



MUISTISAIRAAN ONNISTUNEEN KOHTAAMISEN KULMAKIVET SAI- RAALAN VUODEOSASTOLLA

Jonna Voutilainen ja Nurto Osman

2020 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**MUISTISAIRAAN ONNISTUNEEN KOHTAAMISEN
KULMAKIVET SAIRAALAN VUODEOSASTOLLA**

Voutilainen Jonna
Osman Nurto
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2020 2020

Voutilainen Jonna

Muistisairaahan onnistuneen kohtaamisen kulmakivet sairaalan vuodeosastolla

Vuosi	20202020	Sivumäärä	33
-------	----------	-----------	----

Opinnäytetyön aiheena oli muistisairaahan onnistuneen kohtaamisen kulmakivet sairaalan vuodeosastolla. Tarkoituksena oli lisätä tietoa muistisairaahan potilaan onnistuneesta kohtaamisesta sairaalan vuodeosaston hoitohenkilöstölle ja löytää välineitä muistisairaahan hoitotyön kehittämiseen. Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä oli selvittää onnistuneen kohtaamisen kulmakivet sairaanhoitajien näkökulmasta.

Väestön ikärakenteen muuttumisen myötä muistisairaiden osuus väestöstä kasvaa. Ihmisyyden näkeminen sairauden takana ja toimiminen sen pohjalta mahdollistaa muistisairaahan hyvän hoidon toteutumisen. Sairaala ympäristö ja vieraat ihmiset voivat aiheuttaa turvattomuuden tunnetta muistisairaalle. Turvallisuuden tunteen luominen ja luottamuksen saavuttaminen on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta.

Opinnäytetyö tehtiin laadullista tutkimusta käyttäen. Haastattelut toteutettiin teemahaastatteluna. Tutkimuksen perusteella onnistuneen kohtaamisen lähtökohtia ovat sairaanhoitajan ammattitaito ja vuorovaikutustaidot. Sairaanhoitajan tapa toimia ja käyttää vuorovaikutustaitoja vaikuttaa hoidon onnistumiseen.

Lähes kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla kohdataan muistisairaita potilaita. Jatkotutkimuksena voisi selvittää millaista osaamista sairaanhoitajilla on sairaalan poliklinikoilla, jotka eivät ole keskittyneet muistisairauksien tutkimukseen ja hoitoon.

Asiasanat: kohtaaminen, muistisairaus, tutkimus

Voutilainen Jonna

The cornerstones of a successful encounter with a memory illness in a hospital ward

Year 20202020

Pages

33

The subject of this thesis was the successful encounter with a patient at a hospital ward who suffers from a memory disorder. The purpose of this study is to increase the knowledge about a successful encounter with a patient who has a memory disorder within the nursing staff and find tools for developing the nursing care that is being provided. The aim of this thesis was to find good cornerstones to encounter the patients with memory disorders from perspective of the nursing staff.

With the changing age structure of the population, the proportion of people with memory disorders will increase. Seeing the humanity behind the illness and acting on the basis of that allows the good treatment of a memory disorder patient. The hospital and the strange people surrounding them in an unknown environment can create a feeling of insecurity in a person suffering from a memory illness. The creation of a secure and trustworthy environment is important to secure the success of the treatment.

This qualitative research was done using thematic interview. The study found that successful encounters are highly related to the nursing staff skills and interaction skills. These skills can be seen as defining the outcomes of the patient's treatment.

Patients with a memory disorder are encountered in all areas of health care. As a follow-up research question one can think of what kind of skill nurses have at the hospital outpatient clinics not focusing on research and treatment of memory disorders.

Keywords: encounter, memory disorder, research

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Muistisairaudet	7
2.1	Alzheimerin tauti	7
2.2	Verisuoniperäinen dementia	8
2.3	Lewyn kappaletauti	8
2.4	Otsa-ohimolohkorappeuma	8
3	Ikääntymisen aiheuttamat muutokset vuorovaikutuksessa	10
3.1	Kielellinen vuorovaikutus	10
3.2	Kuuloaisti	10
3.3	Näköaisti	11
3.4	Tuntoaisti	11
3.5	Sanaton viestintä	11
4	Muistisairauden käytösoireet	13
4.1	Käyttäytymisen muutokset eri muistisairauksissa	13
4.2	Käytösoireiden hoito	13
5	Muistisairauden vaikutukset potilashoitaja suhteeseen	15
6	Tavoite ja tarkoitus	16
7	Tutkimusmenetelmä	17
7.1	Teemahaastattelu	17
7.2	Sisällönanalyysi	17
7.3	Haastattelun toteutus	17
8	Opinnäytetyön tulokset	19
8.1	Sanallinen ja sanaton viestintä	19
8.2	Rauhallinen ote ja asenne työhön	19
8.3	Läsnäolon viestiminen	20
8.4	Sairaanhoitaja puhuu selkeällä ja kuuluvalla äänellä	20
8.5	Pelkistetty puhetapa	20
8.6	Sairaanhoitajan tilannetaju	20
8.7	Sairaanhoitajan asiantuntijuus	21
9	Pohdinta	22
9.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	23
9.2	Tulosten pohdinta	23
	Lähteet	25
	Liitteet	29

1 Johdanto

Muistisairaiden määrä kasvaa Suomessa nopeasti, joka vuosi sairastuu noin 14500 ihmistä. Arvioiden mukaan muistisairaita on Suomessa tällä hetkellä 193000 (Heimonen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2018). Ikääntyminen vaikuttaa muistisairauden syntyyn ja valtaosa sairastuneista onkin yli 80-vuotiaita, mutta myös nuoremmilla todetaan muistisairauksia. Yli 7000:lla 35-65-vuotiaalla on todettu etenevä muistisairaus (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Muistisairauksien lisääntyminen on kansanterveydellinen ja taloudellinen haaste. Kustannukset ovat korkeat, koska sairastuneita on paljon ja tarvitaan ympärivuorokautista hoitoa, joka on kallista (Sosiaali- ja terveys ministeriö 2012).

Muistisairaus muuttaa ihmisen tunne-elämää tai käyttäytymistä yli 90% sairastuneista. Käytösoireita esiintyy kaikissa muistisairauksissa sekä muistisairauden vaiheissa. Oireet voivat olla ohimeneviä tai pidempiaikaisia. Käytösoireita tulee hoitaa, jotta muistisairaahan sekä hänen läheistensä elämänlaatunsa säilyy mahdollisimman hyvänä (Helsingin Alzheimer yhdistys 2014). Riittävä tieto muistisairauksista sekä muistisairauksien erityispiirteistä lisää hoidon laatua. Käytösoireet ja muutokset tunne-elämässä tuovat haasteita hoitohenkilökunnalle. Vuorovaikutustaidot sekä ammattimainen kohtaaminen ovat edellytys hyvälle hoidolle. Muistisairas on ihminen siinä missä muutkin ja ansaitsee hyvää ammattimaista hoitoa. Viestiminen ja käyttäytyminen muuttuu, mutta muistisairaalla on kuitenkin taitoja, joiden varaan vuorovaikutuksen voi rakentaa (Papunet 2013).

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa muistisairaahan potilaan onnistuneesta kohtaamisesta sairaalan vuodeosaston hoitohenkilöstölle ja löytää välineitä muistisairaahan hoitotyön kehittämiseen. Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä on selvittää onnistuneen kohtaamisen kulmakivet sairaanhoitajien näkökulmasta.

2 Muistisairaudet

Unohduksia ja lyhyitä muistivaikeuksia voi tulla jokaiselle. Yleisiä tekijöitä muistin huononemiseen ovat stressi, masennus, unihäiriöt, kiputilat tai lääkitys. On kuitenkin tärkeä selvittää mistä muistin huononeminen voisi johtua varsinkin, jos kyseessä on iäkäs henkilö. Taustalla voi olla etenevä muistisairaus. (Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J & Soininen, H. 2015, 29).

Muistisairaudet huonontavat aivojen toimintaa sekä kykyä selviytyä normaaleista päivittäisistä asioista. Näitä voivat olla esimerkiksi hygienian hoito, pukeutuminen ja ruokailu. Muistisairaus on pysyvä verrattuna muistivaikeuksiin, jotka ovat usein lyhytkestoisia. Muistisairaus aiheuttaa dementiaoireyhtymän edetessä pidemmälle. Muisti heikkenee ja tiedonkäsittely vaikeutuu. Tiedonkäsittelyn osa-alueita ovat toiminnan ohjaaminen, näönvarainen toiminta sekä kielelliset toiminnot (Muistiliitto 2017a). Muistisairaudet ovat pysyviä mutta etenemistä on mahdollista hidastaa lääkehoidolla. Lääkkeiden vaikutus perustuu pitkälti asetyylikoliinin määrän lisäämiseen aivoissa. Lääkkeinä ensisijaisesti käytetään donepetsiilia, rivastigmiinia ja galantamiinia (National Institute of Neurological Disorders and Stroke 2019). Muistisairauden kehittymiseen voi itse vaikuttaa hyvillä elintavoilla. Riskiä sairastua lisäävät tupakointi, ylipaino, diabetes, korkea kolesterolia sekä korkea verenpaine. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2019b).

2.1 Alzheimerin tauti

Muistisairauksista tunnetuin on Alzheimerin tauti. Taudinkuva on hitaasti etenevä mutta nopeampia vaiheita voi esiintyä. Etenemistä ei voi ennustaa vaan se tapahtuu yksilöllisesti. Aivoalueiden tietyt osat vaurioituvat tasaisesti. Aivoissa tapahtuvat muutokset lisääntyvät tietyssä järjestyksessä, joka sisältää viisi eri vaihetta: oireeton eli prekliininen, varhainen, lievä, keskivaikea ja vaikea. Luokitus eri vaiheista tehdään tiedonkäsittelyn ja toimintakyvyn muutosten vaikeusasteiden perusteella (Erkinjuntti ym. 2015, 122).

Alzheimerin taudissa ongelmat alkavat lähimuistin heikentymisellä. Vastatapahtuneet ja puhutut asiat unohtuvat, eikä muistiin jää uusia opittuja asioita. Vanhat tiedot ja taidot pysyvät muistissa pidempään. Sairastunut itse ei välttämättä huomaa sairauden oireita, vaan läheiset ihmiset alkavat kiinnittää huomioita toistuviin unohduksiin tai sairastuneen kognition huononumiseen. Sairauden lievässä vaiheessa kielelliset toiminnot vaikeutuvat, kokonaisuuden hahmottaminen huononee, liikkuminen vieraassa ympäristössä ei enää onnistu yksin sekä toiminnan ohjaus vaikeutuu, mikä tarkoittaa suunnittelun ja toteuttamisen vaikeutta. Keskivaikeassa vaiheessa on sairaudentunto huomattavasti heikentynyt. Muistisairas ei ymmärrä vaikeutta selviytyä päivittäisistä asioista, kuten ruokailusta tai hygienian hoidosta. Keskivaikeassa vaiheessa muistisairas on herkkä aistimaan levottoman ilmapiirin tai hoitajan epämiellyttävän käyttäytymisen. Muistisairas tulee helposti itsekkin levottomaksi ja huono tuuliseksi. Vaikeassa vaiheessa on sairaudentunto sekä toimintakyky huonontunut entisestään ja

ulkopuolisen avun tarve lisääntynyt (Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R & Pihlakari, P 2019, 328-329).

2.2 Verisuoniperäinen dementia

Verisuoniperäisellä dementialla tarkoitetaan aivoverenkiertosairauden aiheuttamaa muutosta muistin sekä tiedonkäsittelyn alueella. Sairauden taustalla on aivoverenkiertohäiriöitä ja vaurioita verisuonissa. Etenevistä muistisairauksista se on toiseksi yleisin. Tauti ei ole perinnöllinen ja sen syntyyn voi vaikuttaa terveillä elämäntavoilla ja riskitekijöitä välttämällä. (Terveyskirjasto 2019a).

Verisuoniperäisessä dementiassa muutokset aivoissa tapahtuvat joko enemmän kuorikerroksessa tai aivojen syvissä osissa. Syviin osiin painottuvat muutokset ovat yleisempiä. Oireita ovat vaikeudet puheentuottamisessa muttei niinkään sanojen löytämisen vaikeus, halvausoireet, jotka painottuvat toispuoleisesti sekä kävelyn huononeminen ja tasapaino ongelmat. Lisäksi voi esiintyä tahallisen kuuloista naurua tai itkuja. Oireet voivat vaihdella päivittäin riippuen siitä mikä kohta aivoissa on vaurioitunut. Aivojen kuorikerroksen tuhoutumisen oireina ovat sanojen löytämisen vaikeus, toispuoleinen halvausoire sekä ongelmia kävelyssä. Näöissä voi esiintyä näkökenttämuutoksia. Muistihäiriöt eivät tule esille yhtä voimakkaana kuin Alzheimerin taudissa mutta toiminnanohjaus huononee nopeammin (Terveyskirjasto 2019b).

2.3 Lewyn kappaletauti

Lewyn kappaletautia on vaikeampi tunnistaa ja sairauden selvittämiseksi oireista on tärkeää kysyä sairastuneen läheisiltä. Lewyn kappaletaudin nimi on lähtöisin aivokuorelle kertyvistä lewyn kappaleista. Syy taudille on tuntematon mutta terveellisillä elämäntavoilla ja riskitekijöitä välttämällä voi olla vaikutusta sairastavuuteen kuten muissakin etenevissä muistisairauksissa. Lewyn kappaletautiin ei ole parantavaa hoitoa ja oireiden hoito on haastavaa koska Lewyn kappaletautia sairastava on herkkä mm. psyykelääkkeille (Hallikainen ym. 2019, 344).

Yleisinä oireina pidetään keskittymisen ja toiminnanohjauksen häiriötä sekä aaltoilevaa päiväaikaista väsymystä. Parkinsonin taudin oireet muistuttavat samalta, koska molemmissa taudissa liikkeet ovat hidastuneita, esiintyy jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. Lisäksi voi olla näköharhoja. Tavallinen ensimmäinen oire on juurikin näköharhat (Hallikainen ym. 2019, 344). Edetessään tauti huonontaa itsenäistä kykyä selviytyä päivittäistä toimista ja johtaa omatoimisuuden katoamiseen. Elinaika lewyn kappaletautia sairastavilla on noin 2-8 vuotta (Terveyskirjasto 2019).

2.4 Otsa-ohimolohkorappeuma

Otsaohimolohkorappeumassa aivojen otsa- ja ohimolohkot ovat vaurioituneet. Otsa-ohimolohkorappeuma jaetaan alatyyppeihin, joita on kolme. Yleisin on otsalohkodementia, joita on noin puolet kaikista otsaohimolohkorappeumista. Muita ovat etenevä sujumaton afasia sekä

semanttinen dementia. Tämä dementian muoto on yleinen alle 65-vuotiaiden muistisairaus. Kuten muissakin etenevissä muistisairauksissa riskitekijöillä on vaikutusta sairastavuuteen mutta perinnöllisyydelläkin on vaikutusta. Noin 30-45 prosentilla sairastuneista on perinnöllisyys tekijöitä (Hallikainen ym. 2019, 341).

Otsaohimolohkodementiassa sairastuneen persoonallisuus ja käytös muuttuu hallitsemattomaksi. Sairastunut voi olla hyvin impulsiivinen, estoton, tunteeton ja tahditon. Toisaalta myös apaattisuutta voi esiintyä. Muistioireet tulevat yleensä vasta sairauden myöhemmässä vaiheessa. Sairauden oireet voivat alkaa myös psykoosioireina keski-ikäisenä (Hallikainen ym. 2019, 341-342).

Semanttinen dementia ilmenee kykenemättömyytenä tunnistaa ihmisiä, esineitä tai muita asioita. Sairastuneen puheesta ei saa selvää koska sanojen merkitykset katoavat. Puhetta voi tulla paljonkin mutta siinä ei ole sisältöä (Käypähoito 2016).

Etenevä sujumaton afasia on alatyypeistä harvinaisin. Oireena on puheentuoton heikentyminen niin, että puhe on työlästä ja sujumatonta. Ongelmia esiintyy myös lukemisessa ja kirjoittamisessa. Sairauden edetessä puhekyky voi mennä kokonaan (Käypähoito 2016).

3 Ikääntymisen aiheuttamat muutokset vuorovaikutuksessa

Ihmisten välinen vuorovaikutus tapahtuu sanallisen ja sanattoman viestinnän keinoin. Viestimme ilmeillä, eleillä, toiminnalla sekä käyttämme ääntä eri tavoin riippuen mitä haluamme toiselle kertoa. Vuorovaikutus ja viestiminen on vaikeampaa, kun toinen osapuoli ei ymmärrä mitä hänelle kerrotaan tai osaa keskustella enää normaalisti. Vanhetessa ihmisen toiminta hidastuu, niin myös viestiminen. Tarvitaan lisää aikaa pohtia ja vastata. Keskustelun aikana asiat voivat unohtua ja keskittyminen voi olla heikompaa (Papunet 2013).

Puheen sujumisen huonontuessa muistisairas voi käyttää huumoria turvaamaan identiteettiään. Huumori auttaa selviytymään, kun puhuminen ei enää onnistu. Sanojen löytämistä tai tuottamista muistisairas voi peitellä huumorin avulla (Hedin 2019, 19).

3.1 Kielellinen vuorovaikutus

Kielellisen vuorovaikutuksen muutokset ovat erilaisia riippuen mistä etenevästä muistisairaudesta on kysymys. Muistisairaus yleisesti heikentää puheen sujuvuutta ja sanojen löytämistä. Käytetty kieli on köyhempää ja kieliopillisia virheitä esiintyy. Toisen puhetta voi olla vaikeampi ymmärtää varsinkin, jos puhe on hyvin epäsuoraa ja taustamelua on paljon.

Muistisairaalte on paras puhua selkeästi ja lyhyesti yksinkertaisilla lauseilla tai sanoilla. Epäsuoraa puhetta ja asioiden kiertelyä on vaikeampi ymmärtää. Muistisairas voi itse käyttää huumoria, mutta ei välttämättä ymmärrä sitä toisen kertomana. Mikäli puhujia on monia, puhutaan yksi kerrallaan. Muistisairaahan kanssa on hyvä pitää katsekontakti, jotta ymmärtäminen olisi helpompaa. Taustamelu minimoidaan ymmärtämisen tueksi. Taudin edetessä kielellinen ilmaisu huononee entisestään ja kielellinen kommunikointi loppuu kokonaan (Hallikainen ym. 2019, 121).

3.2 Kuuloaisti

Kuuloaistin aleneminen kuuluu normaaliin ikääntymiseen. Vuorovaikutus ja viestiminen vaikeutuu hyvin paljon, jos toinen osapuoli ei kuule mistä puhutaan eikä sen takia ymmärrä kaikkea. Kuulon merkitys vuorovaikutuksessa on suuri. Äänensävyjen kuuleminen vaikuttaa siihen, miten asia ymmärretään ja tulkitaan. Äänen sävy kertoo paljon, vaikka puheesta ei kaikkea ymmärtäisikään (Papunet 2013).

Huono kuulo voi vaikuttaa keskusteluun osallistumiseen koska voi tuntua turhauttavalta, jos paljon asioita jää kuulematta. Toinen osapuoli joutuu arvailemaan mistä on kysymys ja vastaaminen vie enemmän aikaa. Asioista voi saada myös väärinkäsityksiä, kun kaikkea ei kuule. Huonokuuloisen kanssa sopiva etäisyys ja katsekontaktin luominen auttaa ymmärtämään mistä puhutaan. Myös riittävä valaistus on tärkeä, jotta kasvot, ilmeet, eleet sekä huulten liikkeet on tunnistettavissa. (Hallikainen ym. 2019, 121).

3.3 Näköaisti

Näköaisti on sanattomassa viestinnässä tärkeä osa. Näkö vaikuttaa asian ymmärtämiseen ja tulkintaan. Näköaistin avulla käsitellään paljon ympäristöstä tulevaa tietoa. Ikääntyessä näössä tapahtuu muutoksia ja tavallisin näistä on ikänäköisyys, jossa muutokset tapahtuvat lähinäön alueella. Ikänäköisyys on normaali ikääntymisen merkki ja näön tueksi voi käyttää lukulaseja (Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M & Tiittanen, H. 2015, 22-23).

Näköaistin avulla voi päätellä toisesta ihmisestä paljon. Näkemällä hänen ilmeensä, eleensä ja käytöksen, voimme päätellä onko toinen kiinnostunut vuorovaikutuksesta kanssamme. Näköaistin heikennettyä voi tulla väärinymmärryksiä, jos keskustelukumppani käyttää sanatonta viestintää, eikä toinen osapuoli ymmärrä mitä hänellä on kerrottavana. Huonon näön takia ihmisen voi eristäytyä ympäristöstä koska keskusteluyhteyden ottaminen vaikeutuu (Kelo ym. 2015, 23; Hallikainen ym. 2019, 121).

3.4 Tuntoaisti

Tuntoaisti alkaa kehittyä jo sikiökaudella ja säilyy aisteista parhaiten. Kosketus voi toisinaan olla parempi vuorovaikutuksen keino kuin sanat (Laaksonen ym. 2016, 23). Koskettamisessa on otettava huomioon kulttuuritausta ja arvioitava yksilöllisesti onko se suotavaa (Hallikainen ym. 2019, 119.)

Kosketus voi viestittää myös epämiellyttäviä tuntemuksia. Ei ole myöskään sama asia, miten tai mihin toista koskettaa. Koskettaminen ei automaattisesti jokaiselle sovi mutta usein se toimii rauhoittamisen elementtinä. Levoton muistisairas voi rauhoittua kosketuksesta sekä läsnäolosta. Vaikeamman muistisairauden kohdalla kosketusta käytetään kontaktin luomisessa ja läsnäolon viestimisessä (Laaksonen ym. 2016, 23; Hallikainen ym. 2019, 119).

3.5 Sanaton viestintä

Kielellisen vuorovaikutuksen huonontuessa sanattoman viestinnän merkitys korostuu. Vuorovaikutuskeinoja on monia, vaikka aistitoiminnot huonontuvat ikääntyessä. Keskustelukumppanin merkitys on suuressa osassa. Hänen tehtävänsä on viedä keskustelua eteenpäin. Keskustelukumppani myös havainnoi muistisairasta, mitä hänellä voisi olla kerrottavana. Havainnoitavia asioita voivat olla ilmeet, eleet, äänenpaino, katse, kosketus, nauru ja toiminta.

Muistisairas itsekkin havainnoi ympäristöään. Ihmisten tapa toimia ja liikkua sekä ilmeet ja eleet kertovat muistisairalle paljon. Muistisairas aistii, onko ilmapiiri välittävä ja onko keskustelukumppani kiinnostunut vuorovaikutuksesta hänen kanssaan (Papunet 2013). Haapalan (2015) tutkimuksen mukaan sanaton viestintä on yksi tapa ilmaista itseään sekä tulkita toisia ihmisiä vuorovaikutustilanteissa. Vuorovaikutuksesta saadaan ymmärrettävämpää ja sujuvampaa, kun siihen liitetään sanattoman viestinnän keinoja. Muistisairaita tulisi myös kannustaa sanattoman viestinnän käyttöön vuorovaikutuksessa. Saarisen (2019) tutkimuksen mukaan

sanattomia vuorovaikutuskeinoja ovat läheisyys, koskettaminen, katse, ilmeet, eleet sekä kehon liikkeet.

4 Muistisairauden käytösoireet

Alzheimerin taudin alkuvaiheessa psykologiset oireet esimerkiksi masennus ja ahdistus ovat yleisiä. Käytösoireita alkaa ilmetä taudin edetessä vaikeampaan muotoon. Kyse ei ole muistisairaahan tahallaan aiheuttamasta harmista tai ilkeydestä, kyse on sairauden aiheuttamista muutoksista (Muistiliitto 2017c). Käytösoireella tarkoitetaan psyykkisiä oireita ja haitallisia käyttäytymisen muutoksia. Käytösoireista yleisimpiä ovat levottomuus, poikkeava motorinen käyttäytyminen, ahdistus, ärtyneisyys, masennus, apatia, estot, harhaluulot, hallusinaatiot ja unen tai ruokahalun muutokset. Dementiapotilaista 90% kärsii jossain vaiheessa haitallisista käytöshäiriöistä. Käytöshäiriöt vaikuttavat myös potilaan ja hoitajien välillä vaikeuttamalla hoitoa. Lisäksi pitkäaikainen sairaalahoito lisääntyy ja ilmenee lääkkeiden väärinkäyttöä sekä terveydenhuollon kustannusten nousua (Cerejeira, J., Lagarto, L & Mukaetova-Ladinska, E.B 2012). Käytösoireiden syntyyn vaikuttaa sairauden aiheuttamat muutokset aivoissa ja lisäksi myös ihmisen oma persoonallisuus, elämänhistoria sekä ympäristö. Muistisairauden edetessä heikkenee kyky ilmaista itseään, tulkita ympäristöä tai kontrolloida omaa käyttäytymistään. Käytösoireet voivat olla hyvinkin kuormittavia hoitajille. Levoton ilmapiiri lisää käytösoireita. Levottomuutta voivat tehdä muut potilaat mutta myös hoitohenkilökunnan toiminta (Erkinjuntti ym. 2015, 90-91).

4.1 Käyttäytymisen muutokset eri muistisairauksissa

Käyttäytymisen muutoksia esiintyy kaikissa muistisairauksissa. Alzheimerin taudissa sekä verenkiertohäiriöihin liittyvissä muistisairauksissa tavallisimpia oireita ovat masennus ja harhaluulot. Oireet ovat tavallisia jo taudin alkuvaiheessa. Lewyn kappaletaudissa oireena ovat Rem-unen säätelyhäiriö ja näköharhat. Otsa-ohimolohkorappeumassa ensimmäisenä muuttuu sairastavien persoonallisuus. Käyttäytyminen voi olla hyvin impulsiivista tai apaattista. Käyttäytymisen muutokset voivat olla muistisairaahan elämänlaadun kannalta merkittävämpiä kuin muistioireet tai kognitiiviset muutokset (Hallikainen ym. 2019, 56).

4.2 Käytösoireiden hoito

Käytösoireita on hoidettava, kun ne rasittavat potilasta itseään tai aiheuttavat vaaratilanteita muille ihmisille tai ympäristölle. Käytösoireita pyritään hoitamaan lääkkeettömin hoitokeinoin ja usein lääkehoito on välttämätöntä vakavien potilasta itseään sekä ympäristöä haittaavien oireiden hoidossa. Hoitovaihtoehdot valitaan yksilöllisesti (Suontaka-Jamalainen, 2011). Käytösoireiden lääkehoitona on ensisijaisesti muistisairauksien hoitoon tarkoitettut lääkkeet. Vaikeimpien käytöshäiriöiden hoitoon käytetään psykoosilääkkeitä. Psykoosilääkehoito pitäisi olla mahdollisimman lyhytkestoinen sen riskien takia. Useissa tutkimuksissa on todettu lisääntynyttä kuolleisuutta, aivohalvauksia, hallusinaatioita ja suurempi uusiutumisen riski lopettamisen jälkeen (Calsolaro, V., Antognoli, R., Okoye, C & Monzani, F 2019). Hoitovaihtoehtoina voivat olla yksilö ja ryhmäterapeuttiset lähestymistavat. Näitä lähestymistapoja ovat mm. aktivoiva viriketoiminta, validaatiomenetelmä tai muistelu -ja musiikkiterapiat. Lähestymistavoilla ja

vuorovaikutuksella voidaan ennaltaehkäistä käytösoireita sekä lievittää niitä (Erkinjuntti ym. 2015, 474-475).

5 Muistisairauden vaikutukset potilashoitaja suhteeseen

Muistisairaahan hoidossa olennaisia elementtejä ovat vuorovaikutus ja ohjaus. Vastuu vuorovaikutuksen sujumisesta siirtyy toiselle osapuolelle, kun muistisairaahan vuorovaikutus huononee. Muistisairaahan hoitoon liittyvissä asioissa keskiössä on muistisairas itse. Kohtaamiseen kuuluu toisen kunnioittaminen, arvostaminen ja luottamuksen saavuttaminen. Muistisairaahan kohdalla näiden asioiden merkitys kasvaa, koska itsensä ilmaisu on heikentynyt eikä toisen tarkoitusta enää ymmärretä. On hyväksyttävä muistisairauteen liittyvät käyttäytymisen muutokset ja haasteellisissakin tilanteissa oltava ymmärtäväinen ja kohdeltava muistisairasta asianmukaisesti (Hallikainen ym. 2019, 114-115). Dementiaa sairastavan hoito on haasteellista mutta myös palkitsevaa. Muistisairaahan tunteminen yksilönä ja käyttäytymisen syyn selvittäminen sekä ongelmien ratkaisu vaatii hoitajilta myötätuntoa ja herkkyyttä (Jenkins & McKay 2013, 56.)

Kunnioittamisessa ja arvostamisessa on tärkeää asettua muistisairaahan tilanteeseen ja rakentaa luottamusta. Ottaa huomioon hänen elämäkokemuksensa, hyväksyä muistisairauden tuomat muutokset, kuunnella ja kunnioittaa toisen koskettomuutta sekä omaa tilaa. Muistisairasta ei pidä aliarvioida tai väheksyä, vaikka hänen kykynsä ilmaista itseään on huonontunut. Molemmissa on kysymys ihmisarvon näkemisestä. Muistisairaahan kohdalla luottamuksen rakentaminen voi olla haasteellista. Hänen kykynsä vastavuoroisuuteen heikkenee, kun muistisairaus etenee. Muistisairauden edetessä luottamus on saavutettava jopa päivittäin uudelleen. Tärkeää on luoda turvallisuuden tunnetta ja jatkuvuutta sekä mukautua muistisairaahan muutuvaan tilanteeseen (Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T & Forder, M. 2014, 86-87).

Muistisairaahan ohjaaminen ja avustaminen on toimimista muistisairaahan kanssa kunnioittaen häntä ja edistämällä hänen omatoimista ja turvallista toimintaa. Tekemisen sujuvuutta edistää muistisairaahan asianmukainen kohtelu, hyvä yhteistyösuhde ja turvallinen ilmapiiri. Muistisairaahan kohdalla ohjaamisen tavoitteet liittyvät usein, päivittäisiin ja välttämättömiin asioihin esimerkiksi hygienian hoitoon. Muistisairasta ohjaavan henkilön tavoite on usein, että yksi asia saadaan kerrallaan tehdyksi. Hoitavan henkilön tavoitteet eivät välttämättä ole samat, kun muistisairaahan. Yhteistoiminnan sujumiseksi tärkeä on elää hetkessä ja hahmottaa mitä muistisairas haluaa tai kokee juuri silloin. Toiminnan sujuvuudessa korostuu tilannetaju, rauhallisuus ja ajan antaminen. Tilanteen tulkinta ja rauhallinen läsnäolo vaikuttaa paljon muistisairaahan käytökseen ja sen myötä toiminnan sujuvuuteen. Haasteet ohjaamisessa muodostuvat usein tilanteiden erilaisista tulkinnoista hoitajan ja muistisairaahan välillä. Eläytymisellä ja empatialla on tärkeä rooli ohjaustilanteen onnistumisen kannalta. Kiireinen ilmapiiri ja ohjaavan henkilön negatiivinen asenne heijastuvat muistisairaahan toimintaan epäsuotuisalla tavalla. Parhaiten sujuvat rutiinit ja toistuvat asiat kuin uusien toimintojen opetteleminen. Tämä johtuu sairauden etenemisen muutoksista, joihin kuuluu heikentynyt kyky oppia uusia asioita (Hallikainen ym. 2014 86-87, 90-91). Saarisen (2019) tutkimuksen mukaan vuorovaikutus

perustuu sanattomaan viestintään, jonka onnistumiseen vaikuttaa molempien hoitajan ja hoidettavan tunnetilat. Haastavien tilanteiden ehkäisemisenä pidetään yksilöllisen kohtaamisen periaatetta.

6 Tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä tietoa muistisairaalan potilaan onnistuneesta kohtaamisesta sairaalan vuodeosaston hoitohenkilöstölle ja löytää välineitä muistisairaalan hoitotyön kehittämiseen. Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä on selvittää onnistuneen kohtaamisen kulmavet sairaanhoitajien näkökulmasta. Tutkimuskysymyksenä on:

-Millainen on sairaanhoitajan ja muistisairaalan potilaan välinen onnistunut kohtaaminen sairaalan vuodeosastolla?

7 Tutkimusmenetelmä

7.1 Teemahaastattelu

Tässä opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista lähestymistapaa. Siinä pyritään ymmärtämään kokonaisvaltaisesti tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkityksiä. Aineisto on ihmisten omin sanoin kirjallisesti tai suullisesti tuottamaa. Se voi olla myös kirjallisessa muodossa olevaa, mutta perustuu ihmisten käyttäytymisestä tekemiin havaintoihin (Jyväskylän yliopisto 2015).

Laadullisen tutkimuksen aineistoa voidaan kerätä eri tavoin. Yleisimpiä menetelmiä ovat havainnointi, kysely, haastattelu ja dokumentit. Laadullinen tutkimus sopii opinnäytetyön toteuttamiseen koska tarkoituksena oli tutkia ilmiötä, johon ei ole yhtä vastausta, jokaisella hoitajalla on oma mielipide tutkittavasta asiasta. Haastattelu tyypiksi valitsimme teemahaastattelun. Teemahaastattelu voi olla ryhmähaastattelu, parihaastattelu tai yksilöhaastattelu. Näistä yksilöhaastattelu on yleisin (Hirsjärvi & Hurme 2009, 48, 191-192). Tässä opinnäytetyössä käytettiin yksilöhaastattelua, joka nauhoitettiin.

7.2 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on tapa, jota käytetään kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Sitä käytetään esimerkiksi tekstien ja litteroitujen haastattelu aineistojen analysoimisessa. Tarkoituksena on saada tutkittavasta asiasta tiivistetty kokonaisuus. Sisällön analyysi voi olla induktiivista eli aineistolähteistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä.

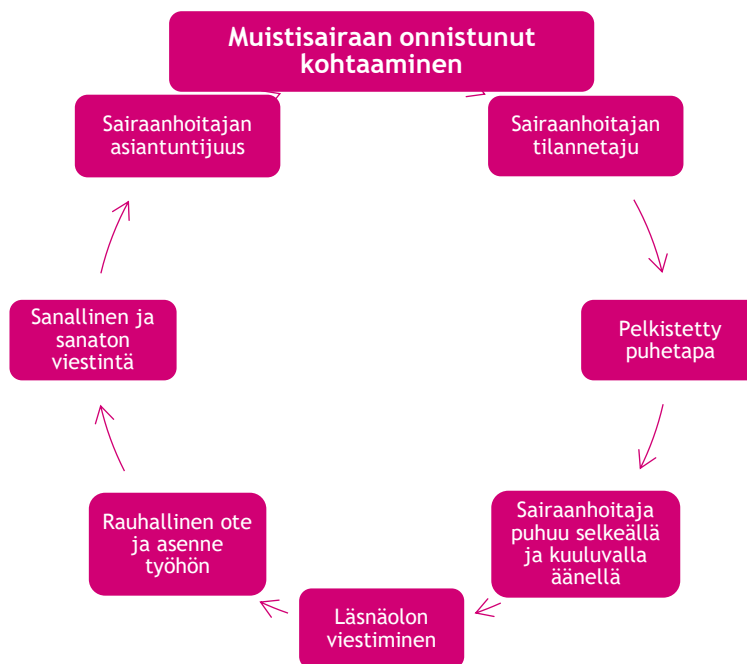
Tässä työssä käytimme induktiivista analyysiä. Siitä käytetään karkeasti kolmijaottelua. Ensimmäisenä on aineiston pelkistäminen eli karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Toisena on aineiston ryhmittely eli alkuperäisistä ilmauksista etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavuuksia. Samankaltaiset käsitteet ryhmitellään ja yhdistetään alakäsitteiksi. Kolmantena on teoreettisten käsitteiden luominen, jossa erotellaan olennainen tieto mikä on tärkeää tässä tutkimuksessa. Valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Analyysin valmistuttua saadaan vastaus tutkimustehtävään (Sarajärvi & Tuomi 2018, 117, 122-125).

7.3 Haastattelun toteutus

Haimme ensin tutkimuslupaa haastattelulle, jonka saatuaamme sovimme haastattelun ajankohdasta esimiehen kanssa. Vuodeosaston esimies kertoi osaston henkilökunnalle, että olemme tulossa tekemään haastattelua muistisairaiden kohtaamisesta ja valitsi halukkaiden joukosta haastateltavat. Vuodeosaston esimies valitsi haastateltavaksi ainoastaan sairaanhoitajia koska henkilökunnasta enemmistö on sairaanhoitajia. Haastattelu toteutettiin sairaalan vuodeosastolla yksilöhaastatteluna, joka nauhoitettiin. Osallistumme molemmat haastatteluun.

Tarkoituksena oli haastatella 3-4 sairaanhoitajaa. Esimies oli kertonut haastattelun tutkimuskysymyksen valmiiksi haastateltaville ja sen että kysymme mahdollisesti tarkentavia kysymyksiä samaan teemaan liittyen, jos on tarvetta. Yksi haastattelu kesti noin 30 minuuttia. Haastattelussa ei kysytty nimeä eikä ikää. Nauhoitimme haastattelun kahdella puhelimella. Ääninauhojen litteroinnin jälkeen poistimme ääninauhat puhelimista. Litterointi tapahtui kuukauden sisällä haastattelusta. Litteroitu materiaali hävitettiin tietosuojajätteeseen. Haastattelu oli vapaaehtoista ja siitä oli mahdollista kieltäytyä myös kesken haastattelun. Aineiston analyysistä on esimerkki opinnäytetyön liitteenä. Opinnäytetyön tulokset kuvaavat muistisairaannnistuneen kohtaamisen kulmakiviä sairaalan vuodeosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyön tuloksista on kuvio tulokset osiossa.

8 Opinnäytetyön tulokset



Kuvio 1 Opinnäytetyön tulokset

8.1 Sanallinen ja sanaton viestintä

Keskusteluyhteyden luominen muistisairaaseen on tärkeää. Tässä korostuu tapa millä muistisairaahan kanssa kommunikoidaan. Asioiden esittäminen lyhyesti ja selkeästi koska muistisairas ymmärtää parhaiten lyhyempiä lauseita selkeästi kerrottuna sekä tarvittaessa toistaen. Sairaanhoitajat kertoivat muistisairaalle, mitä tehdään ja selvensivät hänelle asiallisesti ja rauhallisesti asioita huolimatta siitä, että muistisairas ei välttämättä ymmärtänyt.

”Muistisairauden edetessä pidemmälle alkaa puheen ymmärtäminen heikentyä.”

”Asiat on hyvä esittää lyhyesti ja selkeästi sekä tarvittaessa toistaen, jotta hän ymmärtäisi parhaiten.”

8.2 Rauhallinen ote ja asenne työhön

Muistisairaille esiintyi levottomuutta varsinkin iltaa kohden. Osaston rauhaton ilmapiiri ja toisen potilaan levottomuus lisäsi toistenkin potilaiden levottomuutta. Hoitajan rauhallinen toiminta ja tilanteeseen pysähtyminen sai muistisairaitakin rauhoittumaan.

”Muistisairasta hoidettaessa pitää olla läsnä ja kuunnella mitä muistisairaalla on sanottavana.”

”Hoitajan olisi pysyttävä rauhallisena ja kiireettömänä koska kiireen tuntu lisää muistisairaahan rauhattomuutta.”

”Hoitaja muistaa, että kyseessä on muistisairas henkilö, jonka kanssa kommunikoidaan ja jokainen on oma yksilönsä.”

8.3 Läsnaolon viestiminen

Katsekontaktin saaminen on tärkeää onnistuneessa kohtaamisessa. Katsekontaktin avulla lisääntyy luottamusta muistisairaahan henkilön kanssa sekä välitetään läsnäoloa. Tutkimuksen mukaan erityisesti, kun muistisairas on hyvin levoton, on tärkeä luoda katsekontaktia ja saada luottamusta, joka auttaa lievittämään muistisairaahan pelon tunteita.

”Katsekontaktin luominen lisää luottamusta muistisairaahan kanssa.”

”Muistisairaahan ollessa levoton ja pelokas olisi yritettävä luoda katsekontaktia ja sitä kautta saada luottamusta.”

8.4 Sairaanhoitaja puhuu selkeällä ja kuuluvalla äänellä

Ikääntyessä aistit huononevat. Muistisairas ei välttämättä kuule kaikkea mistä keskustellaan. Tästä voi aiheutua se, ettei muistisairas ymmärrä kaikkea mikä voi lisätä turvattomuuden tunnetta tai levottomuutta. Asioiden esittäminen selkeästi kuuluvalla äänellä auttaa vuorovaikutuksen onnistumisessa.

”On tärkeä muistaa, että kyseessä on iäkäs henkilö, jonka aistit ovat huonontuneet.”

”Jos toinen ei kuule mistä puhutaan voi se aiheuttaa sekaannusta ja turvattomuuden tunnetta.”

8.5 Pelkistetty puhetapa

Keskusteluyhteyden luominen muistisairaaseen on tärkeää. Tässä korostuu tapa millä muistisairaahan kanssa kommunikoidaan. Asioiden esittäminen lyhyesti ja selkeästi koska muistisairas ymmärtää parhaiten lyhyempiä lauseita selkeästi kerrottuna sekä tarvittaessa toistaen. Sairaanhoitajat kertoivat muistisairaalle, mitä tehdään ja selvensivät hänelle asiallisesti ja rauhallisesti asioita huolimatta siitä, että muistisairas ei välttämättä ymmärtänyt.

”Muistisairauden edetessä pidemmälle alkaa puheen ymmärtäminen heikentyä.”

”Asiat on hyvä esittää lyhyesti ja selkeästi sekä tarvittaessa toistaen, jotta hän ymmärtäisi parhaiten.”

8.6 Sairaanhoitajan tilannetaju

Huumoria voi käyttää tilannekohtaisesti. Haasteellisissa kohtaamistilanteissa huumorin käyttö tunnustellen voi olla oikea tekijä laukaisemaan tilanne ja saada se onnistumaan. Huumoria

pidetään tärkeänä tekijänä muistisairaahan kohtaamisessa sekä hyvän ilmapiirin luojana työyhteisössä.

”Huumorin käyttö on suotavaa joissain tilanteissa esimerkiksi saamaan muistisairaahan henkilön ajatukset muualle kotiinlähdestä.”

”Huumori luo hyvää ilmapiiriä työyhteisöön ja sen avulla jaksamme kohdata muistisairaita paremmin.”

Muistisairaahan kanssa väittely on turhaa ja lisää levottomuutta. Ajatusten vieminen muualle on yksi hyvä keino päästä tilanteesta eteenpäin. Haastateltavat toivat esille, että erityisesti osastolta pois pyrkivät muistisairaajat luovat kohtaamiselle haasteita.

” Saman asian jankuttaminen ei yleensä johda mihinkään. On parempi kokeilla uudestaan toiste.”

”Kun muistisairas on kovasti lähdössä kotiin, niin on parempi yrittää saada hänet ajattelemaan jotain muuta asiaa koska se voi rauhoittaa.”

8.7 Sairaanhoitajan asiantuntijuus

Muistisairaus heikentää kommunikointia ja vuorovaikutusta sekä voi esiintyä muutoksia käyttäytymisessä. Muistisairauden huomioiminen parantaa kommunikaatiota.

”Muistisairaus voi muuttaa käyttäytymistä”

”Muistisairas voi käyttäytyä hyvinkin epäsuotuisasti tilanteeseen nähden.”

”Muistisairas voi ehdotella monenlaisia asioita, varsinkin miehillä on yliseksuaalista käyttäytymistä”.

9 Pohdinta

Tavoitteena tällä opinnäytetyöllä oli selvittää onnistuneen kohtaamisen kulmakivet hoito henkilöstön näkökulmasta. Haastattelu toteutettiin terveyskeskuksen vuodeosastolla yksilöhaastatteluna kolmelle sairaanhoitajalle. Haastateltavat kertoivat monipuolisesti onnistuneen kohtaamisen lähtökohtia.

Tutkimuksen mukaan onnistuneen kohtaamisen lähtökohtia ovat sairaanhoitajan ammattitaito ja vuorovaikutus. Ammattitaitoinen sairaanhoitaja on asiantuntija, joka hoitaa muistisairasta yksilöllisesti, tilanteet huomioiden. Sairanhoitaja ymmärtää, että sairauden takana on aito yksilö omalla persoonallaan. Mönkäre (2013) pitää kohtaamisessa tärkeänä kunnioittamista, arvostamista ja luottamusta. Muistisairaus tuo omat haasteensa kohtaamiselle, joten monipuoliset vuorovaikutuksen keinot ovat tärkeä osa onnistunutta kohtaamista. Tärkeänä asiana painotettiin, että muistisairas saisi olla oma itsensä ja elää omassa maailmassaan. Hoitajan kannattaa asettua muistisairaahan kanssa samalle tasolle ja sitä kautta yrittää ymmärtää hänen maailmaansa. ”Ihmisarvoa vahvistava kohtaaminen ja haavoittuvuuden ymmärtäminen on kaiken perusta. Kysymys on henkilöstön toimintaa ohjaavista ammattieettisistä periaatteista” (Heimonen, S 2018, 31.)

Muistisairaahan hoitoa edistävä tekijä Hynnisen (2016) mukaan on hoitomyönteisen ilmapiirin rakentaminen. Luottamus ja turvallisuuden tunne rakennetaan läsnäololla ja kiireettömyydellä. Rauhallinen ympäristö lisää turvallisuuden tunnetta sekä auttaa vuorovaikutuksen onnistumisessa Haapalan (2015) tutkimuksen mukaan.

Keskusteluyhteyden saaminen muistisairaaseen ei aina ole yksinkertaista, kun ymmärtäminen on heikentynyt. Lähtökohtana kommunikoinnissa nousi esille yksinkertaiset ja lyhyet lauseet sekä asioiden toistaminen tarvittaessa. Lisäksi kuulon huononeminen vaikeutti keskustelua. Kommunikoinnissa sanaton viestintä ilmeillä ja eleillä auttoi luomaan ymmärrystä. Haapalan (2015) mukaan vuorovaikutuskeinona sanaton viestintä on tärkeää, koska se on muistisairaille keino osallistua vuorovaikutukseen.

Huumorin käyttöä tietyissä tilanteissa muistisairaahan kanssa sekä työyhteisössä pidettiin hyvänä asiana. Huumorin avulla poistettiin jännitystä ja rauhoitettiin muistisairauden toimintaa. Työyhteisössä huumorin käyttö kevensi tunnelmaa ja auttoi jaksamaan. Hoitajien huumorilla oli suuri merkitys ja se koettiin voimavarana sekä jaksamisen keinona Häyhän (2013) tutkimuksen mukaan. Häyhän (2013) tutkimuksessa huumori oli myös voimavara, mikä tarkoitti selviytymisen tukemista, tunnelman keventämistä, itsensä hyväksymistä sekä rentoutumista jaksamisen keinona.

9.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Ihmisiin kohdistuvan tutkimuksen eettinen perusta muodostuu ihmisoikeuksista. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää myös tutkimuksen aikana. Tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit on kerrottava ymmärrettävästi ennen tutkimuksen alkua. Jälkikäteen on oikeus kieltää itseä koskevan aineiston käyttö tutkimuksessa. Tutkimuksessa saatuja tietoja on säilytettävä luottamuksellisesti. Saadut tiedot on pidettävä salassa ulkopuolisilta eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Henkilötietoja ei julkaista, ellei toisin sovita. Tutkijat toimivat vastuullisesti ja noudattavat sovittuja asioita (Tuomi ym. 2018, 155-156.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida erilaisilla tutkimus- ja mittaustavoilla. Tutkimustulosta voidaan pitää luotettavana ja reliaabelina, kun samaan tutkimustulokseen päästään kaksi kertaa. Tutkimusmenetelmän on mitattava sitä mitä ollaan tutkimassa. Tästä käytetään käsitettä Validius. Luotettavuutta edistää myös tutkimuksen tekijän valmistautuminen haastatteluun perehtymällä teoreettiseen aineistoon ja aiempi kokemus laadullisten tutkimuksien tekemisestä (Hirsjärvi & Hurme 2001, 30.) Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että haastateltavat saivat kertoa omin sanoin aiheesta. Haastatteluun oli valmistaututtu hyvin ja teoreettiseen tietoon oli perehdytty. Haastattelun luotettavuutta heikentää se, ettei haastattelijoilla ole aikaisempaa kokemusta laadullisesta tutkimuksesta. Haastateltavien määrä oli alhainen ja kaikki haastateltavat olivat sairaanhoitajia. Haastateltavat olivat myös samalta osastolta.

9.2 Tulosten pohdinta

Sairaanhoitajat kohtaavat muistisairaita potilaita normaaleina ihmisinä huomioiden muistisairausten aiheuttamat erityispiirteet kohtaamiseen. Kohtaamisen onnistuminen on pääsääntöisesti kiinni sairaanhoitajan toiminnasta ja vuorovaikutustaidoista. Osaamattomuus ja kiire voivat vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Lähes kaikilla terveydenhuollon osa-alueilla kohdataan muistisairaita potilaita. Tämän opinnäytetyön avulla hoitohenkilöstö saa tietoa eri muistisairauksista sekä tärkeitä kohtaamisen onnistumisen elementtejä. Jatkotutkimuksena voisi selvittää millaista osaamista sairaanhoitajilla on sairaalan poliklinikoilla, jotka eivät ole keskittyneet muistisairauksien tutkimukseen ja hoitoon.

Työelämäkumppanilta saadun palautteen perusteella tulokset ovat kattavat vaikka haastateltavia oli vain kolme. Työelämäkumppani pitää tärkeänä, että sairaanhoitajilla on tutkimuksen mukaan tietoa onnistuneen kohtaamisen elementeistä. Vuorovaikutustaidot ovat työelämässä tärkeitä ja erityisesti kun ollaan tekemisissä ihmisten kanssa, joiden ymmärtäminen on heikentynyt, vuorovaikutustaitojen merkitys korostuu. Haastetta tuo suomen kielen heikko osaaminen maahanmuuttajilla. Työelämäkumppani toi kuitenkin esille, että tutkimuksessa nousi esiin myös muita elementtejä, joita kohtaamisen onnistumisessa voisi käyttää enemmän,

mikäli suomen kielentaito on heikompaa. Aihetta pidettiin tärkeänä ja ajankohtaisena. Tuloksia aiotaan hyödyntää käytännön työhön.

Lähteet

Painetut

Erkinjuntti, T., Remes, A., Rinne, J & Soininen, H. Muistisairaudet. 2015. Duodecim.

Hallikainen, M., Immonen, A., Mönkäre, R & Pihlakari, P. Muistisairaahan hoito. 2019. Duodecim. Helsinki.

Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T & Forder, M. 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Duodecim. Helsinki

Hirsjärvi, S & Hurme, H. Tutkimushaastattelu. 2009. Gaudeamus. Helsinki.

Laaksonen, M., Rantala, L & Eloniemi-Sulkava, U. 2016. Ymmärrä -Tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus muistisairaahan ihmisen kanssa. Paintek Pihlajamäki Oy. Helsinki.

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

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

Sähköiset

Calsolaro, V., Antognoli, R., Okoye, C & Monzani, F. 2019. The Use of Antipsychotic Drugs for Treating Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease. Viitattu 27.1.2020. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2019.01465/full>

Cerejeira, J., Lagarto, L & Mukaetova-Ladinska, E.B. 2012. Behavioral and psychological symptoms of dementia. Viitattu 20.1.2020. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fneur.2012.00073/full>

Haapala, N. 2015. Muistisairaahan osallisuus laadullisessa tutkimuksessa. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Viitattu 19.1.2020. <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61952/Haapala.Nelli.pdf?sequence=2>

Hedin, M. 2019. Alzheimer potilaiden kielellisten kykyjen heikkeneminen. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Viitattu 5.1.2020. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/115704/HedinMerita.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Heimonen, S & Mäki-Petäjä-Leinonen, A. 2018. Muistisairaahan ihmisen mielen hyvinvoinnin edellytykset - miten turvata oikeus niiden toteutumiseen? Gerontologia, 32(1). Viitattu 20.2.2020. <https://journal.fi/gerontologia/article/view/65390>

Jenkins, C. & McKay, A. 2013. Collaborative health promotion in middle and later stages of dementia. Learning zone. Nursing standard. Viitattu 20.2.2020. <https://search-proquest-com.nelli.laurea.fi/central/docview/1364998647/fulltextPDF/12E7E3BD36F94648PQ/1?ac-countid=12003>

Jyväskylän yliopisto. 2015. Laadullinen tutkimus. Koppa: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 12.9.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Käypähoito. 2016. Otsa-ohimolohkorappeuma. Viitattu 2.9.2019. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix01594>

Muistiliitto. 2017a. Muistisairaudet. Viitattu 28.8.2019. https://www.muistiliitto.fi/application/files/1015/1385/4659/Alzheimerin_tauti.pdf

Muistiliitto. 2017b. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 2.9.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Muistiliitto. 2017c. Muistisairauksien oireisto. Viitattu 2.9.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto>

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Dementia Information Page. 2019. Viitattu 27.1.2020. <https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Dementia-Information-Page>

Papunet. 2013. Kohdaten opas. Viitattu 3.9.2019. <http://papunet.net/sites/papunet.net/files/materiaalia/Julkaisut/Kohdaten%20NETTI.pdf>

Saarinen, P. 2019. Vaikeasti muistisairaiden henkilöiden ja hoitajien vuorovaikutus tehostetun palveluasumisen yksiköissä. Pro-gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto. Viitattu 10.3.2020. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/306148/Saari-nen_Paivi_Pro_gradu_2019.pdf?sequence=2

Seppänen, M. 2018. Terveyskirjasto. ikänäkö. Viitattu 9.9.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00817

Sosiaali -ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Viitattu 27.8.2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3aBNB%3afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Muistisairauksien yleisyys. Viitattu 27.8.2019.
<https://thl.fi/fi/web/kansataudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Muistisairauksien riskitekijät. Viitattu 29.9.2019.
<https://thl.fi/fi/web/kansataudit/muistisairaudet/muistisairauksien-riskitekijat>

Terveyskirjasto. 2019. Vaskulaarinen dementia. Viitattu 29.8.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106

Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön tulokset Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.17

Liitteet

Liite 1: Teemat	30
Liite 2: Aineiston analyysi esimerkki	31

Liite 1: Teemat

- Millainen on sairaanhoitajan ja muistisaira potilaan välinen onnistunut kohtaaminen sairaalan vuodeosastolla?

Liite 2: Aineiston analyysi esimerkki

Alkuperäisilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka	Yläluokka	Pääkategoria
Pitää olla aidosti läsnä ja kuunnella mitä muistisairaalla on sanottavaa.	Olla tilanteessa läsnä ja kuunnella.	Sairaanhoitajan sanallinen ja sanaton viestintä	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Hoitajan olisi pyytävä rauhallisena ja kiireettömänä koska kiireen tuntu lisää muistisairaahan rauhattomuutta.	Kiireetön ja rauhallinen ilmapiiri	Rauhallinen ote ja asenne työhön.	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Katsekontaktin luominen lisää luottamusta muistisairaahan henkilön kanssa.	Luottamuksen lisääminen katsekontaktin avulla	Läsnäolon viestiminen	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Samasta asiasta väittely muistisairaahan kanssa ei yleensä johda mihinkään, jos pyrkimys on esimerkiksi lähteä kotiin. On parempi kokeilla uudestaan toiste.	Vastaa väittelyä ei johda tuloksiin	Sairaanhoitajan tilannetaju	Sairaanhoitajan ammatillinen työote	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet

On tärkeä muistaa, että kyseessä on iäkäs henkilö, jonka aistit ovat huonontuneet.	Aistitoimintojen huomioiminen	Sairaanhoitaja puhuu selkeästi ja kuuluvalla äänellä	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Muistisairaalle on hyvä esittää asiat lyhyesti ja selkeästi sekä tarvittaessa toistaen, jotta hän ymmärtäisi parhaiten.	Puhutaan selkeästi ja lyhyesti tarvittaessa toistaen.	Pelkistetty puhetapa	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Huumorin käyttö on suotavaa joissain tilanteissa ja voi luoda hyvää ilmapiiriä.	Huumorin käyttö tilanteen mukaan	Sairaanhoitajan tilannetaju	Sairaanhoitajan ammatillinen työote	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
Muistisairaus voi muuttaa ihmisen käyttäytymistä.	Hoitajan tietämys muistisairauksista	Sairaanhoitajan asiantuntijuus	Sairaanhoitajan ammatillinen työote	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet

Vuorovaikutus tilanteet pitäisi tuntua turvallisilta, jotta keskustelu onnistuisi.	Turvallisuuden tunteen luominen	Rauhallinen ote ja asenne työhön	Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot	Onnistuneen kohtaamisen kulmakivet
--	---------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------