



Vuorovaikutus muistisairaan kanssa päivystyksessä

Iida Mäki

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Vuorovaikutus muistisairaan kanssa päivystyksessä

Iida Mäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
2019

Vuorovaikutus muistisairaana kanssa päivystyksessä

2019

2019

Sivumäärä 27

Tulevaisuudessa muistisairaiden määrä kasvaa ihmisten eliniän pidentyessä. Viime vuosina Suomessa on karsittu laitoshoitopaikkoja ja hoidon pääpaino siirretty avohoidon palveluihin. Tämä muutos on myötävaikuttanut päivystyspalveluiden tarpeen kasvuun. Näiden kaikkien muutosten myötä yhä useammalla päivystykseen saapuvalla potilaalla on muistisairaus.

Muistisairaana ihmisen kielenkäytön täsmällisyys on heikentynyt. Tästä johtuen muistisairaana ja hoitajan keskinäisen ymmärtämisen edellytykset muuttuvat haastaviksi, mikä vaikeuttaa vuorovaikutustilanteita. Hoitajan ymmärrys on edellytys sille, että muistisairas tulee ymmärretyksi.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää ja tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutustapoja muistisairaana potilaana kanssa päivystysympäristössä. Tarkoituksena oli tuottaa Laurea-ammattikorkeakoululle opetusmateriaalia vuorovaikutuksesta muistisairaana kanssa päivystysympäristössä. Opinnäytetyön tilaajana oli Laurea-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyön tuotoksena syntyi taskukortti.

Tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä hyödynnettiin alan kirjallisuutta ja erilaisia tietokantoja. Teoriaosuuden pääteemana on muistisairaus ja sen synnyttämät haasteet vuorovaikutukseen. Lisäksi teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään, mitä päivystys tarkoittaa ja millainen hoitoympäristö se on.

Taskukortti pohjautuu teoreettiseen viitekehykseen, ja se on suunniteltu ulkoasultaan helppolukuiseksi. Asiasisällössä korostuvat vuorovaikutustavat, joiden avulla voidaan helpottaa kommunikaatiota muistisairaana kanssa.

Asiasanat: muistisairaus, vuorovaikutus, päivystys

Interaction with a memory disease patient in an emergency department

2019

Pages

27

The number of memory disease patients will increase in the future, as people live longer. Residential care places have been cut, and outpatient care services have been added in recent years in Finland. This change has increased to the need for emergency services. With these changes the most of emergency patient will have memory disease.

When the exactness of memory disease patient's language weakens, understanding becomes difficult. This complicates social interaction with a patient. The nurse's understanding is a precondition so that a memory disease patient will become understood.

The aim of this thesis was to develop and support the skills of interaction with the memory disease patient in an emergency department. The purpose of this functional thesis was to provide a teaching material for the nurse students. This thesis is made for Laurea University of Applied Sciences. The output of this thesis was a pocket card.

The theoretical framework of this thesis was compiled using the literature and various database. The main theme of the theory section was memory disease and changes in interaction. In addition, the theoretical framework deal with what the emergency department means and what kind of nursing environment it is.

The pocket guide was based on the theoretical framework. The pocket guide is designed to be readable. The appearance of the pocket card has been selected exactly. Social interaction skills are emphasized in subject matter of the pocket guide and these skills will help to communication with the memory disease patient.

Keywords: memory disease, communication, emergency department

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Muistisairaudet.....	7
3	Vuorovaikutuksen luonne muistisairaahan hoidossa.....	8
4	Vuorovaikutukseen vaikuttavat muutokset	9
4.1	Sanalliseen viestintään liittyvät haasteet	10
4.2	Käyttöoireet	13
5	Päivystys	15
5.1	Päivystyksen piirteet ja hoitoprosessin kuvaus	15
5.2	Päivystys muistisairaahan potilaan hoitoympäristönä	17
6	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	17
7	Opinnäytetyöprosessi	17
7.1	Opinnäytetyön kohderyhmä ja luonne	17
7.2	Taskukortin työstäminen	18
7.3	Opinnäytetyöprosessin kulku.....	18
8	Pohdinta.....	20
	Lähteet	22
	Kuviot	24
	Liitteet.....	25

1 Johdanto

Tulevaisuudessa muistisairaiden määrä kasvaa maailmanlaajuisesti ihmisten eliniän pidentymisen myötä. Vuonna 2015 muistisairaita oli yhteensä 46,8 miljoonaa. On arvioitu, että muistisairaiden lukumäärä kolminkertaistuu vuoteen 2050 mennessä. Suomessa arvioidaan tällä hetkellä olevan 193 000 muistisairasta. Valtaosa muistisairaista on yli 80-vuotiaita, mutta myös työikäisistä 7000 sairastaa muistisairautta. Säännöllisen kotihoidon asiakkaista noin 40 prosentilla on todettu muistisairaus. Vanhainkotien ja tehostetun palveluasumisen asukkaista 75 prosenttia sairastaa muistisairautta. (Muistiliitto 2017; Prince, Wimo, Guerchet, Ali, Wu & Prina 2015; Finne-Soveri, Kuusterä, Tamminen, Heimonen, Lehtonen & Noro 2015.)

Suomessa laitoshoitopaikkojen määrää on karsittu ja hoidon pääpaino siirretty avohoidon palveluihin. Yhä suurempi joukko muistisairaita asuu kotona niin kauan kuin mahdollista joko yksin tai omaishoidettavana tai kotiin saatavan palvelun turvin. Tämän palvelurakenteen muutoksen myötä päivystyspalveluiden tarve on kasvanut. (Mylläri, Kirsi & Valvenne 2014; Virjonen 2013.)

Yhteenvetona voi siis todeta, että muistisairautta potevien määrä kasvaa tulevaisuudessa ja yhä useammalla päivystykseen saapuvalla potilaalla on muistisairaus. Tämä on iso tekijä, johon mielestäni pitää kiinnittää huomiota jo sairaanhoitajaopintojen aikana. Teen tällä hetkellä töitä päivystyksessä ja koen esimerkiksi muistisairaiden potilaiden vastaanottamisen haastavana, koska muistisairaus köyhdyttää potilaan ilmaisukykyä ja sitä kautta vaikeuttaa keskinäistä kommunikointia. Muistisairaajat eivät saa jäädä muiden päivystyspotilaiden varjoon, vaan kommunikointi heidän kanssaan pitäisi toteuttaa oikealla tavalla heidän sairauttaan ymmärtäen.

Haluan kehittää ja tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusta muistisairaiden kanssa päivystysympäristössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opetusmateriaalia Laurea-ammattikorkeakoululle. Tämän opinnäytetyön tuotoksena syntyy taskukortti opetusmateriaaliksi. Taskukortissa kuvataan keinoja, joiden avulla voidaan helpottaa vuorovaikutustilannetta muistisairaahan ihmisen kanssa. Taskukortti on helppo ja nopea oppimisen sekä mieleen palauttamisen apuväline. Opintojen jälkeen taskukorttia voi käyttää työelämässä apuna.

Eteneviä muistisairauksia on paljon. Opinnäytetyössäni käsittelem muistisairaudet yhtenä kokonaisuutena, koska etenevillä muistisairauksilla on paljon samankaltaisia piirteitä, kuten samanlaisia kognitiivisia ja motorisia muutoksia. Siksi en käsittele teoriassa tarkkarajaisesti joidenkin muistisairauden epidemiologiaa ja oireistoa.

Johdannon jälkeen toisessa luvussa käsittelem teoreettisella tasolla eteneviä muistisairauksia. Kolmannessa luvussa käsittelem vuorovaikutuksen luonnetta muistisairaahan potilaan hoidossa.

Neljännessä luvussa avaan teoreettisella tasolla muistisairauden tuomat muutokset vuorovai-
kutukseen. Viidennessä luvussa käsittelen päivystyksen hoitoprosessien kulun ja sen, minkälai-
nen hoitoympäristö se on. Nämä teoreettiset osat toimivat teoriataustana taskukortissa. Lu-
vussa seitsemän avaan opinnäytetyöprosessiani ja kerron, miten olen taskukortin tehnyt. Poh-
dinnassa tuon esille ajatuksiani taskukortin käyttötavasta opetusmateriaalina.

2 Muistisairaudet

Suomessa on tällä hetkellä arviolta 193 000 muistisairasta ihmistä, joista 100 000 sairastaa
lievää muistisairautta ja loput keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairautta. Työikäisiä muistisai-
raita on arviolta 7000. Muistisairauksien esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäryhmissä. Muisti-
sairaista 35 prosenttia on yli 85-vuotiaita, sairastuneista 11,7 prosenttia lukeutuvat 75–84-
vuotiaiden joukkoon ja 65–74-vuotiaita muistisairaita on 4,2 prosenttia. Uusia sairastuneita
Suomessa todetaan vuosittain 14 500. (Muistiliitto 2017; Erkinjuntti, Remes, Rinne & Soininen
2015.)

Muistisairaudella tarkoitetaan etenevää aivosairautta, joka heikentää muistia ja muita tiedon-
käsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanoh-
jausta. Yleisimmät etenevät muistisairaudet ovat Alzheimerin tauti, Lewyn kappaletauti, Par-
kinsonin taudin muistisairaus, aivoverenkiertosairaudesta johtuva muistisairaus ja otsa-ohimo-
lokorappeumat. Potilaalla voi myös olla samanaikaisesti piirteitä monista muistisairauksista
ja olla eri muistisairauksien yhdistelmiä. (Käypä hoito -suositus 2017; Hallikainen, Mönkäre &
Nukari 2017.)

Kohonnut verenpaine, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, ylipaino, tupakointi, dyslipidemia ja
vähäinen fyysinen aktiivisuus ovat muistisairauden keskeisiä altistavia riskitekijöitä. Ikä katso-
taan merkittäväksi riskitekijäksi, sillä se yhdistettynä muiden aivojen toimintaa heikentävien
tekijöiden kanssa määräävät lopulta kliinisten oireiden synnyn. Terveelliset elintavat ja aivo-
jen terveydestä huolehtiminen ovat tärkeässä roolissa muistisairauksien ehkäisyssä. (Käypä
hoito -suositus 2017.)

Muistisairauden varhainen toteaminen on tärkeää. Muistisairauteen ei ole parantavaa hoitoa,
mutta esimerkiksi muistisairauden lievässä vaiheessa lääkehoidolla voidaan kyetä vakiinnuttu-
maan sairauden tila ja hidastamaan etenemistä. Kaiken kaikkiaan muistisairaahan hoidossa pe-
ruspilarina pidetään sitä, että hoitoketju on ehyt ja saumaton: tällöin muistisairas potilas saa
sairauden vaiheen vaatimat oikeat palvelut oikeaan aikaan niin kotona kuin pitkäaikaishoi-
dossa. Elämänlaadun turvaaminen kaikissa sairauden vaiheissa on muistisairaahan potilaan hoi-
don tavoite. (Käypä hoito -suositus 2017.)

3 Vuorovaikutuksen luonne muistisairaahan hoidossa

Vuorovaikutus hoitosuhteessa on kahden tai useamman ihmisen välinen yhteys, joka on puheesta, eleistä, ilmeistä ja äänensävyistä koostuvaa vastavuoroista viestintää. Vuorovaikutuksessa kommunikoidaan tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen kielellä. Läsnä ovat sekä muistisairaahan että hoitajan kokemukset, uskomukset, arvot ja niihin liittyvät tunteet. Muistisairaahan kielen täsmällisyyden heikentyessä hänen ja hoitajan keskinäisen ymmärtämisen perusedellytykset muuttuvat haastaviksi. Hoitaja joutuu asettumaan muistisairaahan maailmaan usein sirpaleisten käyttäytymis- ja tunnereaktioiden perusteella. Muistisairaahan myötä hoitajan ja muistisairaahan vuorovaikutussuhde muuttuu: hoitajan ymmärrys on edellytys sille, että muistisairas tulee ymmärretyksi. (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2016.) Vuorovaikutuksen taitaminen on osa hoitajan ammatillisuutta, mutta se on myös tärkeässä osassa arjen sujumisen, hoitamisen ja ohjaamisen välineenä sekä keinona (Hallikainen ym. 2017).

Hyvän ja toimivan vuorovaikutussuhteen perustana ovat arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Arvostamiseen kuuluu se, että muistisairaahan tuomista muutoksista huolimatta muistisairaalle ihmiselle puhutaan niin kuin tasavertaiselle aikuiselle. (Hallikainen ym. 2017.) Hänen autonomiaansa pitää kunnioittaa sairauden vaiheesta riippumatta, ja vuorovaikutustilanteissa hänen omanarvontunteensa tulee säilyttää (Käypä hoito -suositus 2017). Muistisairaahan toiveita ja mielipiteitä kysytään ja ne otetaan huomioon. (Hallikainen ym. 2017).

Luottamussuhteen muodostuminen on vastavuoroinen prosessi, minkä syntymisessä ja säilymisessä tärkeitä ovat avoimuus, aito välittäminen, spontaanisuus sekä jatkuvuuden kokemukset (Laaksonen ym. 2016). Hallikaisen ym. (2017) mukaan luottamuksen rakentamisen ja tukemisen tärkeisiin vaikuttaviin tekijöihin kuuluvat myös empatia, mukautuminen muistisairaahan muuttuvaan vointiin ja turvallisuuden kokeminen sekä jatkuminen. Muistisairaahan on tärkeä voida luottaa siihen, että hoitaja pitää sanansa ja hän saa apua (Laaksonen ym. 2016). On hyvä myös muistaa, että toiset muistisairaahan luottavat helpommin hoitajaan kuin toiset. Epäluuloisen muistisairaahan kanssa on tärkeää erityisesti pyrkiä luomaan luottamusta ja turvallisuuden tunteita. (Hallikainen ym. 2017.) Tärkein periaate onkin epäluulojen ymmärtäminen ja hyväksyminen. Vähättely ja kieltäminen lisäävät epäluuloisuutta. Tosiasioiden liiallinen korostaminen voi merkitä epäluuloiselle muistisairaalle hänen kokemustensa vähättelyä. (Laaksonen ym. 2016.)

Yksi tärkeä tekijä luottamuksen rakentumisessa on empatia. Empatia tarkoittaa kykyä asettua toisen ihmisen tilanteeseen, tunnistaa tunteiden merkitykset, tunneilmaisut sekä olla kokemuksellisesti läsnä. Pelkkä hyväntahtoinen ymmärtäminen ei kuitenkaan riitä, vaan empatia vaatii monipuolisen tiedon kognitiivisten muutosten vaikutuksista ja erilaisten oireiden merkityksistä muistisairaille. Empatiaan nivoutuu myös tietoisuus hoitajan omista reaktioista ja muistisairaahan yksilöllisyyden arvostus sekä tarpeiden ymmärtäminen. Tärkeänä pidetään myös

ymmärrystä siitä, millainen on se sisäinen maailma, missä muistisairas kokemuksellisesti elää. (Laaksonen ym. 2016.)

Hoitajan itsetuntemuksella on myös tärkeä merkitys hyvän vuorovaikutussuhteen luomisessa. Tämän itsetuntemuksen lisäksi tasapainoinen suhde itseensä ja vuorovaikutustilanteiden monitasoinen ymmärtäminen ovat tärkeitä elementtejä muistisairaahan ja hoitajan välisen yhteisymmärryksen muodostamisessa. Mahdollisimman laaja ja yksityiskohtainen tieto hoidollisesta vuorovaikutuksesta ja viestinnästä auttavat hoitajaa jäsentämään kommunikoinnin tilanteita. Hoitajan on myös tärkeä tunnistaa omat tunteensa ja arvioida niiden vaikutusta muistisairaahan käytökseen. (Laaksonen ym. 2016.)

Ei-kielellinen viestintä kattaa laajemman osan vuorovaikutussuhteen sisällöstä ja merkityksestä kuin puhutun eli kielellisen kommunikoinnin osuus. Ei-kielellinen viestintä pitää sisällään tietoa siitä, mitä viestillä todella tarkoitetaan. Vuorovaikutuksessa sanattoman ja sanallisen tiedon välinen harmonia on tärkeä. Kehonkieli mahdollistaa sosiaalisten suhteiden tunnepohjan rakentamisen, ylläpitämisen ja kehittämisen. Ilmeet ja eleet voivat vaikuttaa enemmän muistisairaahan käyttäytymiseen kuin äänen lausuttu asia. (Laaksonen ym. 2016.)

4 Vuorovaikutukseen vaikuttavat muutokset

Otsalohkon alueella ilmenevät häiriöt heikentävät minätietoisuutta. Orientaatioon lukeutuu minuuden hahmottaminen aika-, paikka- ja henkilötietotasolla. Ensiksi häiriintyy aikaorientaatio, sitten paikan tiedostaminen. Lopuksi unohtuu omaan minuuteen liittyviä tietoja. Otsalohkomuutosten myötä muistitieto ja metatieto eli tiedon tieto heikentyvät. Metatiedon tarkoituksena on selventää ja syventää ymmärryksen ja viestinnän merkitystä. Sen heikentyessä muistisairaahan kielelliset selvennykset ja tarkennukset sanotuille asiasisällöille jäävät vähitellen pois. Myös muistisairaahan potilaan käyttäytymisen säätelyyn voi ilmaantua muutoksia. Tällöin arviointikyky pettää, ajatus liittää asioita epäloogisesti toisiinsa ja arvostelukyky saattaa heikentyä. Arvostelukyvyn heikentyminen tekee usein sosiaalisesta kanssakäymisestä kiusallista ja hankalaa, koska muistisairas voi sanoa ja tehdä asioita, jotka eivät kuulu hyviin käytöstapoihin. (Laaksonen ym. 2016.)

Otsalohko-oireisiin kuuluu toiminnanohjauksen, kuten spontaaniuden, aloitekyvyn ja tavoitetietoisuuden heikentyminen. Näissä ilmenevien häiriöiden vuoksi muistisairaalla asiat saattavat jäädä kesken tai eteneminen on epäjohdonmukaista ja hajanaista. Lisäksi hyvin monivaiheisista toiminnoista selviytyminen vaikeutuu. Toiminnanohjaukseen liittyvien ongelmien kanssa esiintyy usein samanaikaisesti tarkkaavaisuuden häiriöitä, joissa huomiokyky voi vaihdella asiasta toiseen esimerkiksi ulkopuolisen häiriötekijän, kuten melun vuoksi. Muistisairaahan

huomio kiinnittyy pois siitä, mitä ollaan tekemässä tai puhumassa. Välillä muistisairaahan potilaan tarkkaavaisuus saattaa kohdentua yksityiskohtiin, jolloin hän saattaa esimerkiksi yhtäkkiä kommentoida hoitajan vaatetusta ja ulkonäköä. (Laaksonen ym. 2016.)

Apraksiat eli tahdonalaisten liikkeiden häiriöt voivat liittyä raajojen käyttöön ja pukeutumiseen. Kävelyapraksioissa jalat juuttuvat lattiaan eikä askelten ottaminen tahdonalaisesti onnistu. Näissä tilanteissa parhain lähestymistapa on rauhallinen pysähtyminen, mallin antaminen ja toiminnan toteuttaminen tahattomalla tasolla. Ohjeiden antaminen ja vaatiminen lukkiuttavat muistisairasta eikä askelten ottaminen onnistu. Käden apraksiat voivat tehdä esimerkiksi itsenäisen ruokailun ja avun pyytämisen soittokellolla mahdottomaksi. Sen sijaan pukeutumisapraksiassa muistisairas ei hahmota vaatteiden rakennetta suhteessa itseensä, minkä vuoksi hän voi juuttua omiin vaatteisiinsa. Lieväasteista muistisairautta sairastavaa kannattaa opastaa vaihe vaiheelta, pidemmälle edenneessä muistisairaudessa hoitajan apu on tärkein. Visuokonstruktiiviset apraksiat vaikeuttavat erilaisia kädentaitoja vaativia tehtäviä. Kieltyminen esimerkiksi askartelusta tai käsitöistä on tavallista muistisairaalle, joka tiedostaa oman häiriönsä. (Laaksonen ym. 2016.)

Kaikissa apraksioissa hoitajan on hyvä tiedostaa, että kehotukset ja ohjaaminen eivät välttämättä kyseisissä tilanteissa tuo toivottua omatoimisuutta, vaan pahimmillaan aiheuttavat muistisairaassa ahdistusta ja epäonnistumisen tunteita. Hoitajalta vaaditaan muistisairaahan ihmisen vaikeuksien tunnistamista, jotta omatoimisuuden tukemisen nimissä ei odoteta muistisairaahan selviytyvän tehtävästä (esim. pukeutuminen), johon hän ei itse kykene. (Laaksonen ym. 2016.)

Havaintotoimintojen häiriöt eli agnosiat estävät vaikeimmillaan muotojen, esineiden tai kasvojen tunnistamisen. Agnosiatason häiriöt visuaalisissa havaintotoiminnoissa ilmaantuvat muistisairauksissa kuitenkin suhteellisen myöhään. Agnosioita lievemmat ja yleisemmät häiriöt ilmenevät avaruudellisessa orientaatioissa, kellonaikojen tunnistamisessa tai tilassa liikkumisessa. Muistisairas voi eksyä jopa tutussakin paikassa, ja ajantajuamisen vaikeus voi aiheuttaa pelkoa. Pitkältä tuntuvat odotusajat myös hermostuttavat muistisairasta. Huomion suunnauttaminen pois odottamisesta ja rauhoittelu voi auttaa. (Laaksonen ym. 2016.)

4.1 Sanalliseen viestintään liittyvät haasteet

Kieli toimii siltana ihmisten välillä ja luo yhteyden toisiin ihmisiin. Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen ovat ihmiselle tärkeitä ja voimakkaita elämyksiä. Muistisairaus voi heikentää ja pahimmassa tapauksessa jopa tuhota tämän yhteydenpitokeinon. (Laaksonen ym. 2016.)

Afasialla tarkoitetaan kielisysteemin häiriöitä. Käsitteenä afasia tarkoittaa puheen ymmärtämisen ja tuottamisen häiriöitä. Afaattisiin vaikeuksiin liittyy usein myös kirjoitetun kielen häiriöitä, vaikka lukukyky saattaa säilyä pitkään. Puheen tuottaminen ja ymmärtäminen rakentuvat useasta perustoiminnosta, jotka pääasiallisesti sijaitsevat aivojen vasemmalla puoliskolla. Afasia aiheuttavan vaurion laajuus voi vaihdella muistisairaiden välillä, jolloin kielelliset oireet voivat erota toisistaan hyvinkin paljon. Oireet voivat vaihdella sanojen löytämisen vaikeudesta täydelliseen puhumattomuuteen tai puhetulvaan, jossa sanojen äänneasu ei ole kuulijalle ymmärrettävää. (Laaksonen ym. 2016.)

Muistisairaana tavallisimpiin kielellisiin vaikeuksiin lukeutuvat sanojen unohtaminen ja tuttujen sanojen löytämisen vaikeus. Lisäksi käsitteiden ymmärtäminen vaikeutuu, kun muistisairas menettää asioiden, esineiden ja ilmiöiden ominaisuuksiin liittyvää informaatiota eli merkityspiirteitä. Esimerkiksi käsite lintu sisältää muun muassa seuraavat merkityspiirteet: höyhenet, siivet, lentäminen, syöminen ja laulaminen. Kun ihminen kuulee sanan lintu, nämä sekä muut linnulle ominaiset merkityspiirteet aktivoituvat mielessä ja tuovat sanalle merkityksen. Kun tämä aivoissa tapahtuva käsitteiden monitasoinen prosessointi vaurioituu, käsitteiden ymmärtämisestä tulee haastavaa. Käsitteiden merkityspiirteiden aktivoitumattomuus voi näkyä muistisairaana puheessa myös niin, että hän saattaa sanoa jonkun muun, mutta samaan käsitelokkaan kuuluvan sanan: esimerkiksi tarkoittaessaan sukkaa muistisairas puhuukin hanskasta, joka kuitenkin kuuluu samaan vaatteiden käsitelokkaan. Muistisairas voi myös yliyleistää sanamerkityksen niin, että pyytää esimerkiksi kaikenlaisia juomia sanalla vesi. (Laaksonen ym. 2016.)

Muistisairaalla voi olla haasteita tuttujenkin sanojen löytämisessä, mutta hänen kanssaan kannattaa keskustella arkipäivän sanastolla. Yleiset ja tutut sanat pysyvät muistissa pisimpään. Kommunikaatiossa on hyvä huomioida, että samoja sanoja ei pidä toistaa montaa kertaa, jos näyttää siltä, että muistisairas ei ymmärrä niitä. Puheen ymmärtämisen vaikeuteen voi nimitäin liittyä dissosiaatiota, joka tarkoittaa sanan ja sen merkityksen yhteyden heikkenemistä. Ilmiössä muistisairas ymmärtää aluksi sanan, mutta monen toiston jälkeen kadottaa sen merkityksen. Jos muistisairas ei tunnu ymmärtävän sanottua asiaa, hoitajan on hyvä toistaa asia samoin sanoin yksi tai kaksi kertaa ja tarvittaessa esittää asia eri sanoin ilmaistuna. (Laaksonen ym. 2016.)

Pronominien, kuten hän, tuo ja se, ymmärtäminen voi olla muistisairaalle haastavaa. Pronomineilla viitataan edellä mainittuun asiaan, jolloin kuulijalta vaaditaan kykyä ymmärtää viitetaussuhde ja muistaa, mistä on aiemmin puhuttu. Muistisairaana potilaan ymmärtämistä voidaan helpottaa, kun käytetään mahdollisimman paljon asioiden, esineiden ja henkilöiden nimiä. Nimisanoja kannattaa keskustelussa toistaa uudelleen ja uudelleen, esimerkiksi: ”Tyttäresi on tulossa katsomaan sinua. Menetkö tyttäresi kanssa ulos? Näytä tyttärellesi tekemäsi villasukat.” (Laaksonen ym. 2016.)

Miksi-kysymykset ovat muistisairaalla ihmiselle haastavimmat. Niihin vastaaminen vaatii syy-seuraussuhteiden hahmottamista ja päättelystä. Kysymykset kannattaa rakentaa milloin-, missä- ja kuka-sanojen ympärille. Kun muistisairaus on edennyt pidemmälle, kannattaa suosia kysymyksiä, joissa annetaan selvät vaihtoehdot: ”Otatko vettä vai mehua?”. Helppoin kysymysmuoto on sellainen, johon voi vastata joko kyllä- tai ei-sanalla. (Laaksonen ym. 2016.)

Muistisairaana on vaikea ymmärtää virkkeitä, joissa vaaditaan asioiden välisten suhteiden hahmottamista. Useat peräkkäiset lauseet eivät automaattisesti tarkoita vaikeasti ymmärrettävää puhetta. Yhteen lauseeseen on hyvä sisällyttää yksi asia kerrallaan, eikä kannata linkittää lauseiden sisältöä toisiinsa, jotta muistisairas ei joudu prosessoimaan useita asioita samanaikaisesti. Esimerkiksi seuraava virke vaatii monen asian prosessointia: ”Ota mekko, joka on kaapissa, sillä se on puhtaampi kuin tuo tuolin päällä oleva” vaatii monen asian samanaikaista prosessointia verrattuna siihen, että asian sanoo: ”Kaapissa on mekko. Se on puhdas. Ota se mekko.” On työlästä prosessoida myös virkkeitä, joissa ilmaistaan ensin todellisuudessa myöhemmin tapahtuva asia. Esimerkiksi ”ennen kuin menet ulos, juo mehusi” on muistisairaalle ihmiselle paljon haastavampi kuin ilmaus ”juo ensin mehusi ja mene sitten ulos”. Asioiden tapahtumajärjestys kannattaa siis esittää ”ensin tämä, sitten tuo” -rakenteella. Kun muistisairauden tuomat ymmärtämisvaikeudet lisääntyvät entisestään, vaikeutuu myös paikkaa ilmaisevien käsitteiden, kuten takana, edessä, alla, ymmärtäminen. (Laaksonen ym. 2016.)

Muistisairauden edetessä abstrakti ajattelu, päättelykyky ja kokonaisuusien hahmottaminen heikentyvät. Abstraktisen ajattelun heikentyessä muistisairaana potilaan on esimerkiksi vaikea ymmärtää tuttua sananlaskua. Muistisairas saattaa muistaa sananlaskun mutta ei osaa enää kertoa, mitä se tarkoittaa. Kun päättelykyky heikentyy, muistisairaalle ei kannata antaa ohjeita, joihin liittyy selityksiä. Lisäksi on hyvä suosia myöntävää lausetta, sillä kieltolause vaatii huomattavasti enemmän päättelykykyä ja prosessointia. Esimerkiksi on parempi kehottaa ”tule tänne sisälle istumaan” kuin sanoa ”älä istu ulkona”. Muistisairaana kokonaisuusien hahmottumisen heikentyminen näkyy hänen kertomissa asioissa. Hän voi kyetä kertomaan asiasta yksityiskohtia, mutta kerrotun asian ydin jää puuttumaan. Tällöin muistisairasta voi tukea esimerkiksi tiivistämällä hajanaisen kertomuksen kokonaiseksi muutamalla lauseella. Tiivistys voi jäsentää myös muistisairaalle itselleen hänen omia sisäisiä mielikuvia. Jos muistisairaana hajanaisesta kertomuksesta ei rakennu ymmärrettävää kokonaisuutta, riittää, että toistaa niitä sanoja, joista saa selvää. Jo tälläkin voi viestiä, että muistisairasta kuunnellaan. (Laaksonen ym. 2016.)

Muistisairaalla aikaa kuluu enemmän kuullun ymmärtämiseen kuin terveellä ihmisellä. Esimerkiksi keskivaikeaa vaihetta sairastavalla kuullun ymmärtämiseen voi aikaa vierähtää jopa viisi kertaa enemmän verrattuna ei-muistisairaaseen ihmiseen. Keskusteluissa syntyvä hiljaisuus ei siis aina välttämättä tarkoita sitä, että muistisairas ei halua keskustella aiheesta tai ei ole ymmärtänyt asiaa. Sen sijaan hän saattaa prosessoida kuulemaansa ja muotoilla ajatuksiaan

kielelliseen muotoon. Muistisairas tarvitsee keskusteluissa reagointiaikaa, joten keskustelurytmiä on hyvä hidastaa ja antaa muistisairaalle mahdollisuus vastata kysymykseen rauhassa. (Laaksonen ym. 2016.)

Sanallista kommunikointia voi tehostaa osoittamalla sormella: esimerkiksi huoneen matosta puhuttaessa voidaan samalla osoittaa mattoa. Lisäksi kommunikointiin voidaan liittää eleiden käyttö. Eleitä olisikin hyvä hyödyntää silloin, kun muistisairas ilmaisee itseään vielä puheella. Tällöin muistisairaahan on vielä helppo omaksua uusi ilmaisutapa. (Laaksonen ym. 2016.)

4.2 Käyttöoireet

Muistisairaahan haitallisia käyttäytymisen muutoksia ja psyykkisiä oireita kutsutaan käyttöoireiksi. Näihin oireisiin lukeutuvat esimerkiksi levottomuus, vaeltelu, ahdistuneisuus, unihäiriöt, fyysinen ja sanallinen aggressiivisuus, pakkoitku ja -nauru sekä aistiharhat ja harhaluulot. (Erkinjuntti ym. 2015.) Käyttöoireita voi ilmaantua kaikissa muistisairauden vaiheissa, vaikeimmillaan ne ovat keskivaikeassa ja vaikeassa vaiheessa (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010). Käyttöoireiden ilmenemisajankohta ja -tapa sekä niiden kesto ja vaikeusaste vaihtelevat yksilöllisesti. Tavallista on, että muistisairaalla esiintyy vähintään kahta tai useampaa käyttöoiretta samanaikaisesti. (Hallikainen ym. 2017.) Kolmella neljästä vanhainkodeissa asustavista muistisairaasta on vähintään kerran viikossa ilmenevä käyttöoire ja kahdella kolmesta käyttöoire toistuu useita kertoja viikossa. Kotona asuvilla käyttöoireiden ilmaantuvuus on samaa luokkaa. Käyttöoireet heikentävät muistisairaahan ja hänen läheistensä elämänlaatua sekä henkilökunnan työhyvinvointia. Lisäksi käyttöoireet mielletään tärkeimmäksi syyksi kotona asumisen päättymiseen, kun läheiset uupuvat käyttöoireisiin. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010.)

Käyttöoireiden syntyyn vaikuttavat neurobiologiset tekijät, kognitiiviset muutokset, muu terveydentila ja lääkitys haittavaikutuksineen, vuorovaikutussuhteet, fyysinen hoitoympäristö sekä ihmisen elämäntilasta, peruspersoonallisuudesta ja kulttuurista nousevat tekijät (Erkinjuntti ym. 2015; Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010). Käyttöoireen kehittymiseen vaikuttavat myös muistisairaahan käytöstilanteessa sekä sitä edeltävissä ja seuranneissa tilanteissa läsnä olevat tunnesisällöt eli toiveet, tarpeet ja kokemukset (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010).

Käyttöoireiden kirjo on laaja, ja oireiden selitykset erilaisia. Hoidollisesti on välttämätöntä tunnistaa, mistä käyttöoireeksi kutsutussa tilassa on kyse. Delirium on ensimmäisenä suljettava pois. Tärkeää on myös välttää muistisairaahan jo olemassa olevien kognitiivisten oireiden leimaamista käyttöoireiksi. Esimerkiksi hahmottamisen häiriön johdosta muistisairas ei välttämättä tunnista kasvojaan peilistä ja väittää vieraan ihmisen tulleen hänen kotiinsa. Tällöin tilanteen hoidoksi voi riittää peilin poistaminen. Jos ilmiö nimetään harhoiksi, voi se johtaa

erheellisesti psykoottisen oireen hoitamiseen antipsykootilla. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010.)

Kanssaihmisten asenteilla ja ympäristön tunnelmalla on merkitystä potilaan käytösoireiden syntyyn. Hoitajan tai lääkärin ymmärtämätön, pakottava ja epäarvostava suhtautuminen aiheuttaa herkästi käytösoireita. Altistaviin tekijöihin kuuluvat myös ympäristön meluisuus, liiallinen ärsykkeiden määrä ja toistuvasti vaihtuvat ihmiset, hoitopaikan kiireisyys ja henkistä ilmapiiriä heikentävät ihmissuhdeongelmat. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016.)

On hyvä myös tiedostaa, että muistisairaamien omat tunnesisällöt vaikuttavat käytösoireiden kehittymiseen. Muistisairas potilas voi esimerkiksi kognitiivisten vaikeuksien vuoksi ilmaista huonovointisuutta ärtyneisyytenä tai levottomuutena. Muistisairaamien tulevat myös herkästi väärin ymmärretyiksi tai jopa sivuutetuiksi heikon ilmaisukykynsä vuoksi. Tästä syntynyt loukkaantuminen voi näkyä muistisairaamien huutamisena. Huolen ja pelon tunteet voivat näkyä esimerkiksi sinnikkäänä haluna lähteä kotiin. Aggressioita voi synnyttää esimerkiksi liian vaativan tilanteen tuoma ahdistus tai turhautuminen siihen, kun ei ymmärrä eikä tule ymmärretyksi. (Eloniemi-Sulkava & Savikko 2010.)

Käytösoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia (Tilvis ym. 2016). Tärkeää on vuorovaikutus- ja toimintatapojen sekä ympäristön sopeuttaminen muistisairaalle sopivaksi (Hallikainen ym. 2017). Hoitoympäristön muuttaminen turvallisesti, virikkeiden karsiminen optimaaliseksi sekä negatiivisen ilmapiirin ilmiöihin puuttuminen ovat osa hyvää lääkkeetöntä hoitoa. Hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaitojen kehittäminen vähentää käytösoireisiin johtavia tilanteita. Käytösoireita laukaisevien tekijöiden tunnistaminen ja poistaminen sekä muiden sairauksien hyvä hoito lievittävät myös käytösoireita. Käytösoireiden hoidossa lähestymistapoina on käytetty muisteluterapiaa ja aktivoivaa viriketoimintaa, kuten musiikki, fyysinen aktivointi, lemmikkieläimet. (Tilvis ym. 2016.)

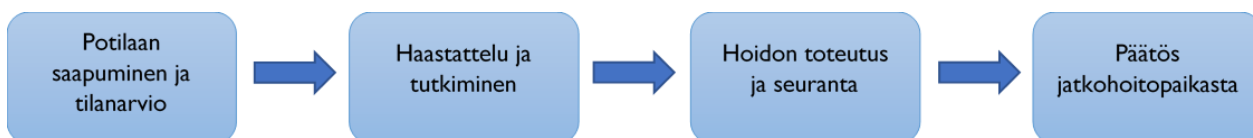
Ennen kuin käytösoireita aletaan hoitaa lääkkeellisesti, pitää varmistua siitä, että taustalla ei ole mitään fyysistä, psyykkistä tai ympäristöperäistä käytösoireiden laukaisijaa. Lääkkeelliselle hoidolle pitää asettaa selkeät tavoitteet, miten lääkityksen vaikutusta seurataan. Lääkkeen valinnassa pitää pyrkiä valmisteeseen, jolla on hyvä siedettävyyden. Epätyypilliset antipsykootit, kuten risperidoni ja ketiapiini ovat usein suositelluimpia lääkkeitä vähäisten haittavaikutuksien takia. Bentsodiatsepiineistä ykkösvaihtoehto käytösoireiden hoidossa on oksatsepaami. Masennuslääkkeistä suositetaan SSRI-lääkkeet ja erityisesti sitalopraami, essitalopraami tai iltaisin annettava väsyttävä mirtatsapiini. (Tilvis ym. 2016.)

5 Päivystys

Päivystys on ympärivuorokautisesti toimiva hoitoyksikkö, jossa potilaille annetaan kiireellistä hoitoa heidän asuinpaikoistaan riippumatta. Tämä kiireellinen hoito pitää sisällään tutkimuksen, hoidon tarpeen selvittämisen, välittömän hoidon antamisen ja tarpeenmukaiseen hoitoon tai palveluun ohjaamisen. (Sosiaali- ja terveysministeriö; Koskela 2017.) Kiireellisellä hoidolla tarkoitetaan äkillisen sairastumisen, vamman tai potilaan kroonisen sairauden pahenemisen vaatimaa välitöntä arviota ja hoitoa, jota ei voida siirtää myöhemmäksi ilman potilaan sairauden tai vamman pahenemista (Terveydenhuoltolaki 1326/2010).

5.1 Päivystyksen piirteet ja hoitoprosessin kuvaus

Päivystyksen erityispiirteisiin kuuluvat nopeasti muuttuvat tilanteet, urakkatahtinen työ ja ennakoimattomuus. Tyypillistä on myös kuormituksen vaihtelevuus eri vuoden- ja vuorokaudenaikoina sekä viikonpäivinä. Lisäksi hoitosuhteet ovat lyhyitä, joiden aikana tulee tehdä potilaan kokonaistilanteen vaatimat toimenpiteet ja suunnitella jatkohoito. Päivystykseen saapuvat potilaat tarvitset hoitoa monen erikoisalan osaajilta. Avuntarpeen syy voi olla somaattinen vaiva, mutta tarve voi olla myös sosiaalinen tai psyykinen. (Castrén, Aalto, Rantala, Soipanen & Westergård 2009.)



Kuvio 1: Päivystyksen hoitoprosessi (tehty Potilaan hoito päivystyksessä -kirjan teoriaan pohjautuen)

Päivystykseen potilaat saapuvat ambulanssin kuljettamana, suoraan omin neuvoin tai saattajan tuomana esimerkiksi kotoaan. Ajoittain potilaita saapuu myös sairaalan sisältä muista yksiköistä esimerkiksi erilaisten toimenpiteiden suorittamiseksi. Tarvittaessa ensihoito antaa ambulanssilla päivystykseen tulevasta potilaasta ennakoilmoituksen, jolloin päivystyksessä tiedetään varautua kriittisesti sairaan potilaan vastaanottamiseen ja ensihoidossa aloitetun hoidon jatkamiseen. Ennakoilmoitus tehdään potilaasta, jonka tila vaatii välitöntä akuuttia hoitoa tai erityisvalmisteluita päivystyksessä. (Castrén ym. 2009.) Ennakoilmoitus pitää sisällään seuraavat tiedot: tapahtumatiedot, potilaan henkilötiedot, vitaalielintoimintojen tilan, tehdyt hoitotoimenpiteet ja meneillään oleva lääkitys, arvioitu saapumisaika ja välittömän erityisosaamisen tarpeen arvion (Koponen & Sillanpää 2005).

Saapuva potilas arvioidaan mahdollisen lähetteen, ensihoitokertomuksen ja vastaanottajan kliinisen tilanarvion perusteella (Koponen & Sillanpää 2005). Potilaan vastaanottajana toimii

triage-hoitaja, joka arvioi potilaan peruselintoimintojen tilan sekä hoidon tarpeen ja hoidon kiireellisyyden. Hoidon tarpeen arvioissa määritellään, tarvitseeko potilas päivystyshoitoa tai mahdollisesti muuta kiireellistä tai kiireetöntä hoitoa. Hoidon kiireellisyyden arvioinnissa tarkoituksena on tunnistaa välitöntä hoitoa tarvitsevat potilaat, joiden tila voi heiketä odottamisen myötä. Potilaat luokitellaan kiireellisyysluokkiin sen mukaan, kuinka pian heidät pitää tutkia ja hoito aloittaa. (Kuisma, Holmström, Nurmi, Porthan & Taskinen 2017.) Potilassiirityksen ratkaisee potilaan peruselintoimintojen tila ja se tarvitseeko hän vuodelepoa, mahdollisesti välitöntä ja tehostettua hoitoa sekä seurantaa vai voiko hän istua ja odottaa (Koponen & Sillanpää 2005).

Potilaan hoidon tarpeen ja kiireellisyyden määrittämisen jälkeen hoitaja haastattelee ja tutkii alustavasti potilaan. Tärkein ja kiireellisin osa on potilaan peruselintoimintojen systemaattinen tutkiminen ja tarvittavien toimien aloittaminen peruselintoimintojen turvaamiseksi. Potilaan ja tarvittaessa myös potilaan mukana tulleen saattajan haastattelussa selvitetään potilaan vaiva, aikaisempi toimintakyky ja vointi ja niissä tapahtuneet muutokset. Lisäksi haastattelussa on tärkeää selvittää perussairaudet, käytössä oleva lääkitys ja siitä huolehtiminen, kotona selviytyminen ja sitä tukeva omaisten tai virallisten hoidonantajien apu. (Koponen & Sillanpää 2005.) Tärkeää taustatietoa potilaasta saadaan myös, jos hänellä on mukana oma kotihoidon kansio tai muuta tietoa (Castrén ym. 2009). Hoitotyössä korostuvat jatkuva arviointi, jotta havaitaan potilaan tilassa tapahtuvat nopeatkin muutokset, mahdollistetaan kivun lievittäminen, potilaan kuunteleminen, perustoiminnoista huolehtiminen, ohjaaminen ja tiedon antaminen sekä läheisten läsnäolon ja heidän hätänsä lievittäminen. (Koponen & Sillanpää 2005.)

Kun lääkäri on tutkinut potilaan, hän päättää tarvittavista hoitotoimenpiteistä, laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista sekä lääkityksestä. Potilaan hoidosta vastannut lääkäri tekee päätöksen potilaan siirtymisestä jatkohoitopaikkaan. (Koponen & Sillanpää 2005.) Potilaat kotiutuvat suoraan kotiin päivystyksestä tai siirtyvät jatkohoitoon samaan sairaalaan tai toiseen hoitolaitokseen. Kotiutuvan potilaan kohdalla hoitajan tehtävänä on varmistaa, että potilas ymmärtää saamansa hoito-ohjeet ja tarvittaessa kertoo asiat potilaan kanssa. Kun potilas siirtyy jatkohoitoon vuodeosastolle tai toiseen hoitolaitokseen, hoitajan tehtävänä on raportoida potilaasta vastaanottavaan yksikköön. (Castrén ym. 2009.) Potilaan hoidon onnistuminen vaatii riittävää ja luotettavaa tiedonkulkua potilaan tilanteesta. Potilasta koskeva tieto tulee näkyä kirjattuna ja erityyppiset hoito-ohjeet pitää antaa kirjallisena. (Koponen & Sillanpää 2005.)

5.2 Päivystys muistisairaahan potilaan hoitoympäristönä

Päivystys hoitoympäristönä on meluisa, nopeatempoinen ja hektinen. Vieras ympäristö, hälinä, melu, laitteet ja laitteiden äänet saattavat herättää muistisairaassa potilaassa ylimääräistä stressiä, ahdistusta, levottomuutta, pelkoa, turvattomuutta ja jopa sekavuutta. Ympäristön rauhallisuudella on muistisairaalle suuri merkitys, ja sillä voidaan ehkäistä myös delirium. Päivystys on alueena hyvin avoin ja mahdollisuus lukita ulospääsy muistisairaalta potilaalta on mahdotonta. Joskus näissä tilanteissa joudutaan käyttämään jopa fyysisiä rajoitteita. Lisäksi pitkät odotusajat ajavat odottavan potilaan toimeettomiksi ja liikkumattomiksi, mikä altistaa toimintakyvyn heikentymiselle. Ylipäätään liikkumisen mahdollistamista voivat rajoittaa päivystysyksikön puutteelliset apu- ja hoitovälineet. Lisäksi päivystyksen ympärivuorokautinen toiminta voi sekoittaa vuorokausirytmien ja vähentää unen määrää. (Kelo ym. 2015; Hallikainen ym. 2017.)

6 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja tukea sairaanhoitajaopiskelijoiden vuorovaikutusta muistisairaahan potilaan kanssa päivystisympäristössä. Opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoille opetusmateriaalia liittyen vuorovaikutukseen muistisairaahan kanssa päivystyksessä.

7 Opinnäytetyöprosessi

7.1 Opinnäytetyön kohderyhmä ja luonne

Toiminnallisella opinnäytetyöllä on aina oltava kohderyhmä, jolle tuotos tehdään käytettäväksi (Vilkkä & Airaksinen 2003). Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen, jonka tuotoksena rakentuu taskukortti.

Opinnäytetyön pääkohderyhmänä ovat sairaanhoitajaopiskelijat, joille taskukortti on erityisesti suunnattu. Kohderyhmäksi soveltuu myös sairaanhoitajat. Työelämän kohderyhmäksi on määritelty päivystyksessä työskentelevät sairaanhoitajat, mutta taskukorttia voi hyödyntää muissakin työyksiköissä.

7.2 Taskukortin työstäminen

Taskukortista rakentui kaksipuoleinen A5-kokoinen tuotos (Liite 1 ja 2). Alun perin taskukortin koon piti olla A6, mutta taskukortin suunnittelu- ja tekovaiheessa huomasin, ettei taskukortti voi olla kooltaan niin pieni. Taskukortin taulukosta olisi tullut epäselvä ja liian pieni luettavaksi. Taskukortti on värillinen, mutta toimivuus mustavalkotulostuksessa on otettu huomioon suunnitteluvaiheessa. Taskukortin muutosaikeudet pidätetään.

Tekstin helppolukuisuus kuuluu hyvän julkaisun peruselementteihin. Tärkeitä huomioonotettavia seikkoja ovat kirjainten käyttötarkoitus ja fontin luettavuus. Helppolukuisuuteen vaikuttavat fontin koon lisäksi sanaväli, merkkiväli, riviväli, rivin pituus, tekstin asettelu ja palstan väli. Kirjainten sopiva fonttikoko yhdistettynä riittävään tilaan tekstin ympärillä kiinnittävät huomion tekstiin ja helpottavat sen lukemista. (Pesonen & Tarvainen 2003.) Taskukortit on tehty Word-ohjelmalla. Otsikoissa on käytetty kirjaintyyppinä groteskeihin kuuluvaa Verdanaa ja taulukoissa Gill Sans MT:tä sekä leipätekstissä antiikvoihin kuuluvaa Baskerville Old Facea. Pesonen ja Tarvaisen (2003) mukaan aktiiviset soveltuvat pitkiin leipäteksteihin, sillä kirjainten muodot eroavat toisistaan ja päätteet ohjaavat lukijan silmää pysymään rivillä. Heidän mukaansa groteskit ovat tehokkaimmillaan lyhyissä kokonaisuuksissa, kuten esimerkiksi otsikoissa ja taulukoissa.

Tyhjää tilaa kannattaa hyödyntää julkaisussa, sillä se kiinnittää huomiota, kehystää, rytmittää, jäsentee ja ohjaa katsetta. Tyhjää tilaa julkaisuun voi tuoda esimerkiksi marginaaleissa, kappale- ja palstaväleissä tai otsikoiden ympärillä. Liian täysi tila voi olla luotaantumattava ja ahdistava, minkä lisäksi se estää olennaisen viestin erottumista ja välittymistä lukijalle. (Pesonen & Tarvainen 2003.) Taskukortissa marginaaleilla ja kappale- ja palstaväleillä on luotu tyhjää tilaa. Taulukkoon on myös rakennettu ilmavuutta ja tyhjää tilaa asetteluasetusten ja valkoisten reunaviivojen avulla.

7.3 Opinnäytetyöprosessin kulku

Lokakuussa 2018 pohdin opinnäytetyön aihetta. Olin aiemmin tehnyt kymmenen viikon harjoittelun päivystyksessä ja siirtynyt harjoittelujen jälkeen sinne töihin. Töideni kautta havaitsin, että suurin osa päivystyspotilaista on ikäihmisiä. Samalla heräsi ajatus, voisiko opinnäytetyöni aihe liittyä esimerkiksi muistisairaisiin ikäihmisiin. Muistisairausta aiheena kiinnosti minua ja koin kyseisen potilasryhmän haastavaksi heidän heikentyneen itseilmaisukykyyn vuoksi. Välikillä oirekuvien selvittely oli hyvin haastavaa ja potilaan ohjaaminenkin tuntui epätoivoiselta.

Kokemuksieni vuoksi mietin, voisinko tehdä Laurea-ammattikorkeakoululle opetusmateriaalia muistisairaana ikäihmisen vastaanottamisesta ja tutkimisesta päivystyksessä. Laitoin opinnäytetyötäni ohjaavalle opettajalle sähköpostia aiheideastani. Samaan aikaan olin yhteydessä

päivystyshoitotyön opintojaksolla opettaviin lehtoreihin ja laitoin sähköpostia opinnäytetyöni aiheesta ja kysyin, voisivatko he toimia työni tilaajina. Sähköpostittelun myötä syntyi idea taskukortista. Ajattelin, että taskukortti opetusmateriaalina voisi toimia. Analysoin työtapojani ja havaitsin, että käytän työelämässä säännöllisesti taskussa olevaa muistivihkoani ja taskukortteja. Havaitsin, että myös kollegoistani osa toimii samalla tavalla. Taskukortti olisi siis käyttökelpoinen tuotemuoto, joka soveltuisi hyvin työelämääinkin.

Alun perin ajatuksena oli rakentaa taskukortti vastaanottotilanteita ja hoitotilanteita havainnoimalla. Myöhemmin päädyin siihen, että luotettavamman taskukortin saan rakennettua ajantasaiseen teorian tietoon tukeutuen. Havainnoimalla vastaanotto- ja hoitotilanteita olisin saattanut joutua pahimmassa tapauksessa siihen tilanteeseen, että tilanteista saatu tieto olisi jäänyt liian suppeaksi ja tehnyt taskukortistani teoreettisella tasolla hyvin huteran.

Lokakuussa ja marraskuussa 2018 aloin etsiä luotettavaa ja ajantasaista alan tutkimusta muistisairauksista ja siitä, mitä päivystys käsitteenä pitää sisällään. Kasasin tätä teorian tietoa pitkälle alan kirjallisuuden kautta, mutta hyödynsin myös Medic -tietokantaa (hakusanoina käytin muistisai* ja muistisai* AND päivy* sekä haun vuosiväliksi asetin 2010 - 2019) ja Julkari -tietokantaa (hakusanana muistisai*). Teorian tietoa etsin myös suoraan internet-sivujen kautta. Hyödynsin esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön internet-sivuja päivystykseen liittyvän teorian kasaamisessa ja Muistiliiton sivujen kautta sain teorian tietoa muistisairauksista. Internet-sivujen kautta aukesi uusia ovia ja löysin niiden kautta uusia luotettavaksi arvioiviani lähteitä, esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen muistisairauksia käsittelevien internet-sivujen kautta löysin linkin Alzheimer's Disease Internationalin teettämään raporttiin muistisairauksien maailmanlaajuisesta vaikutuksesta. Oppiportin kautta pääsin käsiksi alan kirjallisuuden sähköisiin versioihin (teokset Muistisairaudet ja Geriatria). Käypä hoito -suosituksesta löytyi muistisairauksia käsittelevä hoitosuositus, jota myöskin hyödynsin omassa teoriapohjassa.

Päivystyksen vastaanottotilanteessa keskeisenä teemana mielestäni on hyvä vuorovaikutus, joten tammikuussa 2019 tehostin muistisairaana vuorovaikutukseen liittyvän teoreettisen materiaalin keräämistä, mikä osoittautuikin hieman haastavammaksi. Suomalaista luotettavaa materiaalia löytyi niukasti.

Teoriataustan kokoaminen jatkui pitkälle huhtikuun 2019 loppuun. Maalis-huhtikuun aikana hyödynsin opinnäytetyön ohjausta. Silloin sain rakentavaa palautetta ja kehitysehdotuksia opinnäytetyöni viemiseksi eteenpäin. Termi 'ikäntynyt muistisairas', muuttui pelkäksi muistisairaaksi, minkä lisäksi näkökulma saatiin pelkistettyä ja kohdistettua puhtaasti muistisairaaseen. Tämä auttoi saamaan opinnäytetyön teoriaosuuden aiempaa napakammaksi ja ytimekkäämmäksi. Huhtikuun lopulla teoreettinen viitekehys alkoi olla valmis, ja oli aika siirtyä taskukortin tekoon.

Toukokuussa aloitin taskukorttiin liittyvään teoriaan paneutumisen ja taskukortin suunnittelun. Perehdyin teoriassa siihen, mitä elementtejä hyvä taskukortin teko pitää sisällään. Taskukortti rakennettiin sillä ajatuksella, että sitä kykenisi hyödyntämään päivystyksessä. Siitä syystä teoriasta on nostettu taskukortin taulukkoon niitä vuorovaikutusta helpottavia keinoja, joita päivystysympäristössä on mahdollista toteuttaa. Kun sain ensimmäisen version taskukortista valmiiksi, lähetin sen arvioitavaksi opinnäytetyöni ohjaavalle opettajalle ja työni tilaajalle. Lisäksi lähetin taskukortin kahdelle sairaanhoitajalle, joiden tehtävänä oli antaa mielipide taskukortin ulkoasusta, asiasisällöstä ja siitä, soveltuuko se heidän mielestään myös työelämään käytettäväksi. Kummatkin arvioijat saivat saatetekstin taskukorttiluonnosten mukana, jossa oli mainittuna opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä taskukortin kohderyhmä.

Ohjaavalta opettajalta ja työni tilaajalta sain rakentavaa palautetta taskukortin asiasisällöstä. Kahdelta sairaanhoitajalta saadussa palautteessa mielipide ulkoasusta oli yhtenevä: ulkoasu miellettiin siistiksi ja selkeäksi. Tekstiä ei ollut liikaa ja taulukkoa pidettiin helppolukuisena. Kummatkin kokivat, että taskukorttiin oli asiasisällöllisesti nostettu oleellisia ja hyviä asioita. Toinen palautteen antajasta oli sitä mieltä, että taskukorttia olisi oikeastaan päivystyksen lisäksi helppo soveltaa missä vain hoitoympäristössä, jossa ollaan tekemisissä muistisairaahan potilaan kanssa. Toisen mielestä taskukortin käyttö päivystyksessä saattaisi olla hankalaa. Vieras paikka, tuntemattomat ihmiset, infektiot ja kivut lisäävät sekavuutta, jolloin taskukortissa olevat vuorovaikutusta helpottavat ohjeet eivät toimisi. Hän ilmaisee kuitenkin palautteessaan, että taskukortin ohjeistukset ovat hyviä asioita muistutella työelämään siirtyville sairaanhoitajaopiskelijoille. Saadun palautteen pohjalta tein vielä asiasisällöllisiä muutoksia taskukorttiin.

8 Pohdinta

Opetusmateriaalina taskukortin voisi linkittää esimerkiksi päivystyshoitotyön syventäviin opintoihin. Suurin osa muistisairaista ovat ikäihmisiä. Jos päivystyshoitotyön syventävissä opinnoissa aihealueena käsitellään ikäihmistä potilasta päivystyksessä, voitaisiin taskukortti liittää esimerkiksi osaksi sitä. Taskukortti yksinään ei välttämättä ole riittävä oppimisen kannalta, joten opinnoissa voitaisiin hyödyntää esimerkiksi tätä opinnäytetyötä, jossa on tarkemmin avattu muistisairauden tuomat vaikutukset vuorovaikutukseen. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys toisi sairaanhoitajaopiskelijalle syvemmän teoreettisen pohjan ja ymmärryksen aiheeseen. Tämä opinnäytetyö yhdistettynä taskukorttiin voisi olla varsin hyvä yhdistelmä oppimisen kannalta.

Tämän tekoprosessin aikana opin valtavasti muistisairaahan potilaan kohtaamisesta. Oppiminen ei ole pelkästään ollut teoreettisen tiedon omaksumista ja sen ymmärtämistä, vaan oppimi-

nen on ollut syvällisempää. Olen pohtinut omia aikaisempia työtapojani ja ylipäättään suhtautumistani muistisairauteen. Teoriatiedon omaksuminen ja edellä mainitsemani ajattelutyö yhdessä ovat muuttaneet työtapojani vuorovaikutustilanteissa paremmiksi ja lisännyt ymmärrystäni siitä, kuinka monella tapaa muistisairaus heikentää muistisairaana ilmaisukykyä.

Opinnäytetyö eli koko tekoprosessin ajan ja esimerkiksi teoriapohja tarkentui hiljalleen työn edetessä. Aikatauluttamisessa mielestäni epäonnistuin. Opinnäytetyön alussa keskityin vain teoreettisen viitekehyksen tekoon, minkä vuoksi taskukortin suunnittelu jäi miltei viimeiseksi. Toukokuussa taskukortin tekovaiheessa huomasin, että minun oli pakko tiivistää aikataulua toden teolla. Opin, että on hyvä tehdä ennen työn alkua selkeä aikataulusuunnitelma, jonka mukaan alkaa työstää opinnäytetyötä.

Teoriapohjan lähteinä käytin oman alan kirjallisuutta ja luotettavista tietokannoista etsittyjä artikkeleita. Olen pyrkinyt arvioimaan lähteideni luotettavuutta kriittisesti sen pohjalta, kuka kyseisen tekstin on kirjoittanut ja julkaissut. Lisäksi lähteideni ikä vaikutti luotettavuuden arviointiin. Muutama lähde edustaa 2000-luvun alkupuolta, mutta päädyin kuitenkin hyödyntämään niitä hyvän teoriasisällön takia. Pidän lähteiden luotettavuuden tasoa suhteellisen hyvänä.

Mielestäni opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite toteutuivat. Taskukortin tekoprosessi nojautui teoriatietoon ja sen pohjalta sain tehtyä mielestäni selkeän ja lukijaa helppolukuisuudellaan palvelevan taskukortin, vaikkakin kärsin aikataulutuseroista. Sain palautetta ohjaajan ja tilaajan lisäksi kahdelta sairaanhoitajalta. Ohjaajan ja tilaajan palaute oli rakentavaa. Kahdelta sairaanhoitajalta saamani palaute oli suurimmaksi osaksi yhteneväistä, mutta hajontaa-kin oli. Suurin eroavaisuus saadussa palautteessa oli siinä, soveltuuko taskukortti päivystyksessä käytettäväksi. Tämän opinnäytetyön kannalta palautetta olisi ollut järkevä kerätä sairaanhoitajaopiskelijoilta ja päivystyksen sairaanhoitajilta esimerkiksi palautelomakkeen muodossa. Tällöin olisin saanut taskukorttini toimivuuteen myös sairaanhoitajaopiskelijoiden mielipiteen. Nyt opinnäytetyössäni keskityin siihen, miten taskukortti istuisi työelämään. Toki palautetta pyydetessä palautteen antajat olivat tietoisia kohderyhmästä ja arvioivat myös siitä näkökulmasta taskukorttia. Lisäksi palautelomake olisi tuonut isomman joukon näkökulman taskukortista.

Lähteet

Painetut

Castrén, M., Aalto, S., Rantala, E., Sopanen, P. & Westergård, A. 2009. Ensihoidosta päivystyspoliklinikalle. Helsinki: WSOY.

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2010. Käyttösoireista kärsivän muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY.

Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaana hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim.

Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. 2015. Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.

Koponen, L. & Sillanpää K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Helsinki: Tammi.

Kuisma, M., Holmström, P., Nurmi, J., Porthan, K. & Taskinen T. 2017. Ensihoito. 6. painos. Helsinki: Sanoma pro.

Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä - tule ymmärretyksi. Vuoro-vaikutus muistisairaana ihmisen kanssa. 2. painos. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.

Pesonen, S. & Tarvainen, J. 2003. Julkaisun tekeminen. Jyväskylä: Docendo.

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

Virjonen K. 2013. Muistin ongelmat: toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus.

Sähköiset

Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2011. MielenMuutos pitkäaikaishoidossa. Käyttösoireiden hoidosta muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin kokonaisvaltaiseen tukemiseen. Viitattu 28.2.2019. https://www.vahvike.fi/sites/default/files/dokumentit/mielenmuutos_ra-portti_3_indd.pdf

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. Viitattu 09.05.2019. <https://www.oppiportti.fi/op/opk04602>

Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O. & Noro, A. 2015. Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Viitattu 9.5.2019. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129706/URN_ISBN_978-952-302-565-3.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Koskela, A. 2017. Valtioneuvoston asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.2.2019. https://stm.fi/documents/1271139/5228951/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf/c38ca925-a195-48a4-97d5-34935c16938c/VNA_p%C3%A4ivystys_PM_22.8_2.pdf.pdf

Käypä hoito -suositus. 2017. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Viitattu 11.2.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>

Muistiliitto. 2017. Muistisairaudet. Viitattu 11.2.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet>

Mylläri, E., Kirsi, T. & Valvanne J. 2014. Miksi iäkäs lähtee päivystykseen? Kuntaliitto. Viitattu 12.2.2019. http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/paivystysartikkelinro2_ebook.pdf.

Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G-C., Wu, Y-T. & Prina, M. 2015. World Alzheimer report 2015: The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International. Viitattu 11.2.2019. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. Päivystys. Viitattu 11.2.2018. <https://stm.fi/paivystys>

Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. 2016. Geriatria. Helsinki: Duodecim. Viitattu 11.05.2019. https://www.oppi-portti.fi/op/ger00808/do?p_haku=k%C3%A4yt%C3%B6soireet#q=k%C3%A4yt%C3%B6soireet

Lait

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012

Terveystieteiden laiti 1326/2010

Kuviot

Kuvio 1: Päivystyksen hoitoprosessi (tehty Potilaan hoito päivystyksessä -kirjan teoriaan pohjautuen).....	15
--	----

Liitteet

Liite 1: Taskukortti puoli 1	26
Liite 2: Taskukortti puoli 2	27

Liite 1: Taskukortti puoli 1



Hyvä vuorovaikutus muistisairaan potilaan kanssa

Muistisairaus heikentää potilaan muistia sekä puheen ymmärtämistä ja tuottamista. Liikkeiden suorittaminen heikentyy, samoin havaintotoiminnot ja toiminnan ohjaaminen.

Kun ihmisen viestintätaidot ja kielen täsmällisyys heikentyvät, hoitajan ja muistisairaan keskinäisen ymmärtämisen perusedellytykset muuttuvat haastaviksi. Vuorovaikutussuhde muuttuu: hoitajan ymmärrys on edellytys sille, että muistisairas tulee ymmärretyksi.

Vuorovaikutusta ei ole pelkästään puhe, vaan myös eleet, ilmeet, äänensävyt, katse, kosketus sekä asennot ja liikkeet ovat osa sitä. Ilme- ja eleviestit ovat tärkeitä muistisairaan potilaan vuorovaikutuksessa.

Hyvän ja toimivan vuorovaikutussuhteen perustana ovat arvostaminen, kunnioittaminen ja luottamussuhteen rakentaminen. Puhu muistisairaalle ihmiselle kuin tasavertaiselle aikuiselle. Älä jyrää hänen autonomiaansa. Luo luottamussuhde empatian, avoimuuden, aidon välittämisen ja turvallisuuden tunteen kautta.

Muistisairauteen liittyy käytösoireita kuten levottomuutta, vaeltelua, fyysistä ja sanallista aggressiivisuutta. Hoitajan on hyvä tiedostaa, että muistisairaan omat tunnesisällöt, hoitoympäristö, pakottava ja epäarvostava suhtautuminen aiheuttaa herkästi käytösoireita. Hoitoympäristön rauhoittamisella ja omien vuorovaikutuskeinojen kehittämisellä voidaan vähentää käytösoireita.

Tämän taskukortin toiselle puolelle on koottu hyviä toimintatapoja, joilla voi parantaa kommunikointia muistisairaan potilaan kanssa.

Liite 2: Taskukortti puoli 2

Näin huomioit muistisairaahan vuorovaikutustilanteissa

Heikentynyt orientaatio	Tue identiteettiä: puhuttelee potilasta koko nimellä.
Puheen tuottamisen ja ymmärtämisen vaikeus	<p>Keskustele muistisairaalle tutuilla arkipäivän sanoilla ja yksinkertaisilla lauseilla.</p> <p>Vältä miksi-kysymyksiä. Suosi kysymysmuotoja, joissa on selvät vastausvaihtoehdot, tai kysymyksiä, joihin voi vastata kyllä, ei tai en tiedä.</p> <p>Jos muistisairas ei ymmärrä kuulemaansa, toista 1–2 kertaa ja tarvittaessa esitä asia eri sanoin.</p> <p>Kieltolauseet ja päättelyä vaativat lauseet ovat vaikeita ymmärtää. Käytä myöntävää lausemuotoa, esimerkiksi kehota "tule tänne istumaan" sen sijaan, että sanoisit "älä mene sinne".</p> <p>Anna potilaalle aikaa vastata rauhassa. Älä kiirehdi tai aloita seuraavaa aihetta.</p> <p>Hyödynnä elekieltä, osoita esimerkiksi mukia siitä puhuttaessa.</p> <p>Jos potilaalla on huono kuulo, madalla ääntäsi. Varmista, että kasvohisi osuu riittävästi valoa, jotta hän näkee huultesi liikkeit.</p>
Tarkkaavaisuuden häiriöt	<p>Rauhoita ympäristö ja minimoi melu ja hälinä.</p> <p>Jos tilanteessa on useampia keskustelijoita, yksi ihminen puhuu kerrallaan.</p>
Toiminnanohjauksen ja tahdonalaisten liikkeiden häiriöt	<p>Tunnista potilaan vaikeudet, äläkä omatoimisuuden nimissä vaadi asioita, joihin hän ei kykene.</p> <p>Vältä vaatimista ja pakottamista. Näytä mallia. Tarvittaessa auta.</p> <p>Vältä kiireen tuntua ja ole rauhallinen. Viestitä rauhallisuutta eleilläsi ja ilmeilläsi. Toimi rauhallisesti hoitotilanteissa.</p>
Havaintotoimintojen häiriöt	
Muotojen, esineiden ja kasvojen tunnistamisen vaikeus	Huolehdi riittävästä valaistuksesta, jotta muistisairas näkee mahdollisimman hyvin esimerkiksi sinut keskustelutilanteessa. Asetu niin, että kasvot ovat samalla tasolla puhutettavan kanssa.
Ajantajuamisen vaikeus	Pitkältä tuntuvat odotukset hermostuttavat muistisairasta. Rauhoittele ja suuntaa ajatus odottamisesta pois.

Taskukortissa käytetyt lähteet: Eloniemi-Sulkava, U. & Savikko, N. 2010. Käyttösoireista kärsivän muistisairaahan ihmisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukeminen. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOY. Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J. & Soininen, H. 2015. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim. www.oppiportti.fi. Hallikainen, M., Mönkäre, R. & Nukari, T. 2017. Muistisairaahan hoidon hyvät käytännöt. Helsinki: Duodecim. Laaksonen, R., Rantala, L. & Eloniemi-Sulkava U. 2016. Ymmärrä – tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. 2. painos. Helsinki: Suomen muistiasiantuntijat ry.