan tulisi suhtautua siten, että hän puhuu potilaan kanssa yksinäisyydestä, mitä potilas kokee. Mönkäre (2017, 46-48) lisää, että muistisaira potilaan hyvinvointia tukevassa työskentelyssä tulisi pyrkiä ymmärtämään potilaan tunteita sekä tarpeita ja vastata niihin. Tarpeisiin ja toiveisiin vastaaminen luo edellytyksiä hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen sekä toiminnan sujumiseen.

Muistisaira potilaan hoitotyössä hoitajan tulee osata tunnistaa muistioireiden merkkejä. Potilas saattaa käyttää kiertoilmauksia ja ehdollistavia kysymyksiä, kuten ”mitenkä oli?” tai ”veikkaan?” tai hän saattaa elehtiä runsaasti ollessaan vuorovaikutuksessa hoitajan kanssa (Korpijaakko-Huuhka 2014, 82). Toisinaan hoitajan on vaikea ymmärtää mitä muistisairas potilas kommunikoinnillaan tarkoittaa. Silloin on hyvä muistaa, että puheellamme osoitamme arvostavamme yritystä kommunikoida esimerkiksi sanomalla, ”ymmärrän, että yrität kertoa minulle jotain. Minulla on tällä hetkellä vaikeaa hoksata mitä tarkoitat,

mutta tahdon ymmärtää sinua. Voimmeko yrittää selvittää asiaa myöhemmin”, näin kerromme potilaalle hänen tulleen kuulluksi, olemme vuorovaikutuksessa myönteisesti, vaikka hän ei ymmärretyksi juuri silloin tullutkaan. Myönteisellä vuorovaikutuksella välteään potilaan kasvojen menettämisen. Ehdottomasti on vältettävä alentavaa puhetta ja määrittelemistä erilaisin negatiivisin termein, esimerkiksi ”vaeltelija, muistamaton tai sekava”, sillä ne ovat erittäin haitallisia muistisairaalle. (Marshall 2016, 18.) Kasvojen menettämisen estäminen oli myös Korpijaakko-Huuhkan (2014, 82) mukaan yksi niistä parhaimmista ja tärkeimmistä keinoista, joilla viestintä muistisairaahan potilaan ja hoitajan välillä saadaan toimimaan.

Kun sanat loppuvat, tunteet nousevat pintaan. Moni muistisairas suree kadonneita kykyjään ja se vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä. Kielelliset kyvyt heikkenevät dementoivissa aivosairauksissa, mutta halu kommunikoida säilyy. Marshall painottaa sitä kuinka tärkeää meidän on ymmärtää muistisairaahan omaa kulttuuria ja taustahistoriaa. Se voi muuttaa sekavan käytöksen täysin ymmärrettäväksi. (Marshall 2016, 105.) Samaan tulokseen Marshallin kanssa päätynyt Aavaluoma kirjoittaa, että hoitajan tehtävänä on toimia muistisairaahan potilaan tunteiden säätelyssä apuna. Hoitajan tulee sietää ja kestää potilaan vaikeita tunteita, joita potilas ei itse kestä. Hoitajan tulee tunnistaa potilaansa tunteet ja olotilan. Potilas voi reagoida tunteisiin ja olotilaansa tavalla, joka ei ole rakentava, tällöin hoitajan tulisi tunnistaa tunne, pysyä rauhallisena ja turvallisena. Hoitajan kyetessä pukemaan näkyviä potilaan tunteita sanoiksi lisätään potilaan turvallisuuden tunnetta. (Aavaluoma 2015, 255.)

Muistisairaille suunnatuissa potilasoppaissa kehoitetaan olemaan ajattelematta menneitä, surematta tulevaa vaan keskittymään nykyhetkeen. Vaikka muistisairas potilas saattaa elää eilisessä ja hänen elämäänsä saattavat varjostaa menneisyyden haamut, on muistisairaahan hoitotyössä tärkeintä elää nyt tässä hetkessä. Ymmärtävä suhtautuminen, turvallisuus ja huumori sekä rauhallisuus, huomion suuntaaminen toisalle tarvittaessa, ympäristön ja ihmisten mukautuminen muistisairaaseen ovat keinoja muistisairaahan potilaan käyttäytymiseen liittyvien muutosten kohtaamisessa. Hyvässä kohtaamisessa myös hyvä vuorovaikutus onnistuu. (Aavaluoma 2015, 57.)

**Yhteenveto vuorovaikutuksen keinoista:**

5.1 Vuorovaikutus	Suositeltu keino aineistosta, mitä ottaa huomioon hoitotyössä?
potilaan kognitiivisten taitojen huomioiminen	sekavakin puhe voi olla loogista; etsi yhteyksiä ympäristöön tai potilaan historiaan, käytä kaikkia aisteja, toimi tulkkina, hyödynnä kuvatyökaluja (esimerkiksi kommunikointimattoa), puhu rauhallisesti, muista yksinkertaiset ilmaisut, käytä samaa sanastoa kuin potilas
muistisairaahan potilaan identiteetin huomioiminen	muistisairas tiedostaa olevansa sairas, hoitajan kunnioittava asennoituminen, ”ihminen ihmiselle” -asenne, positiivisen minäkuvan luominen positiivisella viestinnällä, nimellä puhuttelu, joskus jopa ammattinimikkeellä, läsnäolo; potilaan itsensä hahmottaminen helpompaa
hoitajan ammattitaito (muistisairaahan ymmärtäminen)	elämänhistoria, nykyinen elinympäristö, tieto ja ymmärrys erilaisista sairauksista, otetaan potilas todesta, hyväksytään muistisairaus luonnollisena osana potilasta, ymmärrys menettämisen tunteista, kasvojen menetyksen ehkäiseminen, keskittyminen nykyhetkeen, ymmärtävä suhtautuminen, turvallisuus, huumori sekä rauhallisuus, tarvittaessa huomion suuntaaminen toisaalle, mukautuminen potilaan tunnetilaan

**5.2 Keinoja edesauttaa potilaan ohjaamistilanteita**

Tutkimuskysymykseen “mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa” tuloksia löytyi useammasta lähteestä. Tuloksissa kerrotaan ohjaamisen keinoja, joilla hoitaja voi luoda pohjaa paremmalle vuorovaikutukselle ohjaamistilanteessa.



Onnistuneeseen ohjaukseen vaaditaan potilaan orientoituminen tilanteeseen ja toimintaan. Toimintojen ohjaamiseksi on olemassa erilaisia keinoja, joita esitellään tutkimustuloksissa. Onnistuneessa ohjauksessa nousee jälleen esille hoitajien ammattitaito, joka edesauttaa potilaan yksilöllisyyden huomioimista ja siten myös hänelle soveltuvan hoito- ja ohjaustyylin hyödyntämistä. (Mönkäre 2017, 46; Forder 2014, 111-112.)

*Potilaan orientoituminen.* Potilaan ohjaamiseksi hänet tulee saada orientoitumaan käsillä olevaan hetkeen ja pian tapahtuviin toimintoihin. Ihmisen hämmentyessä, aivoissa tapahtuu reaktio. Tämä reaktio näyttäytyy ulospäin sekavuutena, mutta sillä kerrotaan olevan oma tarkoitus. Sekavuuden tarkoitus on lähteä työstämään pulmaa, joka sillä hetkellä on ihmisellä ajankohtainen. Uuden pulman työstäminen on haasteellisempaa mitä jo koetun ja siksi siihen orientoituminen vie enemmän aikaa. Muistisairaahan potilaan kanssa kiire ja painostaminen lukkiuttavat tilannetta. He voivat kokea tekevänsä vääriä päätöksiä, mikäli heitä painostetaan tai kiirehditään johtaen mahdollisesti turhautumiseen. Kaiken voi saada kuitenkin takaisin raiteilleen antamalla hieman aikaa, ottamalla askel taaksepäin ja antamalla muistisairaahan potilaan aivojen käsitellä asia loppuun asti. (Marshall 2016, 122-124.) Samaan johtopäätökseen ovat päätyneet Hallikainen ja Nukari artikkelissaan. He kertovat, että nopeasti tapahtuvat toimenpiteet ja nopeasti annetut ohjeet ovat muistisairaalle potilaalle vaikeita ymmärtää, ymmärtämättömyys saattaa aiheuttaa levottomuutta ja aggressiivisuutta. Potilaan orientoitumiseksi on kiireettömyyden tunnun luominen tärkeää, hoitajan rauhallisuus luo potilaalle turvallisuuden tunnetta. Potilaalle tulee antaa aikaa käsitellä mitä tapahtuu, jotta toimintojen ohjaaminen sujuu helpommin. (Hallikainen & Nukari 2017, 24-25.)

*Toimintojen ohjaaminen.* Hoitotoimenpiteissä jo aiemmin tarkastelemamme vuorovaikutus nousee esille ohjaamisen onnistumisessa. Muistisairaalle tulee mahdollisuuksien mukaan varata paras ajankohta potilaan vireystilan kannalta toimenpiteen toteuttamiseen. Hoitotoimenpidettä ennen on hyvä kerrata mitä tehdään ja miksi. Muistisairaalle potilaalle puhuu yksi henkilö kerrallaan kohdistuen katseensa häneen. Puhujan kasvojen tulee näkyä kokonaan potilaalle ja tilassa tulee olla riittävä valaistus, jotta potilas havaitsee myös puhujan ilmeet sekä voi seurata puhujan huulten liikkeitä kuulemista helpottaakseen. (Mönkäre 2017, 46; Forder 2014, 111-112.)

Puhuttaessa ohjaamisesta ja hoitotoimenpiteiden suorittamisesta hyvässä vuorovaikutuksessa on hyvä muistaa, että läheinen voi olla muistisairaahan potilaan hoidossa merkittävä

apu. Läheisen ihmisen läsnäolo voi vähentää potilaan sekavuutta merkittävästi ja helpottaa siten hoitotoimien sujumista. (Jämsen, Kerminen, Strandberg & Valvanne 2015.) Ohjaamisessa omaisten tai käyttämät keinot voivat olla ne toimivimmat.

Tehokas ohjauksen työtapana on niin sanottu kolmikanavatekniikka, jossa käytetään vuorovaikutusta, ohjaamistaitoa sekä muistisairaana potilaan kehon liikettä. Kolmikanavatekniikka yhdistää katsekontaktia, kosketusta sekä sanallisen ja malliohjauksen yhtäaikaista käyttöä. Palautteessa muistetaan realistinen sävy ja virittäminen uuteen kertaan, kannustetaan potilasta hyvin tehdystä suorituksesta ”hienoa, sait tehtyä liikkeen hyvin nyt kaksi kertaa, ensikerralla kokeilemme tehdä saman liikkeen kolme kertaa.” Potilaalle voidaan näyttää mallia tai luoda mielikuvia muun muassa ”sahaa puuta” tai ”silitä koiraa”. Potilaan toiminnot ohjataan eikä häntä jätetä yksin tekemään toimintoa, jossa on havaittavissa epävarmuutta. Toimenpiteen tai toiminnan suorittamisesta voidaan potilasta harhauttaa lempeästi, kiinnittämällä potilaan huomio toisaalle tahaton toiminta voi sujua helpommin. (Mönkäre 2017, 40, 46-48; Forder 2014, 110-112.) Myös Forder on huomannut että, liikkeen hyödyntäminen ohjaamisessa on erinomainen työväline hoitotyöhön. Liikkeen energiaa purkava hyöty myös helpottaa ohjaamistilanteita, sillä rauhallinen potilas on ohjaukselle vastaanottavampi sekä vuorovaikutukselle myöntyväisempi. Liikunta itsessään vaikuttaa liikeaivokuoreen, joka aktivoituu pelkästä liikkeen katselemisesta. Liikkeessä tulee huomioida kaikki aistit ja mitä enemmän aisteja aktivoidaan, sen paremmin aivokuori aktivoituu. (Forder 2014, 109-110.)

Kaikissa hoitotoimenpiteissä ohjatessa kunnioittava puhe ja kohtelu luo turvallisuutta ohjaamiseen. Pukeutumisessa ja riisuutumisessa potilaan säädyllyisyys- ja siveyskäsitteet sekä kokemus alastomuuteen huomioidaan. Riisuutumiseen varataan mahdollisuuksien mukaan lämmin huone ja riisuutumisen pelkoon suhtaudutaan ymmärtäväisesti. Muistisairaana potilaan kokemuksessa kehon rajat voivat riisuutuessa kadota, jonka vuoksi riisuutuminen voi olla potilaalle epämiellyttävää. Vaatteet asetellaan tuolille selkeässä järjestyksessä potilaan pukea tai avustetaan potilasta ojentamalla vaatekappaleet yksitellen. Edellä mainittujen seikkojen huomioiminen helpottavat toimimista ja luovat ohjausmyönteistä ilmapiiriä. Potilaan epämieluisat kokemukset, mielikuvat ja uhan tunne saattavat vaikuttaa tilanteen kokemiseen negatiivisesti. (Mönkäre 2017, 77-78.) Henkilökohtaiset tavat ja mieltymykset huomioidaan mahdollisuuksien rajoissa, muun muassa pesulla voi käyttää suihkun pistelevän ja epämiellyttävän tunteen sijaan peseytymiseen kauhaa ja pesuväliä. (Mönkäre & Nukari 2017, 79.)

Mitä enemmän potilas tarvitsee hoitajalta fyysistä auttamista, sen tärkeämpää on potilaalle kokemus tulla rakkaudella kosketuksi. Kosketus ohjaamisessa ja auttamistilanteessa on merkitykseltään keskeinen, sillä potilas tunnistaa kosketuksen laadun. (Aavaluoma 2015, 251.) Neutraalille alueelle kevyesti koskettaminen saattaa helpottaa liikkeen aloittamista ja ohjata lempeästi potilasta oikeaan suuntaan. Potilaalle voi myös tarjota kädestä kiinni ottamista tai laittaa käden kainaloon. Potilaan vetäminen tai työntäminen usein johtaa liikkeen lopettamiseen. (Mönkäre 2017, 46; Forder 2014, 111-112.)

*Hoitajan ammattitaito.* Ohjaamisessa tärkeää on hyvä vuorovaikutus. Hoitajan ammattitaitoon kuuluu löytää jokaiselle yksilölle sopiva hoitotyö. Vaikka olisi enemmän kuin pussillinen konsteja, mikäli niitä ei onnistu saamaan potilaalle ymmärrettäväksi, on potilaan ohjaaminen todennäköisesti haasteellista ja joskus jopa mahdottomalta tuntuva tehtävä. Vuorovaikutus ohjaamisessa on yksilöllistä ja muistisairauden tasosta riippuvaa. Tässäkin kohdassa korostuu hoitajan oman tiedon, asenteen sekä koulutuksen merkitys. (Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito 2018.) Mitä enemmän koulutusta hoitajille annetaan, sitä enemmän tietoa voidaan hyödyntää käytännön työssä. Perimmäinen ajatus on kuitenkin se, että muistisairaahan potilaan levottomuudelle on aina syy ja syyn selviäminen auttaa pysäyttämään levottomuuden tai vähentämään sitä. Ensisijainen hoitokeino levottomuuteen ei tulisi olla lääkehoito, vaan läsnäolo, empatia ja läheisyys. (Aavaluoma 2015, 260.)

### 5.2.1 Käyttösoireiden ennaltaehkäisy ohjauksen tukemiseksi

Tutkimuskysymystä ”mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa” tarkasteltaessa nousi toimeksiantajan kautta muistisairaahan kanssa työskennellessä esiin tärkeäksi aiheeksi käytöshäiriöt. Väestöpohjan ikääntyessä erikoissairaanhoidon asiakasryhmäkin muuttuu. Potilaille koettiin olevan käytöshäiriöitä usein ja heidän ohjaamisensa koettiin haastavaksi. Tilanteisiin kaivattiin konkreettisia toimintaohjeita ja tietoutta käytöshäiriöistä. (Toimeksiantaja 2017.)

*Potilaan levottomuus ja liike.* Potilas, joka liikkuu ja on levoton, koetaan haasteellisena hoitaa. Erikoissairaanhoidossa levottoman potilaan kanssa vuorovaikuttaminen ja kommunikointi on ongelmallista. Ohjaaminen muistisairaahan potilaan kohdalla koetaan haasta-

vaksi toteuttaa. (Toimeksiantaja 2017.) Forder artikkelissaan kertoo liikkeen merkityksestä muistisairaalle potilaalle. Liikkeestä ja liikunnasta voidaan lähteiden mukaan päätellä olevan hyötyä muistisairaalle ja tätä tietoa voi hyödyntää myös erikoissairaanhoidossa. Liikkumisessa muistetaan rajoitukset, mutta muutoin liike ja liikuttaminen ovat muistisairaalle tehokas lääkkeetön hoitokeino. Forderin tekstistä voi vetää johtopäätöksen, että liikkeeksi riittää pienikin liike. Myös Jämsen ynnä muut puhuvat liikkeen sallimisen puolesta. Liikkeen ei tarvitse olla jumppaa tai ryhmäliikuntaa ja jo vähäinen käsillä tekeminen tai pelkkä liikkuminen, ehkä mieluisan urheilun katselu voisi olla muistisairaalle hyödyllinen toiminto. Liikkeen puute voi siis näyttäytyä osastolla ollessa letkujen ja piuhojen repimisenä tai muuten levottomana käyttäytymisenä. Jämsen ynnä muut kehottavat välttämään liikkumista rajoittavia katetreja ja suoniyhteyksiä, niitä tulisi käyttää vain tarvittaessa ja ne tulisi poistaa, kun tarve poistuu (Jämsen ym. 2015; Forder 2014, 109-110.)

Liikkumisen estäminen ja rajoittaminen pahentaa käytösoireita ja harhailua sekä lisää lääkeshoidon tarvetta. Liikkumisen rajoittamista fyysisesti magneettivoilla tai sängyn laitojen pitämisellä ylhäällä ei ole ratkaisu, vaan ympäristö tulisi järjestää niin, että potilas kykenee liikkumaan siellä turvallisesti. Fyysinen rajoittaminen provosoi levottomuutta, hidastaa kuntoutumista ja altistaa komplikaatioille hoidoissa sen sijaan, että se olisi sekavan ihmisen hoitoa. (Jämsen ym. 2015; Forder 2014, 109-110.)

Huomioitavaa on, että oikea liike helpottaa kipua ja on oiva lääkkeetön hoitokeino. Kipu on erikoissairaanhoidossa usein potilaalla väistämätöntä. Muistisairaahan potilaan liikettä rajoittavat tekijät ovat tyypillisesti potilaan kehon jäykkyys, vapina ja lihasten heikkous. Virheasennot saattavat olla kivuliaita ja sen vuoksi muistisairas saattaa olla pelokas kaikkea liikettä ja liikuntaa kohtaan. Tämä saattaa luoda pelokkuutta, joka puolestaan tuottaa vastustamista hoidossa. (Jämsen ym. 2015; Forder 2014, 109-110.)

Levottomuus ilmenee usein muistisairaahan levottomana kävelynä. Käveleminen eli liike on yksi ihmisen perustarpeista. Muistisairaahan potilaan käveleminen ei ole päämäärätöntä vaeltelua vaan se täyttää jotain tarkoitusta. Kävelemme halutessamme saavuttaa sillä jotain tai koska kehomme tarvitsee liikuntaa toimiakseen, tyhjennämme mieleemme ajatuksista, olemme yksinäisiä ja toivomme tapaavamme jonkun, eli haluamme olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa. Muut perustarpeet voivat olla tyydyttämättä. Tulee myös muistaa se, että kaikki levottomuus muistisairaalla ei ole muistisairaudesta johtuvaa. Iltaisin potilaan levottomuus yleensä kasvaa, mikäli päivä on ollut toimeton, valon vähene- mistä (vuorokauden vaihteluita) ei pysty havaitsemaan tai potilas ei ole kokenut itseään

tärkeäksi ja merkitykselliseksi. (Marshall 2016, 108, 122-128.) Merkityksellisyyden kokemus syntyy hyvästä vuorovaikutuksesta ja mikäli sitä ei ole päivän aikana kokenut voi ahdistus purkaantua runsaana liikkumisena.

*Potilaan sekavuus ja muistamattomuus.* Toimintakyvyn tukeminen lyhytaikaisessa hoidossa on huomioitavaa, koska se vaikuttaa osaltaan vuorovaikutukseen ja ohjaamiseen. Ikääntyneen potilaan toimintakyvyn ylläpitämisessä tärkeäksi seikaksi korostettiin saada potilas liikkeelle mahdollisimman pian. Sairaala on ympäristönä passivoiva. (Jämsen ym. 2015.)

Tärkeä asia muistaa kaikkien iäkkäiden potilaiden kohdalla on deliriumin riskin huomioiminen ja sen erottaminen muistisairaudesta aiheuttamasta oirehdinnasta. Sekavan potilaan kohdalla on olennaista erottaa, onko potilaan toimintakyky laskenut muistisairaudesta vuoksi vai onko potilaalla delirium, joka on hoidettava. Jopa 15-20 prosentille ikääntyneistä potilaista kehittyy delirium, eli sekavuustila, akuutin sairauden yhteydessä. Käypä hoito -suositus määrittelee Esa Jämsenin kirjoittamassa suosituksessa äkillisen sekavuustilan diagnosoinnista (2017) seuraavasti, oireisiin kuuluu tarkkaavaisuuden häiriöt, potilaan on vaikea keskittyä ja ylläpitää huomiota, oireisiin kuuluu myös poikkeava vireystila, jossa voi ilmetä hyperaktiivisuutta, levottomuutta ja siihen voi kuulua hajanaista ajattelua.

Useimmilla vanhuspotilailla deliriumin oirekuva, avoimen harhaisuuden ja levottomuuden sijaan, on psykomotorisesti hidastunut, joten delirium jää usein tunnistamatta. Artikkelissa korostetaan, että ikääntyneen potilaan hoidon tavoitteena akuutin sairauden hoidon lisäksi tulisi olla myös toimintakyvyn palauttaminen sairastumista edeltävälle tasolle. Potilaan toimintakyky ennen akuuttia sairautta tulisi selvittää. Mikäli potilas ei niitä itse voi kertoa, tulisi tieto hankkia omaisilta tai esimerkiksi kotihoidon henkilökunnalta. (Jämsen ym. 2015.)

Delirium haittaa ohjauksen onnistumista merkittävästi. Otetaan esimerkki, jossa osastolle tulee muistisairas potilas, hän sattuu muistisairaudesta lisäksi kuulumaan näihin 15-20 prosenttiin, joille on kehittynyt salakavalasti delirium, jota ei ole tunnistettu. Hoitaja kohtaa sekavan potilaan ja yrittää olla vuorovaikutuksessa aloittaakseen hoitotoimenpiteet. Tässä tapauksessa potilas voi olla avoimen harhainen, sekava ja käyttäytyä aggressiivisesti. On ilmeisen selvää, että potilaan sosiaalinen toimintakyky on niin laskenut, että hän ei kykene ottamaan vastaan ohjaamista eikä vuorovaikutus ole selkeää muiden kanssa.

Hoitotoimenpiteet eivät tässä tilassa todennäköisesti onnistu yhteisymmärryksessä. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68.)

Harhaisen potilaan harhan todellisuudesta ei kannata väitellä tai kinastella epäluottamuksen ja riitaantumisen mahdollisuuden vuoksi. Potilas voi myös tuntea tulevansa nolatuksi, mikäli harhoja käsitellään virheellisesti. Potilaan totuudenvastaisia käsityksiä ei kuitenkaan tule vahvistaa, vaan niihin tulee mukautua kiistelemättä ja ylläpitämättä niitä. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68; Mönkäre 2017, 40.) Akuutissa sairaanhoidossa vierihoito on hyvä keino helpottaa muistisairaana potilaan hoitoa. Vierihoito eli tehostettu hoito on fyysiselle rajoittamiselle tai rauhoittaville lääkkeille lääkkeetön vaihtoehto. Erityisen haastavissa tilanteissa tilapäisesti lisähenkilöstön palkkaaminen tulisi olla mahdollista. (Aavaluoma 2015, 275-276.)

*Käyttöoireiden ennaltaehkäisy ja hoitotyössä ohjaaminen tehostettuna musiikin avulla.* Musiikki on vuorovaikutusta parhaimmillaan ja ohjaamistilanteessa sitä voi hyödyntää usein. Kaiken muun hyvän lisäksi se on edullinen työväline, sillä se kulkee mukana koko ajan. Musiikki tuottaa yleensä iloa ja se on viimeisimpiä asioita mitkä jäävät muistiimme. Tunnistamme rytmin ja tunnelman, vaikka emme tuntisikaan sanoja. Rytmikka pysyy muistissa (lorut, hokemat, laulelmat) ja aktivoi liikeaivojen aluetta. Tätä voi hyödyntää hoitotyössä, nostoja voi tehdä lorutellen, pesuhetkiä laulellen. Aistitiedot aktivoivat liikkettä ja esimerkiksi pukeutuminen tai riisuminen voi olla potilaalle helpompaa hyräillen, lorutellen tai hokemia toistellen. (Forder 2014, 118, 125.) Myös Mönkäre (2017, 40.) kehottaa ohjeistuksessaan käyttämään musiikkia luomaan turvallisuutta. Varsinkin tutut lorut ja laulut toimivat hyvin.

*Potilaan aggressiivinen käytös.* Aggressiivisen tai harhaisen potilaan kanssa vuorovaikutuksessa potilaan kohtaaminen voi tuntua pelottavalta ja haasteelliselta. Tällaiseen tilanteeseen kuitenkin usein joudumme ja siksi onkin hyvä tietää miten olla vuorovaikutuksessa tilanteen sattuessa. Aggressiivisuuden aiheuttajana voi olla esimerkiksi pelko, kipu tai epä mukavuuden tunne. Aggressiivisen käytöksen voi laukaista esimerkiksi monet yhtäaikaiset asiat, pakottamisen kohteeksi joutumisen tunne, kiirehtimisen tunne sekä persoonallisuus ja aikaisemmat kokemukset. Aggressiivisen potilaan kanssa toimiessa huolehditaan kaikkien lähettyvillä olevien turvallisuudesta ja noudatetaan yleisiä periaatteita hyvään vuorovaikutukseen. Potilasta rajoitetaan rauhallisesti ja lempeästi, häntä voi esimerkiksi pyytää siirtymään toiseen tilaan. Potilaalle voidaan myös tarjota vaihtoehtoja tekemistä. Joskus hoitavaa henkilöä voidaan joutua vaihtamaan. Tilanteen rauhoituttua

tehdään jälkiselvittely ja tarkastellaan hoitotilanteen kokonaisuutta, mikä on voinut aggressiivisen toiminnan aiheuttaa, miten se tulisi hoitaa ja miten jatkossa aggressiivinen toiminta voidaan ennaltaehkäistä. (Mönkäre 2017, 49-50.)

*Hoitajan ammattitaito.* ”Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeettömän hoidon” -Käypä hoito-suosituksessa (2018) kerrotaan, että kipu voi aiheuttaa aggressiivisia reaktioita, siten riittävä kivunhoito ennaltaehkäisee käytöshäiriöitä ja kuuluu kokonaisvaltaiseen hyvään hoitoon. Erkinjuntti ym. (2015, 90.) korostavat, että käyttösoireiden kehittymiseen vaikuttavaa myös potilaan terveydentila. Hoitajan ammattitaitoa on tunnistaa kivulias potilas. Muistisairas, jonka vuorovaikutus ja kommunikointikyvyt ovat rajoittuneet, tulkitsijan tarve kivun havainnoimiseksi on erittäin tärkeä. Muistisairaus vaikuttaa kykyyn ilmaista kipua sekä kivun kokemukseen. Potilaan kipu saattaa näkyä käytöksen muutoksina, muun muassa sekavuutena, kiihtyneisyytenä, aggressiivisuutena, väsymyksenä, toimintakyvyn laskuna, vastustamisena ja vetäytymisenä. Kipu voi ilmentyä myös fyysisinä mitattavissa olevina asioina kuten sydämen tiheälyöntisyytenä ja hikoiluna. (Hallikainen & Nukari 2017, 156; Mönkäre 2017, 49-50.)

### 5.2.2 Hoitoympäristöllä vaikuttaminen ohjaamisen tukena

Tutkimuskysymykseen ”mikä edesauttaa muistisairaahan potilaan ohjaamistilannetta erikoissairaanhoidossa?” etsittäessä vastausta, toimeksiantajan kautta nousi esiin seikkoja erikoissairaanhoidon ympäristöstä. Ympäristön merkitystä muistisairaahan potilaan kohdalla korostettiin. Työelämänasiantuntijat olivat havainneet omakohtaisesti ympäristön olevan muistisairaahan potilaan kohdalla yksi erityispiirre, joka tulisi ottaa huomioon. (Toimeksiantaja 2017.)

*Hoitoympäristön erityispiirteet.* Sairaala muistisairaalle potilaalle voi tuntua sekavalta rakennuksen fyysisten tilojen erilaisuuden vuoksi verrattuna kotiympäristöön. Sen vuoksi muistisairaahan potilaan ympäristön helppouteen hahmottamiseen ja nähtävyyteen tulisi panostaa. On tutkittu, että virikkeellisyydellä, esimerkiksi melulla, on vaikutusta muistisairaahan potilaan oireisiin. (Erkinjuntti ym. 2015, 485-486.) Potilasta tulisi auttaa hahmottamaan aikaa, paikkaa ja henkilöitä. Potilaan toimintaympäristöön olisi hyvä saada toimintamahdollisuuksia ja siihen liittyvää välineistöä, esimerkiksi lehtiä luettavaksi. (Mönkäre 2017, 46-48.) Valaistus, kellojen ja kalenterien käyttö auttavat myös ennaltaehkäisemään

deliriumin kehittymistä auttamalla ajan- ja paikantajun ylläpitämisessä (Jämsen ym. 2015). Ympäristö tulisi pyrkiä järjestämään sellaiseksi, ettei se tuottaisi potilaalle harhakoemuksia. Ympäristön muokkaaminen ja huomioiminen jo pienin keinoin siis voi ennaltaehkäistä vuorovaikutuksen haasteita hoitotyössä. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68.)

*Ympäristön vaikutus muistisairaaseen.* Useimmat muistisairaudet voivat tuottaa sekavuutta ja deliriumin kaltaisia oireita. Huomioitavaa olisi, että ympäristön vaikutus voi stimuloida potilaan myös niin sanottuun ylistimulaatiotilaan, joka voi johtua muun muassa meluisasta, liian värikkästä ympäristöstä tai liiallisesta toiminnasta ympärillä. Marshallin teoksessa annetaan vinkki kokeilla ympäristöstä aktivoituneelle muistisairaalle ”Maija Poppasen pussia”. Maija Poppasella on pussissaan aina ratkaisu tilanteeseen kuin tilanteeseen. Käytännössä pussi voi olla laukku tai pussukka, jossa on muistisairaalle omia tärkeitä asioita ja muistoesineitä. Kuvia, postikortteja tutuilta ihmisiltä tai tutuista paikoista, kyniä, kirjoja, värityskirjoja, osoitekirja, korvakuulokkeet ja musiikkia, pieniä vaatekappaleita mitä vain mikä pussiin mahtuu ja on tärkeää muistisairaalle. (Marshall 2016, 125.) Erkinjuntti ynnä muut (2015, 485-486) kertovat, että omista esineistä ja vaatteista luopuminen voi aiheuttaa muistisairaalle potilaalle ahdistusta, esimerkiksi naiselle käsilaukusta luopumisen vuoksi. Samoilla linjoilla ovat Vataja ja Mönkäre (2017, 66-68), turvallisuuden tunnetta voidaan luoda tutuilla valokuvilla ja esineillä. Turvallisuuden tunne luo sosiaalista toimintakykyä, joka taas edesauttaa kommunikointia, vuorovaikutusta ja helpottaa ohjaamisen vastaanottamista.

*Ympäristöllä ohjaaminen.* Aina ei hoitaja ehdi joka paikkaan, silloin ympäristöllä on merkittävä asema. Ympäristö huomioiden voidaan myös ohjata muistisairaahan toimintaa ja käytöstä, vaikuttaen näin käytösoireisiin lieventävästi. Ympäristön merkityksen ymmärtäminen voi auttaa vahvistamaan toivottuja käyttäytymismalleja tai se voi auttaa ymmärtämään muistisairaahan käytöstä tämän tarpeiden kautta. Muistisairaahan potilaan kuljeskelutarve liittyy usein vuorokausirytmien sekoittumiseen ja/tai potilaalle vieraaseen ympäristöön. Mahdollisuuksien mukaan muistisairaalla potilaalla tulisi olla oma huone. Kuljeskelutarpeen ja levottomuuden vuoksi potilaalla tulee olla mahdollisuus liikkua omassa tilassaan häiriöttä ja vapaasti. Levottomuutta pyritään ensisijaisesti rauhoittamaan arvostavalla kohtelulla sekä rauhallisella ja ystävällisellä suhtautumisella. (Mönkäre & Nukari 2017, 26.)



Huoneessa huomioitavia seikkoja ovat peilit ja televisiot, jotka saattavat aiheuttaa potilaan mielessä virhetulkintoja ja siten käytösoireita. Peilejä tulisi olla vain aulatiloissa ja kylpyhuoneissa. Muistisairas potilas ei välttämättä tunnista omaa peilikuvaansa, vaan näkee oman itsensä tilalla pelottavan, uhkaavan ja vieraan hahmon. On hyvä huomioida myös tilan taustamusiikki. Yleensä musiikki lisää muistisairaahan potilaan mielihyvän kokemusta, mutta musiikin tulisi olla hänelle mieluista. Pakkokuunteluttaminen voi lisätä ahdistusta ja sekavuutta. Myös päällekkäiset äänet luovat levottomuutta. Taustamusiikin tulee olla levollista, rauhallista ja se tulee olla tilanteeseen sopivaa. (Forder 2014, 126; Mönkäre 2017, 46-48; Erkinjuntti ym. 2015, 485-486; Vataja & Mönkäre 2017, 66-68).

*Valonvaikutus muistisairaaseen.* Valo vaikuttaa muistisairaahan käyttäytymiseen ja rytmittää muistisairaahan potilaan elämää vahvasti, jopa enemmän mitä terveillä henkilöillä. Selkeällä vuorokausirytmillä voidaan ohjata potilaan positiivista käyttäytymistä ja näin ollen parantaa mahdollisuuksia hyvään vuorovaikutukseen hoitotyössä. Tutkimuksessa havaittiin, että näkökyvyn heikkeneminen vaikuttaa valoon reagoimiseen ja muistisairautta sairastavalla valoon reagoimisen kanavat ovat myös heikentyneet. Valon merkitystä vuorokausirytmiiin myös tutkittiin. He havaitsivat, että kirkasvalo aamuisin vaikuttaa parantavasti yöajan nukkumista, lisää päiväajan aktiivisuutta ja vähentää ilta-ajan levottomuutta. Paras teho saatiin tutkimuksen mukaan matkimalla aamunkoittoa eli lisäämällä aamuun kirkasvaloa ja illankajoa eli vähentämällä illasta valaistusta. Orientoitunut potilas on aina helpommin ohjattavissa. (Hanford & Figueiro 2013, 2 -6.)

Tehokkain rentouttava valaistus iltaisin oli lyhytaaltainen sininen valo, jota annettiin kahden tunnin ajan alkuillasta. Kirkasvalon huomattiin vaikuttavan positiivisesti varsinkin aggressiivisesti käyttäytyvien muistisairaiden kohdalla. Valoja voi sijoittaa luovasti tiloihin muun muassa ruokailupöydille, tv-tasojen viereen tai kiinnittämällä pyörätuoliin. Muistisairaahan potilaan sängyn paikkaa kannattaa miettiä potilaan saapuessa osastolle, koska tutkimuksessa todettiin, että luonnonvalo ikkunasta on voimakkaimmillaan alle kolmen metrin päästä ja siitä eteenpäin luonnonvalon teho heikkenee huomattavasti, jopa aurinkoisena päivänä. (Hanford & Figueiro 2013, 2-3.) Valaistusta pohdittaessa on huomioitavaa, että näköharhat ilmaantuvat usein hämärällä. Silmien kautta välittyy vääristynyttä muistimateriaalia eikä tervettä, todellista aistien tuottamaa materiaalia. (Vataja & Mönkäre 2017, 66-68.) Hahmottamisen häiriön vuoksi tulisi hoitoympäristössä kiinnittää huomiota valaistukseen ja valoisuuteen, oikein käytettyihin väreihin ja tilojen selkeyteen (Mönkäre 2017, 46-48). Yhdysvaltalais tutkimuksessa valon vaikutuksesta muistisairaaseen oli havaittu

sellaisilla potilailla olevan enemmän aggressiivista käyttäytymistä, joilla oli häiriintynyt vuorokausirytmä mitä hyvin nukkuvilla. Vuorokausirytmien häiriintyminen yhdessä muistisairauden kanssa lisäsi myös riskiä masennukseen, sillä potilas kokee enemmän eristäytyneisyyttä, muun muassa siksi koska he valvovat silloin, kun muut nukkuvat. (Hanford & Figueiro 2013, 3.)

*Potilaan fyysisten tarpeiden huomioiminen ohjaamisen tukena.* Aavaluoma (2015, 251) mainitsi kirjassaan, että muistisairaahan potilaan fyysiset perustarpeet hyvä ravitsemus, puhtaus, lepo, uni, kosketus ja aktiivisuus tulee huomioida ja tulla täytetyiksi turvallisuuden tunteen synnyttämiseksi. Potilaan kokiessa ympäristönsä ja olonsa turvalliseksi edesauttaa se vuorovaikutusta ja potilaan ohjausta. Kokonaisvaltaisen hoidon kannalta potilaan terveydentilan huomioiminen riittävän ravitsemuksen ja levon turvaaminen sekä kivun hoito ovat asioita, jotka vaikuttavat potilaan fyysisen ja henkisen toimintakyvyn kautta potilaan kykyyn olla läsnä ja vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Silloin päivän askareet kuten ruokaileminen on parhaimmillaan potilaalle positiivinen, päivää rytmittävä ja sosiaalinen tapahtuma.

Yksi tärkeimmistä fyysisistä perustarpeistamme on unentarve. Käypä hoito -suositus kertoo seuraavaa unen merkityksestä, uni ylläpitää aivojen aineenvaihduntaa, varastoi energiaa, vaikuttaa muistitoimintaan ja säätelee immunologista tasapainoa. Unta säätelevät biokemialliset tekijät. Unettomuus liittyy sisäsyntyiseen vuorokausirytmiiin ja siihen vaikuttavat voimakkaasti ympäristötekijät. Ilman riittävää lepoa, ei kehomme toimi oikein. Vuorokausirytmä voi muistisairaalla potilaalla olla täysin erilainen jo kotoa tai palveluasumisesta lähdettäessä toimenpiteeseen, mitä rytmä sairaalaympäristössä on. Nukuksissa olevat potilaat aamuisin ovat vaikeasti hoidettavia, heidän hoitomyönteisyytensä on puutteellista sekä vuorovaikuttaminen on hankalaa tokkuraisen, sekavan tai aggressiivisen käytöksen vuoksi johtuen epämuukavasta ja väsyneestä olotilasta. (Käyttösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito 2018.)

Muistisairaahan ihmisen nukahtaminen voi olla haasteellista sairaalaympäristössä, koska nukahtaessa ihminen antautuu unen vietäväksi ja siten päästää irti kontrollin tunteestaan (Aavaluoma 2015, 252-253). Sirkka-Liisa Kivelä (2014, 252-254) kirjoittaa artikkelissaan, että tyypillisiä muistisairauksien aiheuttamia ongelmia ovat usein nukahtamisen vaikeudet, yöllä heräämisen lisääntymisen, yöllä valvomisen pidentyminen ja touhuilu, päivätor-

kahtelut ja pitkät päiväunet. Unettomuuden voi aiheuttaa lukuisat eri syyt elämänvaikeudet, stressi, vähäinen valoisuus päiväaikaan, varhainen vuoteeseen meno, pitkät päiväunet, meluisa, kuuma, kylmä tai valoisa makuuhuone tai epämiellyttävät vuodevaatteet, levottomat jalat, uniapnea. Unta häiritsevä tekijä pitäisi pyrkiä tunnistamaan ja mahdollisuuksien mukaan poistamaan. Unenlaatuun, unettomuuden syyn etsimiseen ja vuorokausiirytmiin huomion kiinnittäminen siis luo edellytykset parempaan vuorovaikutussuhteeseen, ohjaamisen helpottumiseen ja sitä myötä molemminpuoliseen hyvän hoidon eettisen kriteerin toteutumiseen. (Alamäki, Kangasniemi, Kela, Kuosmanen, Kurtti, Siipi, Sillanpää 2017).

### Yhteenveto ohjaamisen keinoista:

<b>5.2 Ohjaaminen</b>	<b>Suosittelut keino aineistosta, mitä ottaa huomioon hoitotyössä?</b>
potilaan orientaatio	kiireettömyyden tuntu, annetaan aikaa käsitellä asia
toimintojen ohjaaminen	mahdollisuuksien mukaan paras ajankohta, otetaan huomioon potilaan vireystila, toiminnon kertaaminen, selkeä puhe; yksi henkilö puhuu kerrallaan, riittävä valaistus kasvon ilmeiden havaitsemiseen, kolmikanavatekniikka, liikkeen hyödyntäminen, aistien aktivoiminen, kunnioittava kohtelu, ymmärrys pelkoon, hoitotoimien miellyttävyys, koskettaminen rakkaudella
hoitajan ammattitaito	riittävä koulutus, riittävä tieto, yksilölle sopiva hoitotyyli arvostava kohtelu, rauhallisuus; hoitohenkilöstö sekä ympäristö
<b>5.2.1 Käyttösoireet ja ohjaaminen</b>	
potilaan levottomuus ja liike	Liike mukaan hoitotyöhön, sallitaan liikkuminen, tarjotaan keinoja pieneenkin liikkeeseen, vältetään turhia katetreja ja suoni yhteyksiä, vältetään fyysistä rajoittamista, huomioidaan kivunhoito, etsitään syy levottomuuteen; jatkossa voi huomioida paremmin
potilaan sekavuus ja muistamattomuus	toimintakyvyn ylläpitäminen,

	deliriumin diagnosointi/poissulkeminen, potilaan toimintakyvyn selvittäminen ennen toimenpidettä, huomioidaan ympäristön merkitys, tutut esineet (Maija Poppasen pussi)
käyttösoireiden ennaltaehkäisy musiikin avulla	lorutellaan, lauletaan, muistetaan rytmiiikka, potilaalle itselle mieluisaa musiikkia, mieluisia lauluja
potilaan aggressiivinen käytös	vältetään aggressiota myötäilemällä, ei vahvisteta harhoja, turvataan muiden turvallisuus, vierihoito
<b>5.2.2 Hoitoympäristö ja ohjaaminen</b>	
hoitoympäristön erityispiirteet	helppous hahmottaa, valaistus, kellot, kalenterit, lehdet, toimintamahdollisuuksia, peilit, televisiot, ympäristön äänimaailma; levottomuus/rauhallisuus
ympäristöllä ohjaaminen	oma huone; tila kulkea vapaasti, peilit, televisio, otetaan äänimaailma huomioon, ohjataan valolla ja helpotetaan ajan vaihtelun havaitsemista
hoitajan ammattitaito	terveydentilan arviointi, riittävä kivunhoito, fyysiset mittaukset, tulkitsija kommunikoinnin ollessa puutteellista
potilaan fyysisten tarpeiden huomioiminen	fyysiset perustarpeet (hyvä ravitsemus, puhtaus, lepo, uni, kosketus ja aktiivisuus) → huomioiminen luo turvallisuuden tunnetta, unen tarpeen huomioiminen, unettomuus, sisäsyntyinen vuorokausirytmii ja ympäristötekijät, somaattiset sairaudet (uniapnea ynnä muut)
valon vaikutus muistisairaaseen	kirkasvalo aamuisin, hämärä valaistus iltaisin, sinivalon käyttö iltaisin (kaksi tuntia ennen nukkumaanmenoa), sängyn paikka ikkunan viereen (alle kolme metriä ikkunasta) vuorokausirytmiiinsäätelyn huomioiminen, vuorokausirytmiiissä pysyminen

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyön tarkoitus oli kuvailla ikääntyvän muistisairaana potilaan ja sairaanhoitajan yhteistyötä edistävää vuorovaikutusta erikoissairaanhoidossa. Opinnäytetyössä lähtökohdiana oli tutkia ja tuoda yhteen jo olemassa olevia hyviä, käytännössä tehokkaita ja helposti käyttöön otettavia keinoja mitä hoitohenkilökunta voisi käyttää päivittäisessä hoitotyössään apuna. Näkökulmana pidettiin erikoissairaanhoitoa ja sille tyypillistä lyhytaikaista hoitoa. Tavoitteena oli löytää välineitä parantamaan vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä.

Opinnäytetyössä haasteena oli löytää sairaalaympäristön huomioon ottava lähestymismalli muistisairaana potilaan kohtaamisessa. Jouduimme päättämään monesta eri lähteestä, miten tietoa voidaan soveltaa vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Myös erikoissairaanhoito toimintaympäristönä piti pitää mielessä.

Opinnäytetyön aihe tukee ja mahdollistaa potilaan huomioonottamisen asiakaslähtöisesti antamalla hoitohenkilökunnalle tietoa työväliseksi, jonka avulla harjaannuttaa ja vahvistaa omaa ammatillista osaamista ja asiantuntijuutta. Potilaan muistisairauden huomioonottamisella on suuri merkitys riittävän psykososiaalisen tuen saamiseen, sairauksien, tapaturmien ja terveysongelmien ehkäisyyn. Ohjauksessa on myös huomioitava muistisairautta sairastavan kognitiiviset taidot.

Muistisairauden huomioiminen tukee sosiaali- ja terveyspalveluiden laatua ja turvallisuutta. Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus paranevat, kun hoitajat saavat parempia keinoja kohdata muistisairas potilas. Kliininen hoitotyö helpottuu, kun potilaan kanssa voidaan kommunikoida paremmin. Potilasturvallisuus kehittyy sujuvamman kommunikoinnin avulla. Potilasturvallisuutta lisää myös ympäristön huomioon ottaminen muistisairaana potilaan näkökulmasta. Opinnäytetyömme tuo lisätietoa potilaan ohjaamisprosessiin luomalla turvallisuutta hyvillä ohjaamiskäytännöillä ja tiedolla.

## 6.1 Tulosten tarkastelu

Toimeksiantajan toiveena opinnäytetyön suhteen oli saada vinkkejä hoitohenkilökunnan päivittäisen hoitotyöhön ja sen kehittämiseen. Vinkkejä toivottiin siihen, miten luodaan mahdollisuudet onnistuneeseen potilaan ohjaukseen. Kohtaamisesta, ohjaamisesta ja vuorovaikutuksen tukemisesta löytyi lähteitä melko hyvin. Näkökulmana työssämme oli potilaan ohjaustilanteet ja vuorovaikutus. Lähteissä korostettiin, että hyvä kohtaaminen edesauttaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta (Aavaluoma 2015, 224). Muistisairaahan potilaan hyvinvointia tukevassa työskentelyssä tulee pyrkiä ymmärtämään potilaan tunteita sekä tarpeita ja vastata niihin (Mönkäre 2017, 46-48; Marshall 2016,18).

Potilaan yksilöllisyyden huomioisella on vuorovaikutuksen onnistumiseksi merkitystä. Muistisairaahan potilaan oma kulttuuri, hänen kokemuksensa ja elämänhistoria vaikuttavat hänen käyttökseen. (Marshall 2016, 18, 124; Mönkäre 2017, 40.) Nämä seikat tiedostamalla ymmärrämme potilaan reagoititapoja ja käytöstä paremmin. Potilaan positiivisen minäkuvan ylläpitäminen koetaan tärkeäksi. Positiivista minäkuvaa tuetaan huomioimalla potilaan identiteetin tärkeimmät osiot. (Korpijaakko-Huuhka 2014, 82.)

Ollessamme vuorovaikutuksessa muistisairaahan kanssa on tärkeää huomioida keskustellessa, että potilas kykenee parhaiten keskittymään puheeseen, kun yksi puhuu hänelle kerrallaan ja puhujan kasvon ilmeet ja huulten liikkeet näkyvät selkeästi. (Mönkäre 2017, 46.) Puheen ymmärtäminen edellyttää, että puhe kuullaan. Potilaan ymmärtäessä puhetta hän kykenee olemaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Potilaan ohjaaminen edellyttää jollakin tasolla tapahtuvaa vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa voi olla sanallisesti tai elekielellä.

Potilaan ohjaamisessa on huomioitavaa, että kiire ja painostaminen lukkiuttavat tilannetta muistisairaahan potilaan kanssa toimiessa. Nopeasti tapahtuvat toimenpiteet ja nopeasti annetut ohjeet ovat muistisairaalle potilaalle vaikeita ymmärtää ja saattavat aiheuttaa levottomuutta ja aggressiivisuutta. (Hallikainen & Nukari 2017, 24-25; Marshall 2016, 123; Mönkäre 2017, 46-48.) Erikoissairaanhoidon ympäristö on toisinaan hektinen ja kiireinen, mutta potilaalle ei saisi välittää kiireen tuntua. Kuntouttavan työotteen toteutumiseksi potilaalle tulee antaa aikaa mahdollisuuksien mukaan itse toteuttaa asioita. Potilaan virkeyttä

sekä aikaan ja paikkaan orientoitumista tukevalla ympäristöllä edesautetaan vuorovaikutuksen onnistumista. Virkeä ja orientoitunut ihminen ottaa paremmin tietoa ja ohjausta vastaan.

Ohjaustilanteessa neutraalille alueelle kevyesti koskettaminen saattaa helpottaa liikkeen aloittamista ja ohjata potilasta haluttuun suuntaan. Potilas tunnistaa kosketuksen laadun, joten häntä tulee koskettaa lempeästi. (Mönkäre 2017, 46; Forder 2014 111-112; Aavaluoma 2015, 251.)

Moni keino oli kustannuksiltaan suhteellisen halpa, usein jopa ilmainen. Useassa lähteessä nousi esille musiikin merkittävä voima ja sitä suositeltiin käytettäväksi aina mahdollisuuden tullessa. Taustatieto potilaan musiikkimausta on hyvä selvittää, sillä epämiellyttävä musiikki saattaa tuoda ei toivotun tuloksen ja lisätä potilaan kokemusta epämuksuudesta. Miellyttävä musiikki sen sijaan tukee muistisairaahan potilaan toimintakykyä. Tuttuja hokemia voi myös käyttää työvälineenä. (Forder 2014, 118, 125; Mönkäre 2017, 40.) Tulee kuitenkin muistaa, että jokainen meistä nauttii erilaisesta musiikista. Usein potilaan reaktioista voi lukea onko musiikki hänelle mieleistä. Ilmeet ja eleet voivat kertoa mielipiteen, mikäli potilaan sanat eivät sitä pysty kertomaan.

Mikäli mahdollista potilaan tulisi saada pitää itsellään tuttuja esineitä, sillä ne luovat turvallisuuden tunnetta. (Marshall 2016; Vataja & Mönkäre 2017, 66-68.) Omista esineistä ja vaatteista luopuminen voi aiheuttaa muistisairaalle potilaalle ahdistusta, esimerkiksi naiselle käsilaukusta luopumisen vuoksi (Erkinjuntti ym. 2015, 485-486).

Aina ei hoitaja ehdi varsinkaan erikoissairaanhoidossa joka hetki ohjaamaan, jonka vuoksi aiheeksi nousi myös ilman hoitajaa tapahtuvaa muistisairaahan potilaan ohjaus eli hoitoympäristöllä ohjaaminen. Potilaan hoitoympäristö sairaalassa on hyvin erilainen kuin koti- tai asuinympäristö. Hoitoympäristöllä ohjaamiseen tutkitusta tiedosta löytyi ohjaukseen neuvoja muun muassa valaistukseen, ajan- ja paikantajun hallintaan (kellot ja kalenterit) ja musiikkiin hoitotyön välineenä. Ympäristöllä pystyttiin lähteiden mukaan ehkäisemään käytöshäiriöitä ja jopa deliriumia. (Hanford & Figueiro 2013, 7; Mönkäre 2017, 46-48.)

Potilaan virhetulkintojen ehkäisemiseksi annettiin neuvoja peilien ja television suhteen. Potilashuoneista usein löytyvät nämä molemmat ja niiden tarkempi mietintä muistisairaahan potilaan kohdalla saattaisi ehkäistä käytösongelmia. Aina ei voi nostaa peiliä seinältä tai poistaa televisiota, mutta pienillä toimenpiteillä, esimerkiksi peittämällä kyseessä olevat

esineet, voitaisiin luoda muistisairaalle potilaalle selkeämpi ympäristö olla. Hoituhuoneen suositeltiin olevan yhden henkilön huone, mutta käytännössä suosituksen toteuttaminen ei ole aina mahdollista. (Hanford & Figueiro 2013, 7; Mönkäre & Nukari 2017.) Liikkumisen estämistä ja rajoittamista joudutaan toisinaan tekemään, mutta lähteiden mukaan tulee ymmärtää muistisairaalle kohdalla mahdollinen käytöshäiriöiden, harhailun paheneminen ja lisälääkehoidon tarve. (Forder 2014, 109; Jämsen ym. 2015.) Erikoissairaanhoidossa ympäristön huomioiminen kattavasti ei ole aina mahdollista.

Kirjallisuudessa mainitaan myös potilaan fyysisten tarpeiden huomioimiseen liittyviä seikkoja. Muistisairaalle ihmisen kokonaisvaltaista hoitoa tarkisteltaessa myös fyysisillä seikoilla on oleellisesti merkitystä henkilön kykyyn olla vuorovaikutuksessa. Kivun hoito ja riittävä lepo ovat toimintakyvyn kannalta tärkeitä osa-alueita. Kuten Aavaluoma (2015, 251.) on kirjoittanut, muistisairaalle potilaalle fyysiset perustarpeet tulee huomioida ja tulla täytetyiksi, jotta potilaalle syntyy turvallisuuden tunne. Muun muassa hyvä ravitsemus, lepo ja uni kuuluvat perustarpeisiin. Potilaalle kokema turvallisuuden tunne edesauttaa potilaan kykenevyyttä olla vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja siten se edesauttaa potilaan ohjausta. (Erkinjuntti ym. 2015, 90.)

Lähteemme muistuttivat, että läheinen voi olla muistisairaalle potilaalle hoidossa merkittävä apu. Läheisen ihmisen läsnäolo voi vähentää potilaan sekavuutta merkittävästi ja helpottaa siten hoitotoimien sujumista. (Jämsen ym. 2015.) Omaisilla on yleensä potilaan historiasta tietoa, jota voi hyödyntää hoitotyössä. Heillä voi olla myös toimivia toimintamalleja, joilla potilas on helpompi johdatella yhteistyöhön. Lähestyessämme muistisairautta koko perheen sairautena ymmärrämme, että hoidossa on otettava huomioon potilaan lisäksi myös läheiset.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksessa on käytetty hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimus on suunniteltu ja tutkimusluvut on haettu ja saatu. Miten pitää opinnäytetyö luotettavana, miten löytää tarpeeksi luotettavaa ja tarpeeksi tuoreita lähteitä, jotta opinnäytetyöstä tulee kattava tutkimuskysymyksiin vastaava teos? Tätä kysymystä pohdimme ja päädyimme käyttämään tutkittua aineistoa sekä luotettavuudeltaan hyviä lähteitä. Lähteiden tuli pohjautua tutkittuun tietoon. Tässä opinnäytetyössä ei ole mitään salassapitovelvollisuuden sitomaa aineistoa.



*Eettisyydessä* on otettu huomioon muun muassa tekijänoikeudet. Tekijänoikeuksia määrittää Tekijänoikeuslaki (8.7.1961/404), jolla luodaan taloudellinen ja moraalinen turva alkuperäiselle tutkimuksen tekijälle. Tiedon käyttämisessä käytimme lähdeviittauksia, joilla osoitimme tiedon alkuperäisen lähteen eli annoimme niin sanotun isyysoikeuden aineiston tekijälle. (Aineistohallinnan käsikirja 2016.) Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla varmistamme myös työn laadukkuuden.

*Eettisyys ja puolueettomuus.* Aineistoa valitessa tuli painottaa etiikkaa tutkimustyössä sekä kiinnittää huomiota erityisesti raportointiin. Sen tuli olla rehellistä, tasavertaista ja oikeudenmukaista. Eettisyys on kirjallisuuskatsauksessa yhtä kuin luotettavuus ja prosessissa edetään tutkimuskysymyksistä loogisesti päätelmään tai ratkaisuun. (Kangasniemi ym. 2013.) Eettisyyttä tutkimustyössä on myös tarkkaavainen ja huolellinen työskentely. Tuloksia ei tule yleistää kritiikittömästi ja on kiinnitettävä huomiota, että raportointi ei saa olla puutteellista tai harhaanjohtavaa. (Remes ym. 2016, 23–27.) Luotettavuutta voi heikentää liian suoraviivaisesti vedetyt johtopäätökset aineistosta, aineiston yksipuolinen tarkastelu ja huomion liiallinen kiinnittäminen tämän hetken tilanteeseen, jolloin ei huomioida tulevaisuutta tutkimuksessa. Pyrimme tarkastelemaan aineistoa erikoissairaanhoidon näkökulmasta, miettimään tietoa suhteuttaen erityispiirteisiin niin muistisairaana kuin erikoissairaanhoidonkin kannalta. Etsimme apukeinoja, joita voi käyttää nyt, mutta joita voidaan myös tulevaisuudessa kehittää.

Hoitotyön eettisenä kysymyksenä heräsi inhimillisyyden hoitotyössä. Miten tutkimuksemme voitaisiin sitä parantaa. Miten muistisairaana kohtaaminen saadaan sille tasolle, että potilaan perusoikeudet täyttyvät ja ihmisoikeudet säilyvät. Tutkimuksemme koskee hoitotyötä, silloin meitä määrittelee esimerkiksi sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Työssämme pyrimme löytämään näkökohtia sairaanhoitajan ja ylipäätään hoitoalan eettisistä arvoista ja hakemaan tietoa niin, että tiedon avulla voidaan konkreettisesti hoitotyössä eettisiä arvoja noudattaa paremmin. Jokaisella potilaalla on yhtäläiset oikeudet. Opinnäytetyömme tiedon avulla voimme tuottaa tekoja, antaa suuntaa, jotka auttavat myös muistisairaana potilaan kohdalla tunnustamaan hänen ihmisarvonsa ja auttavat hoitotyöntekijöitä kohtaamaan hänet arvokkaana yksilönä. Opinnäytetyössämme oli pyrkimys hakea tietoa kommunikaation parantamiseen, joka vastaa eettiseen kysymykseen potilaan autonomiasta, etsimällä keinoja ymmärtää potilasta ja saada potilas ymmärtämään hoitohenkilökuntaa paremmin. Sairaanhoitajan eettiset arvot määrittelevät, että hoitotyön tulee olla

itseääräämisoikeutta kunnioittavaa ja yksilöllisyyttä arvostavaa. (Sairaanhoitajaliitto 2019.)

*Uskottavuus.* Opinnäytetyömme teoriaosuuden eettisenä kysymyksenä oli teorian tiedon uskottavuus ja miten teoriaa argumentoidaan eli perustellaan. Perusteluissa aiheen kannalta merkittävät ovat lähteet ja lähdeviittaukset. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 17-18.) Kirjallisuuskatsauksessa käytimme työelämäasiantuntijoiden mielipiteitä ja kokemusta käytännön tutkimusongelman asettamisessa, johon pyrimme hakemaan vastauksia tutkimallamme teorian tiedolla.

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Jotta tutkimus on luotettava, luotettavuuden kriteereiden tulee täytyä. Luotettavuuden kriteerit laadullisessa kirjallisuuskatsauksessa ovat läpinäkyvyys ja todistettavuus, vaiheiden kuvaileminen, valintojen perusteleminen ja niiden raportointi sekä tutkijoiden subjektiivisuus (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 225; Hirsjärvi ym. 2016, 232-233; Kangasniemi ym. 2013, 297—298.)

*Luotettavuus; läpinäkyvyys ja todistettavuus.* Luotettavuuden arvioinnissa yksi kriteereistä on tutkimuksen läpinäkyvyys. Tutkimusmenetelmät esitetään julkisesti ja selkeästi. Tiedonhankinta, vaiheet ja tiedon analysointi menetelmät kerrotaan vaihe vaiheelta. (Hirsjärvi ym. 2007, 225.) Luotettavuuden arviointi suoritettiin tarkastelemalla, miten onnistuneesti tutkittava ilmiö nousee esiin. Voiko aineiston todistaa ja tunnistaa sekä tuoko se lisäarvoa tutkittavien asioiden ymmärtämiseen. Luotettavuudessa pohditaan myös sitä, onko tutkimus uskottava ja vastaako tulos aineistoltaan sitä mitä etsittiin. (Mishler 1990, Sandelowski 1993.) Työssämme olemme kertoneet työvaiheet suunnitelmasta toteutukseen. Olemme käyttäneet luotettavia tietokantoja ja arvioineet myös muut haut tiedon sisältöä vertaamalla tutkimuskysymyksiin. Lisäarvoa mitattiin sillä, onko tutkimus hyödyllinen ottaen huomioon lyhytaikaisen osastohoidon näkökulma. Lyhytaikaisessa hoidossa on omat erityispiirteensä, jotka on otettava huomioon aineiston valinnassa (Toimeksiantaja 2017). Poissuljimme siis muun muassa pitkät kuntoutussuunnitelmat ja paljon henkilöstöä, valmisteluja, materiaalia tai suunnittelua vaativat ohjeistukset. Pyrimme keskittymään

ohjeistuksiin, joita voidaan toteuttaa mahdollisimman helposti ja vaivattomasti ottaen huomioon hoidon lyhytaikaisuus ja erityispiirteet.

*Kirjallisuuskatsauksen vaiheiden kuvaileminen.* Opinnäytetyön luotettavuutta lisää prosessin kirjaaminen huolellisesti ja läpinäkyvästi työhön. Tarkka selonteko kuinka aihetta tutkittiin ja koostettiin kertovat opinnäytetyön lukijalle, onko tutkimuksen aineisto riittävän laajasti tutkittu ja oleellisia asioita painotettu itse työssä. (Hirsjärvi ym. 2016, 232-233.) Tämän osion tekeminen oli haastavaa, sillä sovellettavissa olevaa tietoa löytyi loppujen lopuksi paljon. Tietopolkuja lähti eri lähteistä rönnyilemään ja vaarana oli eksyminen väärälle tietolähteelle tai lumipalloeefekti, liiallinen tieto, jossa itse pääasia eli tutkimuskysymykset unohtuvat ja etsittävä tieto liittyy kokonaisuuteen vain hajanaisesti. Tarkat rajaukset hakusanojen ja hakujen tuoreuden kanssa pitivät paremmin tutkittavan materiaalin luotettavuuden suhteen hallittavissa. Välillä huomasimme eksyvämme harhapoluille, mutta korjasimme asian karsimalla asiaan liittymättömät tai liian löyhästi liittyvät tiedot pois valmiista työstä. Myös aiheet, joille emme löytäneet tieteellistä tukea jätimme pois lopullisesta työstä.

*Valinnat ja raportointi.* Aineiston valinnassa ja käsittelyssä tulee noudattaa hyvää tutkimusetiikkaa kaikissa tutkimuksen vaiheissa. Tutkimuskysymys tulee olla perusteltu ja tutkimusprosessi tulee olla johdonmukainen. (Kangasniemi ym. 2013, 297—298.) Olemme ottaneet mukaan vain aineistoa mikä vastaa tutkimuskysymykseen ja poissulkeneet materiaalin, jota ei ole mahdollista käyttää tai soveltaa lyhytaikaiseen hoitoon.

*Tutkijan subjektiivisuus.* Luotettavuuden yksi arviointikriteeristä on kuinka subjektiivisesti tutkijat pystyvät aineistoa käsittelemään. Tarkoitushakuisuutta tulisi aineiston valinnassa välttää, sillä se heikentää luotettavuutta. Joskus sitä voi kuitenkin tulla tiedostamattomasti, silloin se tulisi pyrkiä havainnoimaan ja raportoimaan. (Kangasniemi ym. 2013, 298.) Tässä opinnäytetyössä tekijöitä on ollut kaksi mikä heikentää subjektiivisuutta, sillä kahdella ihmisellä on aina kaksi näkökulmaa. Tutkimustuloksiin vaikuttivat eniten aineiston rajaaminen ja käsitteiden määrittäminen. Toimeksiantajan luoma mielikuva hoitotyön haasteellisuudesta muistisairaahan potilaan kohdalla voi olla tutkimuksia ohjaava oletus, mutta pyrimme materiaalia tutkiessamme keskittymään yleisiin muistisairaahan potilaan käytösoireisiin, jolloin tulokset kuitenkin ohjautuivat toimeksiantajan oletusta tukeviksi ilman, että pyrimme johtamaan lopputuloksen toimeksiantajan luomaan mielikuvaan.

Luotettavuutta heikentäviä seikkoja ovat Kangasniemen ym. (2013) mukaan erittelemätön tai raportoimaton tarkoitushakuisuus. Luotettavuutta pyrimme lisäämään käyttämällä yleisesti tutkimusyhteisöjen luotettaviksi todettuja tieteellisiä hakupalveluita. Käytimme harvintaa valitessamme artikkeleita ja lähteitä, joista täytyi löytyä jokin terveydenhuollon alan virallinen näkemys. Löysimme hakukoneen avulla monia lähteitä kansainvälisille sivustoille, mutta niiden käyttäminen olisi ollut maksullista, tästä syystä koimme tiedon löytämisen haastavaksi.

Tutkimuksen aikana myös kriteerien ja perustelujen muuttuminen voivat aiheuttaa luotettavuuden heikentymistä. Keskeisin luotettavuuden mittari on aineiston valinta. Käytimme eksplisiittistä eli käsitteellistä aineistonvalintaa, jolloin pohjasimme tutkimuksemme teoriatietoon, joka on muodollista, järjestelmällistä ja tarkkaan määriteltyä. (Kangasniemi ym. 2013.) Luotettavuutta lisää myös aineiston mukaanotto- ja poissulkukriteerien mukaan aineiston kerääminen. Tämän avulla aineiston valintaan ei vaikuttaneet tutkijoiden omat käsitykset ja arvot. Ennakko-oletus, että aineistoa suoraan erikoissairaanhoidon saattaa olla vaikeaa löytää, piti paikkansa hakutulosten perusteella. Epäsuoraa tietoa, jota pystyy soveltamaan erikoissairaanhoidossa, löytyy enemmänkin. Siinä tulee kuitenkin ottaa huomioon tutkijan oma perehtyneisyys erikoissairaanhoidon erityispiirteisiin tai hänen tulee käyttää työelämäasiantuntijoiden tietämystä laajalti hyväksi. Tässä suhteessa tutkittua tietoa joutui myös käsittelemään implisiivisesti eli johtaen, päätellen, eli vetämään johtopäätöksiä ja päätelmiä mahdollisesti toimivista vuorovaikutteisista keinoista muistisairaankanssa työskennellessä.

Aineiston keräämisessä, karsimisessa, tutkimisessa sekä kokoamisessa useamman henkilön kuin yhden osallisuus nostaa aineiston luotettavuutta (Kangasniemi ym. 2013). Samasta aineistoista kaksi tutkijaa voi saada hyvinkin erilaisia johtopäätöksiä, mikä toisaalta voi olla luotettavuutta heikentävä asia, mutta myös luotettavuutta lisäävä seikka. Itse koimme, että on etu, että opinnäytetyötämme teki kaksi tutkijaa, jolloin kumottiin tilanne, että aineiston tutkija käsitteli aineistoa vain oman näkökulmansa kautta. Aineistoa kerättiin kahden tutkijan toimesta, aineisto koottiin yhteen ja jaettiin mahdollisimman tasapuolisesti. Luimme omia aineistojamme, mutta joitakin aineistoja luimme molemmat ja katsoimme mitä toinen oli kokenut tärkeäksi tutkimuskysymysten suhteen ja mitä toinen. Mo-

lemmat tutkijat kirjoittivat ensin oman versionsa aiheesta. Sen jälkeen kävimme läpi toistemme tekstit, joita kommentoimme kirjallisesti sekä istuimme yhdessä niitä pohtimaan. Poistimme, tiivistimme, sekä jaottelimme tekstiä luokitellen jättäen pois aiheeseen liittymättömät asiat. Tähän opinnäytetyöhön tuotettu teksti on käynyt kahden tutkijan seulan lävitse muodostunut tiivistetty tietopaketti.

#### 6.4 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön on tarkoitus tukea sairaanhoitajaopiskelijan ammatillista kasvua ja kehitystä. Sairaanhoitajan ammatissa itsensä kehittäminen jatkuu myös valmistumisen jälkeen. Sairaanhoitajan tulee arvioida osaamistaan ja sitä missä tarvitsee vielä kehittymistä, hänen tulee tunnistaa ja kehittää oppimistapaansa, kyetä itsenäiseen työhön sekä työyhteisössä tapahtuvaan työskentelyyn ja kyetä organisoimaan omaa työtänsä. Sairaanhoitajan tulee työssään hallita muun muassa seuraavat ammatin vaatimat seikat, joita opinnäytetyömme tukee asiakaslähtöisyys, kliinisen hoitotyön taitaminen, hoitotyön eettisyyden ja ammatillisuuden sekä sosiaali- ja terveystieteiden laadun ja turvallisuuden huomioiminen, yhteistyötaitojen omaaminen sekä tutkimusosaamisen hallinta. (Eriksson, Korhonen, Merasto, Moisio 2015, 36 - 47.)

*Asiakaslähtöisyys.* Asiakaslähtöisyyteen kuuluu potilaan näkeminen oman itsensä asiantuntijana. Potilas nähdään aktiivisena osallisena omassa hoidossaan, omaiset huomioidaan sekä otetaan osalliseksi hoitoon ja vuorovaikutus nähdään olennaisena osana asiakaslähtöisyydessä. Opinnäytetyön aihe tukee asiakaslähtöisyyttä antamalla työvälaineitä, joilla vahvistamme ammatillista osaamista ja asiantuntijuutta lisäämällä tietoperustaamme. (Eriksson ym. 2015, 36.) Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus paranevat, kun saamme riittävästi tietoa sekä parempia tutkittuja keinoja kohdata muistisairas potilas. Sairaanhoitajana työskentelemme eettisesti ja asiakaslähtöisesti potilaan ja omaisten kanssa vuorovaikutussuhteessa potilaan hyväksi. Opinnäytetyössä nousi esille merkitys tutustua muistisairaaseen potilaan historiaan ja parhaiten tietoa saadaan potilaalta itseltään tai hänen omaisiltaan.

*Kliininen osaaminen.* Kliinisellä hoitotyöllä tarkoitetaan potilaan psykososiaalista tukemista ja myös konkreettista hoitotyötä. Kompetenssi täyttyy tässä kohden uusimpien tut-

kimustulosten hyödyntämisellä potilastyössä sekä siinä, että hoitajina kehitämme vuorovaikutustaitojamme, jotka edesauttavat hoitotoimenpiteiden onnistumista. (Eriksson ym. 2015, 41.) Tämä opinnäytetyö on tuonut meille uutta tietoa erilaisista vuorovaikutuksellista työvälaineistä, joilla luoda potilaan kanssa hyvä vuorovaikutuksellinen hoitosuhde. Opinnäytetyömme on tuonut meille lisätietoa myös potilaan ohjaamisprosessiin.

*Hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus.* Hoitajan tulee työssään huomioida eettisyys ja toimia eettisten periaatteiden ja hoitotyön arvojen mukaisesti. Terveystieteiden eettisten arvojen eli ihmisarvon kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo ja hyvän tekeminen tulee hoitotyössä toteutua. Sairaanhoidajan tulee kantaa vastuu tekemästään hoitotyöstä ja toimia potilaansa sekä hoitotyön asiantuntijana. (Eriksson ym. 2015, 37; Kangasniemi 2017, 4.) Opinnäytetyössämme nousi esille paljon myös eettisesti pohdittavia asioita, joista keskustelimme useaan otteeseen sekä opinnäytetyön tekijät keskenään sekä työelämänasiantuntijoiden kanssa. Useassa osa-alueessa hoitajan ammatillisuus ja ammatitaito nousi tärkeäksi tekijäksi. Ilman tietoa ja taitoa ei voi hoitotyötä toteuttaa laadukkaasti.

*Yhteistyötaidot.* Hoitajan ammatillisuuteen kuuluu myös moniammatillisessa tiimissä toimiminen, joka edellyttää yhteistyötaitoja. Jotta potilas saa laadukasta hoitoa tulee sairaanhoidajan osata toimia koko hoitoketjun kanssa. Hoidon laatu paranee, kun yhteistyötahot tekevät mahdollisimman jouhevaa yhteistyötä. (Kangasniemi 2017, 7.) Opinnäytetyöntekijöiden yhteistyötaidot karttuivat opinnäytetyötä tehdessä, sillä teimme monitahtoista yhteistyötä toimeksiantajan, ohjaavien opettajien, vertaisten ja opinnäytetyön työelämänasiantuntijoiden kanssa. Opinnäytetyön tekeminen parityönä vaati tiivistä yhteistyötä, mutta myös tehtävien jakamista ja oman vastuun kantamista opinnäytetyön edistymiseksi. Työn tekeminen on opettanut meille keskustelutaitoja ja kykyä ottaa huomioon myös työparin toivomukset ja huomiot. Opinnäytetyön tekeminen on vaatinut joustavuutta ja muutoksien sietämistä.

*Tutkimusosaaminen.* Kyseessä oli tutkimustyö, joten tieteellisten tutkimustöiden haku, kirjallisen materiaalin hyödyntäminen ja luetun ymmärtäminen sekä tutkimusten tulkinta ja analysointi harjaantuivat. Opinnäytetyön teko vaati lähdekriittisyyttä ja päätöksentekoa sen suhteen mitä tietoa voi käyttää. Tämä tukee kompetenssia näyttöön perustuvasta toiminnasta ja päätöksenteosta. Tulevassa ammatissamme sairaanhoidajana on tärkeää

tuoda uutta tietoa työyhteisön käyttöön ja siten kehittää hoitotyötä. On tärkeää osata hakea näyttöön perustuvaa tietoa ja osata esitellä tieto työyhteisölle. Opinnäytetyö toi meille kokemusta esiintymisestä, sillä esittelimme opinnäytetyömme koulussa sekä työelämän-asiantuntijoiden koolle kutsuttuun tilaisuuteen kokoontuneelle hoitohenkilökunnalle. Tässä täytyi sairaanhoitajan kompetenssi ohjaamisesta ja opettamisesta. (Eriksson ym. 2015, 43.) Sairaanhoitajan työntehtäviin kuuluu usein myös opiskelijoiden ohjaaminen työelämässä, joten on tärkeää osata perustella toimintaansa, ja jotta osaa toimintaansa perustella on oltava asioista tutkittua tietoa.

*Sosiaali- ja terveystieteiden laatu ja turvallisuus* -kompetenssi sisältää sairaanhoitajan toteuttaman potilasturvallisuuden edistämisen ja vastuun kantamisen laadukkaan hoidon toteutumisesta (Eriksson ym. 2015, 46). Työskentelytapamme lisää potilasturvallisuutta kommunikoidessamme paremmin muistisairaana potilaan kanssa. Opinnäytetyömme toi meille myös tietoa, kuinka ennakoita ja ennaltaehkäistä esimerkiksi käytösoireiden syntymä, joka olennaisesti vaikuttaa sekä hoitohenkilökunnan turvallisuuteen työpaikalla sekä potilasturvallisuuteen.

## 6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätös, että muistisairaana potilaan vuorovaikutteisessa hoitotyössä on erityispiirteitä, jotka tulee ottaa huomioon erikoissairaanhoidon näkökulmasta. Näistä erityispiirteistä yksi merkittävimmistä on ikääntyneen potilaan kanssa vuorovaikutussuhteen onnistuminen (Korpijaakko-Huuhka 2014). Onnistunut kohtaaminen edistää vuorovaikutusta, joten kohtaamiseen tulee varata aikaa ja siinä hoitajan on oltava aidosti läsnä. On osuvasti kuvailtu, että hoitajan tulee olla potilaansa tunteiden tulkki ja tämä ajatus välittyy myös tämän opinnäytetyön tuloksissa. Opinnäytetyössä korostui, kuinka tärkeää on varata aikaa ja panostaa hyvään vuorovaikutukseen ohjaamistilanteen sujuvoittamiseksi. Potilaan kognitiiviset taidot tulee huomioida ja sopeuttaa oma työskentelytapa potilaalle sopivaksi. Tuloksista löytyi myös useita konkreettisia keinoja vuorovaikutuksen tueksi kuten kuvasymbolit, jotka ovat edullinen ja hyvä työväline. Usein kuvasymbolien mielletään olevan muiden asiakasryhmien esimerkiksi lasten kommunikoinnin työväline, mutta niitä voidaan hyödyntää kaikkien potilaiden kanssa. Kuvat toimivat selkeämmin, kun sanat ja käsityskyky rajoittuvat olipa ikä mikä hyvänsä.

Sairaalaympäristö on luonteeltaan fyysinen tila, jota ei pysty muokkaamaan jokaisen potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaiseksi. Tuloksien perusteella kuitenkin ympäristöllä on muistisairaahan potilaan hoidon kannalta merkitystä. On keinoja muokata fyysistä ympäristöä, joilla potilaan käytösoireita voidaan ennaltaehkäistä. Suosittelemme, että valaistukseen kiinnitetään huomiota. Myös potilaan paikkaan voidaan jonkin verran paikkajärjestyksellä vaikuttaa. Suosittelemme myös mahdollisuuksien mukaan toiminnallisten apuvälineiden esimerkiksi Maija Poppasen pussin käyttöä levottomilla potilailla tuomaan turvallisuutta potilaalle ja turvaamaan hoitotoimenpiteiden onnistumista.

Tutkimustiedon pohjalta nousi esille muistisairaahan potilaan mahdollisimman hyvä tunteminen jo etukäteen hoitotyön haasteena koettujen käytöshäiriöiden ennaltaehkäisyssä. Mahdollisuuksien mukaan ennen suunniteltua toimenpidettä käydään preoperatiivinen käynti, eli toimenpidettä edeltävä kartoituskäynti ennen leikkausta. Tässä olisi mielestämme yksi preoperatiivisen hoidon kehittämisen kohde. Jatkotutkimusaiheena erikoissairaanhoidossa opinnäytetyömme perusteella ehdotamme esitietolomakkeen kehittämistä. Lomake kohdennettaisiin muistisairaahan omaisille, palvelutalon tai kotihoidon työntekijöille, jolla saataisiin kartoitettua muistisairaahan potilaan tilannetta, hänen historiaansa ja oireitaan jo ennen siirtymistä erikoissairaanhoidon. Muistisairas potilas pitäisi nähdä oman itsensä parhaana asiantuntijana. Mikäli potilas ei itse pysty kertomaan itsestään, nousee omaisten/läheisten/hoitohenkilökunnan välittämä tieto tärkeäksi erikoissairaanhoidossa. Lomakkeella voisi kartoittaa ja ottaa huomioon myös sen, miten omaiset voisivat olla apuna muistisairaahan potilaan toimenpiteen onnistumiseksi ja hoitotyön sujuvoittamisessa.

Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena ehdotamme että, mikäli halutaan ulkomailta tulevaa tietoa aiheesta, tulisi suorittaa tutkimus, jossa rajataan kotimaiset lähteet pois ja keskitytään ulkomaisiin lähteisiin.

Työelämänasiantuntijoilta nousi esiin jatkokehitysidea, jossa tutkimustyömme tuloksista rakennettaisiin opinnäytetyönä käytännön ohjeet esimerkiksi huoneentauluksi (Toimeksiantaja 2019). Työelämänasiantuntijoiden toiveena on myös tulevaisuuden sairaala, jossa osastoilla voitaisiin ottaa paremmin ympäristön vaikutus muistisairaaseen potilaaseen huomioon (Toimeksiantaja 2019).



## Lähteet

Aavaluoma, S. (2015). *Muistisairaahan psykoterapeuttinen hoito ja hoiva*. (34, 57, 224, 251-253, 255 - 257, 260 - 261, 275 - 276). 1. painos. Tallinna

Aineistohallinnan käsikirja. (2018). *Sopimukset ja oikeudet*. Viitattu 27.4.2018

<http://www.fsd.uta.fi/aineistohallinta/fi/sopimukset-ja-oikeudet.html#tekijanoikeudet>

Eskola J. (2001): *Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen tutkimuksen analyysi vaihe vaiheelta*. Teoksessa Juhani Aaltola & Raine Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. (133-157) .Jyväskylä: PS-kustannus

Erikson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2014). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen*. Viitattu 17.1.2019

<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaminen.pdf>

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne & J., Soininen (toim.). (2015). *Muistisairaudet*. 2. uudistettu painos. Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.

Forder, M. (2014). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito*. (109 - 112, 118, 125 - 126). 1. painos. Porvoo: Boowell OY

Hallikainen, M. & Nukari, T. (2017). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. (24 - 25, 156). 1. painos. Tallinna: Printon

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P., & Sinivuori, E. (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. uud. p. ed. Helsinki: Tammi.

Jämsen, E., Kerminen, H., Strandberg, T. & Valvanne, J. (2015). *Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sairaalahoitoon liittyvä toimintakyvyn heikentyminen*. Julkaistu: Suomen lääkärilehdessä. 2015: 14-15. Viitattu 17.1.2019

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kun-tauti-paranee-mutta-potilas-ei/>

Kangasniemi, M. (2017). Tehyn eettinen toimikunta. *Ammattina hyvähoito ja palvelu pohdintoja terveydenhuollon etiikasta*. Viitattu 11.1.2019

[https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2017/2017\\_f4\\_ammattina\\_hyva\\_hoito\\_ja\\_palvelu\\_pohdintoja\\_terveydenhuollon\\_etiikasta\\_id\\_8235.pdf](https://www.tehy.fi/fi/system/files/mfiles/julkaisu/2017/2017_f4_ammattina_hyva_hoito_ja_palvelu_pohdintoja_terveydenhuollon_etiikasta_id_8235.pdf)

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S-M., Pietilä, A-M., Jääskeläinen, P., Liikanen, E. (2013). *Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon*. Hoitotiede-lehti 25:4. Viitattu 16.1.2019

<http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>

Kivelä, S-L. (2014). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. (toim.). *Muistisairaahan kuntouttava hoito.* (252 - 254). 1. painos. Porvoo: Boowell OY

Kyngäs, H.; Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. (2011). *Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa.* Hoitotiede-lehti 23:2. Viitattu 21.1.2019

[https://www.researchgate.net/publication/261723764\\_Sisallönanalyysi\\_suomalaisessa\\_hoitotieteellisessä\\_tutkimuksessa](https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa)

Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M.; Johansson, K.; Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä.* Helsinki: WSOY

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2006). *Näyttöön perustuva hoitotyö.* Sairaanhoitaja-lehti, 27.8.2014. Viitattu 27.4.2018

<https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>

*Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito.* (2010). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Viitattu 28.4.2018

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635>

*Muistisairaudet.* (2017). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim, Societas Gerontologica Fennica, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 15.1.2018

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044>

Murphy J. & Oliver T. (2013). *The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together.* Talking Mats Centre, Stirling University Innovation Park, University of Stirling, UK, Medical Educational Institute, The Mackenzie Building Kirsty Semple Way, University of Dundee, UK. Viitattu 11.3.2019

<http://kamezproxy01.kamit.fi:2084/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=104299140&site=ehost-live>

Muistiliitto. (2016). *Hyvän hoidon kriteeristö.* Viitattu 15.1.2018

[https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)

Muistiliitto. (2017). *Alzheimerin tauti.* Viitattu 15.1.2018

<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/alzheimerin-tauti>

Muistiliitto. (2017). *Lääkkeetön hoito*. Viitattu 15.1.2018

<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakkeeton-hoito>

Muistiliitto. (2017). *Lääkehoito*. Viitattu 15.1.2018

<https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/laakehoito>

Mielenterveysseura. (2019). *Vuorovaikutustaitoja voi oppia*. Viitattu 14.4.2019

<https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voipia>

Mönkäre, R. (2017). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. (40, 46-50, 77-78). 1. painos. Tallinna: Printon

Mönkäre, R. & Nukari, T. (2017). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. (26, 79). 1. painos. Tallinna: Printon

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. (2016). Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja; tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku. Turun yliopisto.

Papunet-verkkopalvelu. (2019). *Kuvatyoäkalu*, Kehitysvammaliitto ry. Viitattu 10.1.2019

<http://papunet.net/>

Pusa, J., & Iivari, S. (2017). *Ymmärräthän minua: Opas hoitohenkilökunnalle muistisairaahan arvostavasta kohtaamisesta*. Opinnäytetyö. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2017091214991>

Remes, P., Hirsjärvi, S. & Sajavaara, P. (2016). *Tutki ja kirjoita*. Porvoo: Bookwell Oy.

Saarela T., Koponen H, Erkinjuntti T., Alhainen K. & Viramo P. (2013). *Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet*. (Suomen lääkärilehti 25/97). Viitattu 30.1.2018

<http://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97>

Sarajärvi A. & Tuomi J. (2018). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tammi.

Sairaanhoitajaliitto. (2019). *Sairaanhoitajien eettiset ohjeet*. Viitattu 3.1.2019

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Suhonen R., Axelin A. & Stolt M., (2016). *Kirjallisuuskatsauksen vaiheet*. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja; tutkimuksia ja raportteja. Sarja A73. Turku. Turun yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. (2018). *Sairaalat ja erikoissairaanhoito*. Viitattu 15.1.2018

<http://stm.fi/sairaalat-erikoissairaanhoito>

Suomalainen lääkäriseura Duodecim. (2018). *Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet*. Viitattu 27.4.2018

[http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p\\_artikkeli=nix01592](http://www.ebm-guidelines.com/dtk/hpt/avaa?p_artikkeli=nix01592)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2015). *Muistisairaudet*. Viitattu 15.1.2018

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Tilastokeskus. (2007). *Väestöennuste 2007-2040*. Viitattu 15.1.2018

[https://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn\\_2007\\_2007-05-31\\_tie\\_001.html](https://www.stat.fi/til/vaenn/2007/vaenn_2007_2007-05-31_tie_001.html)

Toimeksiantaja. (2017). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Palaveri. 8.11.2017.

Toimeksiantaja. (2019). Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Tampere, Helsinki; Tammi.

*Unettomuus*. (2018). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Viitattu 12.1.2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067>

Vataja, R. & Mönkäre, R. (2017). Teoksessa Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. (toim.). Teoksessa *Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt*. (66 - 68). 1. painos. Tallinna: Printon

*Äkillisen sekavuustilan (delirium) diagnosointi*. (2017). Käypä hoito -suositus. Jämsen, E. Viitattu 9.1.2019

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix00424>

## LIITE 1. TIETOKANTAHAUT

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Medic	muistisaira*	2012-2018	143	10	3	2
Hakupäivä 29.9.18	ohjaus	2012-2018	390	5	0	0
	ikäntynyt	2012-2018	658	4	0	0
	vuorovaikutus	2012-2018	58	2	0	0
	erikoissairaanhoido	2012-2018	122	6	0	0
	hoitoympäristö	2012-2018	7	1	0	0

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Arto Hakupäivä 4.10.2018	muistisaira?	2012-2018	658	6	3	2
	ohjaus AND muistisaira?	2012-2018	4	0	0	0
	ikäntynyt	2012-2018	12	1		
	Vuorovaikutus AND muistisaira?	2012-2018	19	1	0	0
	erikoissairaanhoido	2012-2018	164	1	0	0
	hoitoympäristö	2012-2018	46	2	0	0

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutulos kpl	Valittu (ot-sikko ja vuosiluku)	Valittu (tiivistelmä ja sisällysluettelo)	Valittu (lopullinen)
Theseus Hakupäivä 4.10.2018	ohjaus AND muistisaira AND vuorovaikutus AND	2012-2018	324	14	14	0

	ikäntynyt AND eri- koissairaan- hoito)					
	Ikäntynyt AND muisti- saira AND vuorovaiku- tus AND erikoissai- raanhoito)	2012-2018	349	0	0	0

Hakukone	Hakusana	Rajaus (vuosi)	Hakutu- los kpl	Valittu (otsikko ja vuosi- luku)	Valittu (tii- vistelmä ja sisäl- lysluet- telo)	Valittu (lopulli- nen)
Cinahl Hakupäivä 4.10.2018/ 5.3.2019	Alzheimer AND De- mentia AND com- munication	2012- 2018	17	3	2	1
FINNA Hakupäivä 8.10.2018/ 5.3.2019	Dementia AND com- munication	2012- 2018	43	4	2	1

## LIITE 2: KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN HYVÄKSYTYT ARTIKKELIT JA TEOKSET

Tietokanta	Tekijä(t), tutkimus, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä, otos	Keskeiset tulokset/ johtopäätökset
Medic	Hallikainen Merja, Mönkäre Riitta, Nukari Toini & Forder Marjo (toim.).  Muistisairaahan kuntouttava hoito.  2014. Suomi. Duodecim.	Tavoitteena kuvailla kuntouttavaa toimintatapaa muistisairaahan potilaan kanssa työskennellessä.	Duodecimin julkaisema teos	Ihminen on kognitiivisen, psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn kokonaisuus. Kirjassa tarkastellaan sairauteen liittyviä käyttäytymisen muutoksi sekä muistisairaahan kohtaamista ja ohjausta.
	Teoksesta valittu artikkeli:			
	Kivelä Sirkka-Liisa.  Unen ja vuorokausirytmien muutokset muistisairaalla ja vanhenevalla.			
	Forder Marjo, Hallikainen Merja, Mönkäre Riitta, Nikumaa Henna, Nukari Toini, Suominen Merja & Vataja Risto (toim.).  Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt.  2017. Suomi. Duodecim.	Kirja on laadittu ohjauksen, hoidon ja kuntoutumisen tueksi käytännön työhön muistisairaalle hoitaville ammattilaisille.	Duodecimin julkaisema teos	Kirjassa kuvataan toimintakykyä ylläpitävän ja kuntouttavan hoidon toteuttamista päivittäisissä toimissa.
	Teoksesta valitut artikkelit:			
	Hallikainen Merja & Nukari Toini.			

	Muistisairaahan toimenpidekäynti: valmistelu ja toteutuminen.			
	Mönkäre Riitta & Nukari Toini.  Muistisairas hammaslääkärissä.			
	Mönkäre Riitta.  Muistisairaahan ohjaamisen toimintatavat.			
	Mönkäre Riitta.  Vuorovaikutuksen periaatteet muistisairaahan kanssa.			
	Mönkäre Riitta.  Vuorovaikutus aggressiivisesti käyttäytyvän muistisairaahan kanssa.			
	Vataja Risto & Mönkäre Riitta.  Harhaisuus ja psykoottiset oireet muistisairaalla.			
	Mönkäre Riitta.  Muistisairaahan vaatetus, pukeutuminen ja riisuutuminen.			
	Mönkäre Riitta & Nukari Toini.  Muistisairaahan peseytyminen, hygienian hoitaminen ja pesutilojen turvallisuus.			
	Hallikainen Merja & Nukari Toini.  Muistisairauden vaikutus kivun kokemiseen ja ilmaisuun.			
ARTO	Aavaluoma Sanna.  Psykoterapeuttinen hoito ja hoiva.	Kirjassa kuvaillaan näkökulmaa muistisairauksien ymmärtämiseen ja	Suomen Psykologisen Instituutin julkaisema ja kustantama teos	Hoitotyössä psykoterapeuttinen ymmärrys ja ajat-



	2016. Suomi. Suomen Psykologinen Instituutti	hoitoon psykotera- pian näkökul- masta		telu auttaa raken- tamaan toimivia hoitosuhteita muistisairaisiin ihmisiin.
	Jämsen Esa, Kermi- nen Hanna, Strand- berg Timo ja Valvanne Jaakko.  Kun tauti paranee, mutta potilas ei: sai- raalahoitoon liittyvä toi- mintakyvyn heikenty- minen. 2015. Suomi. Suomen lääkirilehti.	Artikkelissa kuvail- laan sairaalahoii- toon joutuneen potilaan toiminta- kyvyn heikenty- mistä ja kuntoutu- misessa huomioi- tavia seikkoja.	Suomen lääkirileh- den artikkeli	Kuntoutumisessa olennaista on po- tilaan toimintaky- vyn saaminen sa- malla tasolle kuin ennen sairaala- hoitoon joutu- mista.
Muu	Erkinjuntti Timo, Re- mes Anna, Rinne Juha ja Soininen Hilikka.  Muistisairaudet.  2015. Suomi. Duodecim.	Kirjassa kuvaillaan eteneviä muistisai- rauksia, haasteita sekä hoitoa.	Duodecimin julkai- sama teos	Kirjassa kuvail- laan muistisai- raan potilaan kuntoutusta.
	Klippi Anu, Korpi- jaakko-huuhka Anna- Maija, Lehtihalmes Matti & Rautakoski Pirkko (toim.)  Afasia Aikuisiän kielihäiriöi- den aivoperusta ja kuntoutus.  Teoksesta valittu artik- keli:  Korpijaakko-Huuhka Anna-Maija & Klippi Anu.  Ikääntyminen, viestintä ja muistisairaudet.  2017. Suomi.	Afasia, aikuisen ihmisen kielihäiriöt- syyinä aivokudok- sen vaurioitumi- nen tai toiminta- häiriö. Kielen tuot- tamisen ja ymmär- tämisen vaikeu- det. Syntymeka- nismi sairauden (muistisairaus jne.) tai vamman seurauksena.	Gaudeamus kus- tantamo Helsingin yliopisto	Kielellisen vuoro- vaikutuksen haasteet ja kun- toutus.

	Gaudeamus			
	<p>Hanford Nicholas &amp; Figueiro Mariana</p> <p>Artikkeli: Light Therapy and Alzheimer's Disease and Related Dementia: Past, Present, and Future.</p> <p>Lehdestä: Journal of Alzheimer's Disease 33 (2013) 913–922 DOI 10.3233/JAD-2012-12164.</p> <p>2017.</p>	Valon vaikutuksesta muistisairaaseen.	Journal of Alzheimer's Disease: Department of Communication and Media, Rensselaer Polytechnic Institute, Troy, NY, USA Lighting Research Center, Rensselaer Polytechnic Institute, Troy, NY, USA.	Hoitoympäristöllä ohjaaminen ja käytöshäiriöiden ehkäiseminen.
	<p>Marshall Karrie</p> <p>A Creative Toolkit for Communication in Dementia Care.</p> <p>Luku 1: Supporting identity. Luku 6: support for when a person seems confused.</p> <p>2016.</p>	Muistisairaahan kohtaaminen ja vuorovaikutus, käytännön neuvoja ja vinkkejä. Tieteellisiin tutkimuksiin perustuva teos.	Jessica Kinsley publisher.	Ohjeita erilaisiin vuorovaikutuksellisiin toimintaan muistisairaahan kanssa (hoitotyö).
Cinahl	<p>Murphy Joan &amp; Oliver Tracey</p> <p>The use of Talking Mats to support people with dementia and their carers to make decisions together.</p> <p>2013.</p>	Artikkelissa kerrotaan kuvallisten symbolien auttavan hoitotyössä ja kommunikoinnissa muistisairaahan potilaan kanssa.	Allied Health; Core Nursing; Europe; Nursing; Peer Reviewed; UK & Ireland Special Interest: Gerontologic Care; Psychiatry/Psychology Joseph Rowntree Foundation.  Wiley Blackwell.	Kommunikointi ja vuorovaikutus hoitotyössä.

## LIITE 3: AINEISTON ANALYYSI-TAULUKKO

Pelkistetty ilmaus/luokka:	Pääotsikko:
<p>Potilaan kognitiiviset taidot: (1. puheentuottamisen haasteet 2. puheen ymmärtämisen haasteet 3. apuvälineet) 1a</p> <p>Muistisairaahan potilaan identiteetin huomioiminen (tukeminen) 1b</p> <p>Hoitajan ammattitaito (muistisairauden ymmärtäminen) 1c</p>	Vuorovaikutus 1a (1-3) , 1b, 1c
<p>Potilaan orientoituminen 2a</p> <p>Toimintojen ohjaaminen 2b</p> <p>Hoitajan ammattitaito 2c</p>	Ohjaaminen 2a, 2b, 2c
	Alaotsikko ohjaaminen:
<p>Sekavuus, muistamattomuus 3a</p> <p>Käyttäytymisen hallinta ja ehkäisy 3b</p> <p>Oireena liike tai levottomuus 3c</p> <p>Aggressiivinen käytös 3c</p> <p>Hoitajan ammattitaito (oireiden ehkäisy ja hallinta) 3d</p>	Käyttöoireet 3a, 3b, 3c, 3d
<p>Hoitoympäristön erityispiirteet 4a</p> <p>Ympäristöllä ohjaaminen 4b</p> <p>Potilaan fyysiset tarpeet (ohjaaminen) 4c</p> <p>Valon vaikutus 4d</p>	Hoitoympäristö 4a, 4b, 4c, 4d

## LIITE 4: TUTKIMUSPROSESSI: TUTKIMUSKYSYMYSTEN MUODOSTAMINEN

