

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Liisa Nykänen & Janne Österman

# HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITOTYÖSTÄ

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Liisa Nykänen ja Janne Österman

# HOITOHENKILÖKUNNAN KOKEMUKSET MUISTISAIRAAN POTILAAN HOITOTYÖSTÄ

Narratiivinen kirjallisuuskatsaus

Muistisairaiden määrän arvellaan kaksinkertaistuvan Suomessa vuoteen 2030 mennessä. Tämän myötä yhä useampi hoitaja kohtaa työssään muistisairautta ja sen tuomia haasteita. Muistisairauksien aiheuttamat käytösoireet ja kognitiivisten taitojen heikkeneminen tekevät hoitotyöstä usein haastavaa. Käytösoireista huolimatta muistisairaalla ihmisellä on oikeus hyvään hoitoon.

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii Turun yliopistollinen keskussairaala (TYKS), Salon sairaala. Tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaahan potilaan hoitotyöstä. Tavoitteena on lisätä tietoa ja sitä kautta hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaahan potilaan hoitotyössä. Opinnäytetyö toteutettiin narratiivisena kirjallisuuskatsauksena (n=10).

Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset osoittavat, että hoitajien kokemuksiin muistisairaahan potilaan hoitotyössä vaikuttavat työnantaja-, vuorovaikutus- ja häiriökäyttäytymisen sidonnaiset tekijät sekä hengelliset ja eettiset tekijät. Tuloksista käy ilmi hoitohenkilökunnan kokemuksen olevan yhteydessä hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten työkokemukseen, koulutustasoon ja ikään. Työnantajasidonnaisten tekijöiden, kuten lisäkoulutusten, hyvän työilmapiirin ja yleisen työviihtyvyyden todettiin vaikuttavan positiivisesti hoitajan kokemukseen. Vuorovaikutustaitojen todettiin lisäävän työhyvinvointia ja henkilökeskeistä hoitoa. Häiriökäyttäytymisen todettiin vaikuttavan negatiivisesti hoitajan kokemukseen ja potilaan huomioimiseen. Hengellisyiden hoidosta henkilökunta koki omaavansa vähän tietoa. Eettiset ongelmatilanteet koettiin hyvin raskaiksi.

Muistisairauksien kasvaessa räjähdysmäisesti on tärkeää löytää keinot hoitajaystävällisen ja laadukkaan hoidon toteuttamiseen. Laajemmat jatkotutkimukset hoitohenkilökunnan kokemuksista ovat tarpeen, jotta epäkohdat ja niihin johtavat syyt saataisiin selville.

## ASIASANAT:

Hoitohenkilökunta, Kokemus, Muistisairaus, Dementia, Hoitotyö

Liisa Nykänen and Janne Österman

## EXPERIENCES OF NURSING STAFF IN THE CARE OF MEMORY DISEASED PATIENT

### Narrative literature review

The total number of people living with memory disorders in Finland is estimated to double until the year 2030. Due to this, a growing number of nurses face memory disorders and their effects. The behavioral disorders of the patient and the decline in the cognitive skills make the Nursing work very demanding. Despite these challenges, the patient has the right to receive good care.

This project was commissioned by the Turku university hospital (TYKS), hospital of Salo. This study aimed to describe and explore the experiences of nursing staff in the care of memory disorder patient, increase information and trough that increase the know-how of the nursing staff. This study was conducted as a narrative literature review (n=10).

The studies utilized in this project show, that the experiences of the nursing staff in the nursing work were affected by employer-, interaction- and disruptive behavior-bound factors and spiritual and ethical factors. The results reveal that the experience was bound by personal characteristics of the nurse, such as working experience, the level of education and age. Employer bound factors, such as further education, good working environment and overall comfort of the working place were shown to affect the experience positively. Interaction skills were shown to improve worker well-being and person-centered care. The disruptive behaviour of the patient was discovered to have a negative effect on the nurse's experience and to the observation of the patient. Nursing staff felt they lacked knowledge in the spiritual care of the patient. Problematic ethical situations the staff experienced very heavily.

As the number of patients with memory disorder increases explosively it is important to find a way to produce nursing staff friendly and high-quality care. Broader and further studies on the experience of the nursing staff are needed so that defects and causes behind them would be uncovered.

### KEYWORDS:

Nursing staff, Experience, Memory disease, Dementia, Nursing work

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 MUISTISAIRAUDET</b>	<b>7</b>
2.1 Oireet	7
2.2 Alzheimerin tauti	8
2.3 Verisuoniperäiset muistisairaudet	9
2.4 Lewyn kappale – tauti ja otsa- ohimolohkorappeuma	10
<b>3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ</b>	<b>12</b>
3.1 Muistisairaahan kohtaaminen ja hoito	12
3.2 Muistisairaahan hoitotyön erityispiirteitä	13
3.3 Muistisairaiden hoitoyksikössä huomioitavaa	14
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA</b>	<b>16</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>17</b>
5.1 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja arviointi	17
5.2 Aineiston analyysi	21
<b>6 TULOKSET</b>	<b>23</b>
6.1 Työnantajasta riippuvaiset tekijät	24
6.2 Vuorovaikutustaitoihin liittyvät tekijät	25
6.3 Häiriökäyttäytymiseen liittyvät tekijät	27
6.4 Hengelliset ja eettiset tekijät	30
<b>7 OPINNÄYTETYÖN EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>31</b>
<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>36</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>40</b>
<b>KUVIOT</b>	
Kuvio 1. Hoitohenkilökunnan kokemukset muistisairaahan hoidosta.	23

## TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaku­taulukko.

18

Taulukko 2. Analyysiin valitut tutkimukset.

19

# 1 JOHDANTO

Lähes jokainen hoitaja kohtaa muistisairaita potilaita työuransa aikana väestön ikääntymisen myötä. Väestön ikääntyessä myös muistisairaiden määrä lisääntyy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a.) Suomessa arvioidaan olevan jopa 100 000 henkilöä, joilla on lievä muistisairaus ja 93 000 henkilöä, joilla on keskivaikea tai vaikea muistisairaus (Muistiasiantuntijat 2019). Muistisairaudet aiheuttavat lähes poikkeuksetta käytösoireita, joiden vaikutus on havaittavissa myös hoitohenkilökunnassa (Koponen & Vataja 2016).

Vanhusten hoidon ongelmat ovat vakavia, pitkäaikaisia ja monia toimijoita koskevia. Terveyspalveluiden laadun varmistaminen on vaikeaa. Tähän tarkoitukseen on luotu eri kriteereitä ja mittareita. Mittarit eivät kuitenkaan takaa laatua ja ne voivat jopa rajoittaa hoidon kehittämistä. (Aejmelaeus & Hetemäki 2019.) Terveydenhuollon jatkuvana haasteena tuleekin olemaan muistisairaiden hyvän hoidon järjestäminen tulevaisuudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Yhteiskunnallisessa keskustelussa pohditaan vilkkaasti vanhusten ja muistisairaiden hoidon epäkohtia. Kalevan (2019) artikkelissa julkaistiin Superin vuonna 2018 teettämän kyselyn tulokset, joiden mukaan hoitajia on tarpeeseen nähden liian vähän eikä hoidon laatu vastaa omavalvontasuunnitelmaa. Vastauksena hoidon puutteeseen ja paremman hoidon takaamiseksi on hoitajamitoitusta päätetty nostaa. (Pöytäkirjamerkinnot hallituksen talousarvio- ja kehysneuvotteluista 2019). YLE (2019) puolestaan uutisoi vanhusten hoidon olevan isoissa ongelmissa, sillä alalle valmistuvia ei kiinnosta vanhusten hoitotyö (Ikävalko 2019).

Hoitajien kokemuksia muistisairaana hoitotyöstä on tärkeä tuoda esille, jotta saadaan selville millaisia tilanteita hoitajat työssään kohtaavat ja miten nämä vaikuttavat esimerkiksi hoitohenkilökunnan työmotivaatioon, työhyvinvointiin ja sairauspoissaoloihin.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaana potilaan hoidosta. Tavoitteena on lisätä tietoa ja sitä kautta hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaana potilaan hoitotyöstä. Hoitohenkilökunnalla tässä työssä tarkoitetaan potilaan hoitoon osallistuvia sairaanhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia ja hoitoapulaisia. Tämä opinnäytetyö on osa Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS), Salon sairaalan kehittämishanketta.

## 2 MUISTISAIRAUDET

Muistisairauksilla tarkoitetaan eteneviä aivosairauksia, jotka johtavat muistin sekä muiden tiedonkäsittelyn osa-alueiden kuten kielen, hahmottamiskyvyn ja toiminnanohjauksen vaikeuksiin (Lähteenmäki 2016). Vuonna 2015 maailmassa on arvioitu olevan jo lähes 50 miljoonaa muistisairaasta ja määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan joka 20. vuosi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a). Yleisimpiä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäinen muistisairaus, edellä mainittujen yhdistelmä, Lewyn kappale – tauti ja otsa- ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus (Muistiliitto 2017a).

Vuonna 2017 päivitetyn Käypä hoito -suosituksen mukaan Suomessa on arviolta 200 000 henkilöä, joilla ei ole muistisairaus diagnoosia, mutta joiden tiedonkäsittely eli kognitiivinen toiminta on lievästi heikentynyt (Muistiasiantuntijat 2019). Kognitiivisen toiminnan heikentymisestä puhutaan, kun tiedonkäsittely on heikentynyt, mutta ei vielä merkittävästi haittaa päivittäistä toimintakykyä (Lähteenmäki 2016).

Suomessa on arvioitu olevan jopa 100 000 henkilöä, joilla on lievä muistisairaus ja 93 000 henkilöä, joilla on keskivaikea tai vaikea muistisairaus (Muistiasiantuntijat 2019). Muistisairaiden määrän arvellaan kaksinkertaistuvan Suomessa 2030 mennessä väestön ikääntymisen myötä (Lääkäriliitto 2016). Muistisairaudet ovat kasvava kansanterveydellinen ja –taloudellinen haaste (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019a).

Suomessa ei ole vuosittain päivitettävää kokonaistilastoa muistisairaiden määrästä ja arviot perustuvat eri lähteistä saataviin rekisteritietoihin ja eurooppalaisiin väestötutkimuksiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Merkittävä osa muistisairauksista jää diagnosoimatta, joten määrän tarkka tilastointi on vaikeaa (Muistiasiantuntijat 2019).

### 2.1 Oireet

Muistisairauksia on monenlaisia ja niihin liittyvät oireet ovat yksilöllisiä (Saastamoinen 2013). Jopa 90%:lla muistisairaista ilmenee käytösoireita, jotka voivat olla luonteeltaan ohimeneviä tai pitkäkestoisia. Käytösoireet vaihtelevat haastavuudeltaan ja vain osa oireista tarvitsee hoitoa. (Koponen & Vataja 2016.)

Käytösoireita tulisi hoitaa, jos ne rasittavat potilasta, heikentävät kykyä selviytyä päivittäistoimista tai vaikeuttavat sosiaalista vuorovaikutusta. Hoito on aiheellista myös silloin,

kun oireet aiheuttavat vaaratilanteita potilaalle itselleen, sekä muille ihmisille. Käyttösoireista puhuttaessa yleisimpiä oireita ovat: levottomuus, ahdistunut vaeltelu, aggressio, sekä harhaisuus. (Käypä hoito 2016a.) Usein käyttösoireiden taustalla on potilaalle looginen syy (Ruokoski 2013.) Muistisairas ihminen ei välttämättä kykene ilmaisemaan tunteitaan ja halujaan sanallisesti, joka saattaa johtaa turhautumiseen. Turhautuminen puolestaan voi johtaa käyttösoireisiin, kuten aggressioon. (Muistiliitto 2017a.)

Muistisairaista noin 5-15%:lla esiintyy vaikeaa masennusta ja noin 25%:lla lievää masennusta. Masennusta esiintyy useimmiten muistisairauksien alkuvaiheessa, kognitiivisten oireiden ollessa vielä lieviä tai keskivaikeita. (Käypä hoito 2016a.)

Dementia on tyypillistä etenevissä muistisairauksissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b). Dementialla tarkoitetaan oireyhtymää, jossa muistihäiriöiden lisäksi saattaa ilmetä kielellisiä häiriöitä, kätevyuden heikentymää, tunnistamisen vaikeutumista ja monimutkaisten älyllisten toimintojen heikentymistä. Useimmilla ilmenee myös muutoksia käyttäytymisessä ja tunteiden ilmaisussa. Useimmiten dementian aiheuttajana on muistisairaus. (Muistiliitto 2017a.)

## 2.2 Alzheimerin tauti

Muistisairauksista 60-70% ovat Alzheimerin tautia (Muistiliitto 2017a). Alzheimerin tauti on aivoja rappeuttava etenevä muistisairaus. Sen eteneminen on yksilöllistä, mutta tauti tyypillisesti alkaa hitaasti ja melko huomaamattomasti. Sen suurin yksittäinen riskitekijä on ikä. Alle 50-vuotiailla tauti on harvinainen, useimmiten sairastuneet ovat yli 65-vuotiaita. Yli 85-vuotiailla sitä esiintyy jo 15–20 prosentilla. Tauti on selkeästi yleisin demensiaa aiheuttava sairaus. (Juva 2018.)

Taudin ensimmäinen oire on lähimuistin heikkeneminen. Muita oireita ovat uusien asioiden oppimisen hankaloituminen, kielellisen ilmaisun heikkeneminen, puhuessa tuttujen sanojen löytämisen vaikeutuminen. Lievässä vaiheessa kognitiivisten toimintojen nopeus ja sujuvuus heikkenevät sekä päivittäisen elämän suunnittelu hankaloituu. (Juva 2018.)

Alzheimerin edettyä keskivaiheeseen muutokset käytöksessä ovat yleisiä. Levottomuus, aggressiivisuus, masennus ja pelkotilat ovat yleisiä, lähimuisti heikkenee, tavarat ovat kadoksissa, keskittyminen on heikkoa, sairaudentunnottomuus vahvistuu, avuntarve päivittäistoimissa lisääntyy ja tutun ympäristön ulkopuolella toimiminen itsenäisesti alkaa



olla vaikeaa. Käytösoireet saattavat heikentää vielä entisestään kognitiivisia taitoja. (Erkinjuntti 2016.)

Pitkälle edenneessä Alzheimerin taudissa muisti toimii hyvin satunnaisesti. Puheentuotto ja ymmärtäminen ovat heikkoa, orientaatio tilanteisiin on lähes olematonta. Käytösoireet ovat moninaisia ja ne ovat hyvin tyypillisiä. Masennus saattaa ilmetä levottomuutena, sekä aggressiivisena käytöksenä. Avuntarve ilmaantuu ensin pukemiseen, hygieniaan, WC-toimiin ja lopulta syömiseen. Avun ja valvonnan tarve vastaa pienen lapsen tasoa. Laitoshoidon tarve on lähes välttämätöntä. Taudin loppuvaiheessa ihmisellä on vain harvoja ilmaisuja, pidätyskyky on täysin mennyt, eikä kävely enää luonnistu. Syöminen sujuu vaihtelevasti syötettynä. (Erkinjuntti 2016.)

Tautia parantavaa tai etenemistä pysäyttävää lääkettä ei ole. Hoidossa keskitytään yleisen terveydentilan hyvään hoitoon, tilannetta pahentavien tekijöiden korjaamiseen, aktiivisuuden ylläpitoon ja tulevaisuuden suunnitteluun. (Käypä hoito 2016b.)

### 2.3 Verisuoniperäiset muistisairaudet

Muistisairauksista verisuoniperäisiä eli vaskulaarisia on 15-20% ja ne ovat toiseksi yleisimpiä muistisairauksia (Muistiliitto 2017a). Taudinkuva on usein moninainen ja siihen saattaa sekoittua myös Alzheimerin taudin piirteitä. Riskitekijät voidaan jakaa aivoverenkierrosairautta lisääviin tekijöihin, joita ovat korkea verenpaine, korkea kolesteroli, diabetes, ylipaino, liikunnan vähäisyys ja tupakointi, väestötieteellisiin tekijöihin, joita ovat ikä ja koulutus, geneettisiin tekijöihin sekä aivoverenkierrosairauden ominaispiirteisiin liittyviin tekijöihin. (Erkinjuntti & Melkas 2016.)

Verrattaessa vaskulaarista muistisairautta Alzheimerin tautiin havaitaan vaskulaarisessa muistisairaudessa toiminnanohjauksen heikkenevän muistin heikentymistä nopeammin. Myös muu oireilu tyypillisesti alkaa vaskulaarisessa muistisairaudessa huomattavasti nopeammin. Vaskulaarinen muistisairaus ei tyypillisesti myöskään etene yhtä tasaisesti kuin Alzheimerin tauti. Muisti- ja ajatustoimintoihin liittyvien oireiden lisäksi esiintyy usein muitakin neurologisia oireita, vaurioituneiden aivoalueiden sijainnin mukaan, esimerkiksi puheen tuottaminen voi hankaloitua. Oireisiin vaikuttaa huomattavasti mihin alueeseen aivoissa aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat puutokset kohdistuvat. (Atula 2019a.)

Verenkieroperäinen muistisairaus jaetaan kahteen päätyyppiin sen mukaan, missä aivoihin kohdistuneet muutosalueet sijaitsevat. Pienten verisuonitukosten, vuotojen tai

muiden muutosten aiheuttama aivojen syvien osien tauti on yleisin, sitä sairastaa noin 60–70 % sairastuneista. (Atula 2019a.) Yleisimpiä varhaisia oireita ovat heikentyvät toiminnanohjauksessa ja -aloittamisessa, tiedonkäsittelyssä, suunnitelmallisuudessa ja järjestelmällisyydessä (Erkinjuntti & Melkas 2016). Oireet voivat kuitenkin olla lieviä.

Suurten aivoverisuonten tukokset saavat aikaan aivojen kuorikerroksen hapenpuutteesta aiheutuvia kuolioalueita. Oireina ilmenee eriasteista sanojen löytämisvaikeutta sekä usein toispuoleinen halvaus, kävelyhäiriö tai näkökenttäpuutoksia. Älyllisten toimintojen puutokset ovat lähes samanlaisia kuin pienempiin verisuoniin kohdistuneissa muutoksissa. (Atula 2019a.)

Sairautta parantavaa lääkehoitoa ei ole. Vaskulaarisen muistisairauden hoidossa keskitytään sen syihin ja vaaratekijöihin, sekä hoidetaan jo todettuja somaattisia sairauksia. Aivoverenkierron häiriöiden vaaratekijöihin tulee kiinnittää erityistä huomiota ja potilasta rohkaista elintapamuutoksiin. Vaaratekijöillä tarkoitetaan aivoverenkiertosaireutta lisääviä, väestötieteellisiä, geneettisiä ja aivoverenkiertosaireuden ominaispiirteisiin liittyviä tekijöitä. (Käypä hoito 2016c.)

#### 2.4 Lewyn kappale – tauti ja otsa- ohimolohkorappeuma

Lewyn kappale – taudin arvioidaan edustavan noin 20%:lla dementiatapauksista. Taudin tyypillisimpiä oireita ovat hallusinaatiot, toistuvat näköharhat, Parkinsonin taudin kaltaiset oireet sekä kognitiivisen tilan päivittäinen vaihtelu. Taudin alkuvaiheessa ei välttämättä esiinny huomattavaa jatkuvaa muistin heikentymistä, mutta sairauden edetessä sitä ilmenee. (Martikainen 2017.) Ehkäisevää, parantavaa tai pysäyttävää hoitoa ei ole olemassa (Atula 2019b).

Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus eli frontotemporaalinen degeneraatio on oireyhtymien yleisnimitys, joille on tyypillistä otsa- ja ohimolohkojen toiminnan heikkeneminen ja siitä johtuvat oireet. Sairaus alkaa tyypillisesti hiipien ja etenee vähittäin. (Muistiliitto 2017b.)

Tyypillisimpiä oireita ovat persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutos, jotka voivat ilmetä esimerkiksi arvostelukyvyyttömyytenä, apaattisuutena tai estottomuutena. Toiminta on usein impulsiivista ja heikentää sosiaalista toimintakykyä. Muisti, havaintokyky ja motoriset taidot säilyvät kohtalaisen hyvin. Näkyvin oire on etenevä sujumaton afasia, joka ilmenee puheen tuottamisen ja sanojen löytämisen haastavuutena. (Muistiliitto 2017b.)

Sairaudentunto on oireyhtymässä pääasiassa heikko (Muistiliitto 2017b), tosin ohimolohkotyyppisistä oireista kärsivät ovat usein hyvin oireitietoisia, tämä voi johtaa ahdistuneisuuteen ja masennukseen (Käypä hoito 2016d).

Sairaus on etenevä (Martikainen 2017) ja parantavaa hoitoa tai yleisesti auttavaa lääkettä ei ole olemassa (Käypä hoito 2016d; Martikainen 2017). Hoidossa keskitytään jäljellä olevan itseymmärryksen tukemiseen, haitallisten käyttäytymismallien tunnistamiseen ja poisopettamiseen, mahdollisten riski- ja kriisitilanteiden ennakoimiseen (Käypä hoito 2016d) ja liikuntakyvyn säilyttämiseen (Martikainen 2017). Sairauden kesto on keskimäärin 2-12 vuotta (Martikainen 2019).

## 3 MUISTISAIRAAN HOITOTYÖ

Työskentely muistisairaahan kanssa vaatii hoitohenkilökunnalta ymmärrystä, herkkyyttä ja hyvää ihmistuntemusta (Ruokoski 2013). Sitoutuminen työhön, kyky oppia virheistä sekä taito elää muutoksessa ovat myös tarpeen, jotta turvallisten ja laadukkaiden hoito palveluiden tarjoaminen olisi mahdollista (Muistiliitto 2016).

### 3.1 Muistisairaahan kohtaaminen ja hoito

Kohdatessa muistisairasta ihmistä tämän elämänhistorian, tapojen ja tottumusten tunteminen ja huomioiminen päivittäisissä toimissa ovat eduksi ja lisäävät muistisairaahan luottamusta ja turvallisuuden tunnetta. Arvostavan, kunnioittavan ja tasavertaisen kohtaamisen mahdollistuminen edellyttää hoitajan kykyä aitoon vuorovaikutukseen. Muistisairaahan kohtaamisessa korostuu vahvasti myös kehonkieli ja sanaton viestintä. (Muistiliitto 2017a.)

Muistisairaahan ongelmalliseksi koettu käyttäytyminen johtuu usein puutteellisesti huomioiduista yksilöllisistä tarpeista. Myös muistisairas tarvitsee rakkautta, lohtua ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Fyysiset tarpeet tulevatkin usein hyvin huomioiduiksi hoitotyössä, mutta yksilöllinen kohtaaminen sekä psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomiointi jää helposti taka-alalle. (Laitinen 2015.)

Tavallisimpiin muistisairauksiin ei ole olemassa pysäyttävää tai parantavaa lääkehoitoa. Lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia käytösoireiden hoidossa. Musiikkiterapian, ryhmätoiminnan, kommunikaatiota ja potilaskeskeistä hoitoa edistävien interventioiden käytön on todettu olevan tehokkaita käytösoireiden hoidossa. (Käypä hoito 2017.) Käytännön työssä on kuitenkin aiheellista soveltaa sekä psykososiaalisia hoitomuotoja että määrätä lääkehoitoa (Koponen & Vataja 2016).

Lääkkeettämiä hoitohenkilökunnan harjoittamia hoitomahdollisuuksia ovat omaisten tukeminen ja ohjaus, hyvä perushoito, käytöshäiriöitä laukaisevien tekijöiden eliminointi, hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaitojen kehittäminen, yksilöity hoito, musiikkiterapia, virikkeiden ja aistiaktivaatioiden järjestäminen, liikunta ja muut luovat toiminnat kuten kuvataide. (Käypä hoito 2017.)

### 3.2 Muistisairaahan hoitotyön erityispiirteitä

Etelä-Savon Muistiluotsin toiminnanvastaavana toimivan Jaana Koisaaren (2013) mukaan hoitohenkilökunnan on tärkeää tukea muistisairaahan minuutta ja sitä, mitä hän on ollut ennen sairastumistaan, sillä sairauden myötä ihminen ikään kuin "kutistuu sisään, piiloon sairauden taakse". Koisaaren mukaan muistisairaalla on myös oikeus olla sellaisten ihmisten seurassa, jotka tuntevat hänet ja hänen tottumuksensa. Koisaaren mukaan on tärkeää, että muistisairaahan lähellä on ihmisiä, jotka tietävät hänen historiansa, sillä muistisairas usein elää uudelleen joitakin aiempia elämäntilanteitaan. (Ruokoski 2013.)

Edetessään muistisairaudet heikentävät sairastuneen kognitiivisia kykyjä merkittävästi. Käsityskyvyn alentuminen heikentää sairastuneen kykyä osallistua itseään ja hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. (Suomen lääkäriliitto 2013.) Kognitiivisesta taantumasta huolimatta muistisairaalla on oikeus tulla kohdelluksi aikuisena. Koisaaren mukaan aikuisuus säilyy kuolemaan saakka, vaikka taidot häviäisivät. (Ruokoski 2013.)

Muistisairaahan hoidossa tulee kunnioittaa hyviä eettisiä toimintaperiaatteita. Jokaisella muistisairaalla ihmisellä on oikeus itsemääräämiseen. Niin kauan kuin sairastunut kykenee itse päättämään omista asioistaan, edes osittain, on hänen päätöksiään tuolta osalta noudatettava. Vaikka muistisairas olisi kykenemätön itsenäiseen päätöksen taoudun suhteen, voi hän silti kyetä harjoittamaan päätösvaltaa koskien omaa hoitoa. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2018.)

Työyksikössä virheluulot ja toimintatavat saattavat olla niin juurtuneita, ettei niitä edes mielletä itsemääräämisoikeutta rajoittaviksi toimenpiteiksi. Tällaisia virheellisiä toimintakäytäntöjä ovat esimerkiksi hygienihaalarien automaattinen käyttö ja päättäminen muistisairaahan puolesta. (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto 2018.) Läheisten avulla voidaan sairastuneen oma ääni tuoda kuuluviin hoidon suunnittelussa silloinkin, kun muistisairas ei enää itse pysty ilmaisemaan omaa tahtoaan (Hallikainen & Mönkäre 2019).

Sairauden edetessä oiretiedostus ja kyky selviytyä päivittäisistä toimista heikkenevät. Toisinaan ilmenee hankalaa hoitokielteisyyttä. Tämän myötä voi muodostua merkittävä ristiriita potilaan itsemääräämisen ja hänen terveytensä sekä turvallisuutensa suojelun välille. Merkittäviä haasteita voivat synnyttää myös hoito- ja tutkimustilanteet, jos sairastunut ei ymmärrä, mitä tehdään ja miksi. (Suomen lääkäriliitto 2013.)

Ajaututtaessa ristiriitaiseen tilanteeseen, koskien itsemääräämisoikeutta, on syytä tehdä huolellinen riskianalyysi ja miettiä, mikä vaihtoehdoista on eettisesti kestävin: hoitaminen vasten tahtoa vai itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Samoin muiden somaattisten sairauksien hoidossa ja elämää ylläpitävien toimenpiteiden toteuttamisessa voidaan päätöksenteossa joutua turvautumaan potilaan ulkopuolisiin henkilöihin, potilaan itse ollessa kyvytön kyseessä olevia päätöksiä ymmärtämään ja tekemään. Näiden kysymysten parissa omaisten merkitys ja hoitoon mukaan ottaminen ovat korostuneen tärkeitä. (Suomen lääkäriliitto 2013.)

### 3.3 Muistisairaiden hoitoyksikössä huomioitavaa

Työyksikössä on hyvä panostaa omavastuusuunnitelman huolelliseen laadintaan. Onnistuessaan omavalvonta varmistaa toiminnan laadun, henkilöstön työhyvinvoinnin ja asiakasturvallisuuden. Muistisairaahan potilaan hoidon ja palvelun laatu koostuu muun muassa psyykkisen, sosiaalisen ja fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisestä. (Muistiliitto 2016.)

Suontaka-Jamalaisen (2011) mukaan psyykkiseen toimintakykyyn sisältyvät persoonallisuuden säilyttäminen, tunteiden ilmaisu ja niiden käsittely, eri mielenterveyden häiriöt, käytösoireet, psyykkiset voimavarat ja niiden kestävyys, sekä turvallisuus. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviksi tekijöiksi kuvataan kykyä ilmaista itseään, kykyä kommunikoida muiden kanssa, mahdollisuutta harrastaa ja ylläpitää sosiaalista verkostoa. Fyysinen toimintakyky koostuu kyvystä selviytyä arjesta ja perustoiminnoista, liikuntakyvyn ylläpidosta, ravitsemuksen toteutumisesta ja terveyden ylläpidosta. (Suontaka-Jamalainen 2011.)

Kun muistisairaahan turvallisuudesta huolehditaan monipuolisesti ja hyvin, käyttäytymisen muutoksia esiintyy todennäköisesti vähemmän. Käyttäytymisen muutoksien minimointi lisää muistisairaahan, omaisten sekä ammattihenkilöstön hyvinvointia ja turvallisuutta. Työhyvinvointia edistävästä tekijöistä tärkeimmät ovat ammattitaito ja työnhallinta. Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työntekijän psyykkistä ja fyysistä oloa, joka perustuu työympäristön, työn ja vapaa-ajan tasapainoiseen kokonaisuuteen. (Muistiliitto 2016.)

Työskenneltäessä muistisairaiden kanssa on henkilömitoitus olennainen osa laadukasta hoitoa: hyvän kuntoutuksen, hoivan ja hoidon toteutus vaativat riittävästi muistisairauksiin perehtynyttä, työhönsä sitoutunutta ja ammattitaitoista henkilökuntaa. Ikääntymisen

turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi on henkilöstön mitoituksessa noudatettava ajantasaisia valtakunnallisia suosituksia. (Muistiliitto 2016.)

## **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaalan potilaan hoidosta narratiivisena kirjallisuuskatsauksena. Tavoitteena on lisätä tietoa ja sitä kautta hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaalan potilaan hoitotyöstä.

Tutkimusongelma:

1. Millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on muistisairaalan potilaan hoitotyöstä?



## 5 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Opinnäytetyön toimeksiantajana toimii TYKS, Salon sairaala. Toimeksiantajan toiveena on kartoittaa hoitajien kokemuksia muistisairaana potilaan hoitotyöstä. Aihe on ajankohdainen, sillä muistisairaiden määrä väestössä lisääntyy räjähdysmäisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019b) ja laadukkaan hoidon tarjoaminen on haastavaa (Aejmelaeus & Hetemäki 2019). Tämän myötä hoitajat kohtaavat työssään muistisairauden tuomia haasteita yhä useammin.

### 5.1 Narratiivisen kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja arviointi

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Narratiivisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkija valitsee tutkimuksista keskeisimmät ja itselleen kiinnostavimmat (Hirsjärvi ym. 2009). Tutkimusmenetelmä määräytyi toimeksiantajan pyynnöstä saada tietoa hoitohenkilökunnan kokemuksista muistisairaana potilaan hoidosta. Tarkoituksena on kuvailevaa metodologia hyödyntämällä kertoa ja kuvata aiheeseen liittyvää aiempaa tutkimusta, sen laajuutta, syvyyttä ja määrää. (Ahonen ym. 2013.)

Valikoituja tutkimuksia arvioitaessa tavoitteena on tarkastella tutkimuksista saadun tiedon kattavuutta ja tulosten edustavuutta, sekä havaita miten relevanttia tieto on oman tutkimuskysymyksen kannalta. Tutkimuksista arvioidaan niiden vahvuuksia ja heikkouksia, tutkimusasetelmaa ja kuvataan tutkimusongelmaa, kohdejoukkoa, otantaa, otoskokoja ja aineistonkeruu menetelmiä. (Axelin ym.2016, 28-30.)

Opinnäytetyön ensimmäisessä vaiheessa suoritettiin tiedonhaku tietokannoista: Cinahl Complete, Medic, Pubmed ja EBSCO. Mukaan otetut tutkimukset valikoituivat tietokannoista: Pubmed, Medic ja EBSCO. Hakusanoina käytettiin termejä: hoitohenkilökunta, kokemukset, muistisairaus, dementia ja näiden variaatioita. Englanninkielisistä tietokannoista haku suoritettiin hyödyntämällä termejä: nursing staff, memory disease, dementia, experience ja näiden variaatiot. Tutkimuksia haettiin samoilla termeillä myös Google Scholarista. Tiedonhakua kuvaa taulukko 1.

Tutkimukset valikoitiin ensin otsikon perusteella, jonka jälkeen luettiin tiivistelmät. Tiivistelmien perusteella karsittiin pois tutkimukset, jotka eivät vastanneet tutkimuskysymyksen. Tämän jälkeen luettiin tulos osiot (n=10) ja koko tutkimukset, tässä osiossa ei enää ollut tarvetta karsia tutkimuksia. Lopulliseen aineistoon valikoitui kymmenen tutkimusta.

Taulukko 1. Tiedonhakutaulukko.

Tietokanta	Hakusanat	Kriteerit	Osumia	Valittujen tutkimusten määrä
<b>Cinahl Complete</b>	Nursing staff AND dementia OR Alzheimers	Full text 09-19	80	0
<b>Medic</b>	Hoit* AND muistisaira*	Full text 09-19	43	1
<b>PubMed</b>	Nursing staff AND experiences AND dementia	Full text 09-19	53	2
<b>EBSCO</b>	Nursing staff AND experiences AND dementia or Alzheimer or cognitive impairment or memory loss	Full text 09-19	42	4
<b>Google Scholar</b>				3
<b>Yhteensä</b>			218	10

Hakukriteereinä olivat kieli, saatavuus, tutkimusmaa, kohderyhmä, tutkimuksen laatu ja tutkimuksen ikä. Valituista tutkimuksista yhdeksän on julkaistu vuosina 2011-2019 ja yksi vuonna 2007. Tutkimuksista oli saatavilla koko teksti alkuperäisenä suomen- tai englannin kielellä, lähdeluettelot olivat näkyvissä ja niissä oli käytetty ajankohtaisia lähteitä. Tutkimuksista rajattiin pois ne, jotka eivät keskittyneet hoitohenkilökunnan kokemuksiin, jotta vastattaisiin tutkimuskysymykseen. Tutkimusten vähimmäistasona oli pro-gradu.

Jokaisessa valitussa tutkimuksessa oli selvästi ilmaistu tutkimuksen tekijän tai tekijöiden nimet, julkaisumaa ja -vuosi. Tutkimusten lähdeluettelot olivat helposti saatavilla, lähteinä hyödynnettiin ajankohtaista tutkittua tietoa ja niissä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä.

Tutkimuksista viidessä hyödynnettiin haastatteluja, kahdessa kirjallisuuskatsausta, yhdessä ryhmäkeskustelua, yhdessä kyselylomaketta ja yhdessä sekä haastattelua että kyselylomaketta. Haastatteluissa pienin otos oli 6 ja suurin 193. Kirjallisuuskatsauksien otokset olivat 5 ja 19. Ryhmäkeskusteluihin osallistui 87, kyselylomakkeeseen 132 ja kyselyn ja haastattelun yhdistelmään 6. (Taulukko 2).

Opinnäytetyön toisessa vaiheessa valitut tutkimukset järjestettiin taulukkomuotoon. Taulukkokoon 2. kirjattiin tutkimusten tekijät, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tarkoitus, otos

(n=) ja kohdejoukko, sekä aineistonkeruumenetelmät. Taulukkoon kirjattiin myös keskeiset tulokset tiivistettynä. Tutkimukset lisättiin taulukkoon aakkosjärjestyksessä tekijän nimen mukaan.

Taulukko 2. Analyysiin valitut tutkimukset.

<b>Tekijä, vuosi, maa</b>	<b>Tarkoitus</b>	<b>Otos n=</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
<b>Bryon, Dierckx De Casterle &amp; Gastmans. 2011. Belgia.</b>	Kartoittaa hoitajien kokemuksia sairaalahoitossa olevan muistisairaanhoidosta, koskien päätöstä keino- ja ravitsemuksesta ja -nesteytyksestä.	n=21 hoitajaa.	Kvalitatiivinen semi-strukturoitu haastattelu	Hoitajien todettiin liikuttuvan muistisairaiden haavoittuvuuden tähden. Tämän todettiin vaikuttavan sekä ammatillisella- että henkilökohtaisella tasolla. Hoitajien todettiin kohtaavan vaikeita ja eettisesti arkoja kokemuksia. Päätöksenteko prosessin todettiin vaikuttavan hoitajaan joko positiivisesti tai negatiivisesti.
<b>Bååt, Grondahl, Helgesen &amp; Perseus. 2016. Norja.</b>	Tutkia ja kuvata elämän tarinoiden käyttöä ja vaikutusta dementia potilaisiin, omaisiin ja hoitohenkilökuntaan.	n=5 tutkimusta vuosilta 2006-2015.	Kirjallisuuskatsaus	Elämäntarinoilla todetaan olevan yleisesti positiivinen vaikutus, potilaiseen, omaisiin ja hoitohenkilökuntaan.
<b>Cubit &amp; Robinson. 2007. Australia.</b>	Kuvata sairaanhoitajaopiskelijoiden kokemuksia vanhusten hoidosta.	n=87 sairaanhoitajaopiskelijaa, lisäksi näiden työharjoittelun ohjaajat.	Ryhmä- keskustelu	Hoitohenkilökunta ei kyennyt tukemaan opiskelijoita asianmukaisesti. Henkilökunta ei tyypillisesti tunnistanut opiskelijoiden kokevan potilaiden käyttäytymisen olevan häiritsevää. Opiskelijat kokivat olonsa usein pelokkaiksi ja uhatuiksi.
<b>Danbolt, Hauge, Kvigne &amp; Odbehr. 2015. Norja.</b>	Kartoittaa ja kuvata hoitajien kokemuksia muistisairaanhengellisestä hoidosta.	n=31 hoitajaa.	Ryhmä- haastattelu	Henkilökunnan todettiin omaavan vain vähän tietoa ja kokemuksia hengellisyyden hoitamisesta, tämän myötä ilmeni haluttomuutta asukkaan hengellisyyden hoitoon.

(jatkuu)

Taulukko 2. Jatkuu.

<b>Tekijä, vuosi, maa</b>	<b>Tarkoitus</b>	<b>Otos n=</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
<b>Gaal, Geritsen, Hazelhof, Koopmans &amp; Schoonhoven. 2016. Hollanti.</b>	Lisätä tietoa dementiapotilaan käyttäytymisen vaikutuksista hoitohenkilökuntaan.	n=19 tutki- musta	Kirjallisuus- katsaus	Hoitohenkilökunnan stressin aiheuttajana voivat olla asukkaat ja muu hoitohenkilökunta. Tästä on terveydellisiä ja psykologisia seuraamuksia hoitohenkilökunnalle.
<b>Hulqvist. 2013. Suomi.</b>	Tarkoituksena oli kuvata eri hoitajien toimintamalleja iäkkään muistisaira- raan hoitotyössä.	n=132 hoi- tajaa.	Strukturoitu kyselylomake	Tutkimuksen mukaan pienillä osastoilla toimitaan usein potilaan kanssa taitavasti, mutta suurilla osastoilla harvemmin. Työpaikkaansa tyytyväiset hoitajat toimivat usein paremmin, eivätkä kasettimaisesti. Hoitajan ammattitaito ja asenne vaikuttavat selkeästi työhön.
<b>Hynninen. 2016. Suomi</b>	Kuvata ja selittää ikääntyvän muistisaira- an potilaan hoitotyötä kirurgisella vuodeosastolla muistisairaiden potilaiden, omaisten, hoitohenkilökunnan, sekä lääkäreiden näkökulmasta.	n=7 muisti- sairasta, n=5 omaista, n=19 hoita- jaa ja n=19 lääkäriä. Toisessa vaiheessa n=193 hoitohenkilökuntaa.	Yksilö-, pari- ja ryhmähaastatteluilta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisälönanalyysillä.	Muistisaira- an potilaan hoitotyössä korostui lisääntynyt fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hoitotyön tarve. Muistisaira- an hoitotyö vei aikaa keskimäärin enemmän. Hoitohenkilökunta toi myös esille puuttuvaa tietotaitoa muistisaira- an hoitotyöhön. Pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat suhtautuivat välinpitämättömämmin muistisairaiden tarpeisiin.

(jatkuu)

Taulukko 2. Jatkuu.

<b>Tekijä, vuosi, maa</b>	<b>Tarkoitus</b>	<b>Otos n=</b>	<b>Menetelmä</b>	<b>Keskeiset tulokset</b>
<b>Häyhä. 2013. Suomi.</b>	Kuvata hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaiden hoitotyössä. Tutkimuksessa selvitettiin huumorin merkitystä hoitajille, hoitajien huumorin käyttöä ja sen vaikutuksia muistisairaisiin potilaisiin.	n=6 hoitajaa.	Tutkimusaineisto kerättiin avoimilla kysymyksillä ja teemahaastattelulla.	Hoitajat kokivat huumorilla olevan suurin merkitys hoitotyössä. Huumori vaikutti muistisairaana potilaan elämänlaatuun parantavasti. Huumori koettiin myös olennaiseksi osaksi vuorovaikutusta muistisairaiden kanssa.
<b>Laitinen. 2015. Suomi.</b>	Kuvata työntekijöiden kokemuksia TunteVa -työskentelystä ja niiden merkityksiä muistisairaiden kohtaamisessa.	n=6 hoitajaa, työkokemus 3-40v.	Avoimilla yksilöhaastattelulla, jotka nauhoitettiin, sekä litteroitiin. Aineisto analysoitiin fenomenologisella tavalla.	Tutkittavien kokemuksen mukaan TunteVa -työskentely auttaa haasteellisissa tilanteissa, mikä vähentää työntekijän kuormittumista ja auttaa jaksamaan työssä paremmin. Työntekijöiden tietoisuuden lisääminen muistisairaana käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä auttoi hoitotyössä.
<b>Rosendahl &amp; Söderman. 2016. Ruotsi.</b>	Kartoittaa hoitajien kokemuksia etnisten muistisairaiden hoidosta.	n=27 hoitajaa (12 suomenkielistä ja 15 ruotsinkielistä).	Kvalitatiivinen semi-strukturoitu haastattelu.	Henkilökunta, jolla ei ollut potilaan kanssa yhteistä kieltä pystyi antamaan laadukasta ja oikeudenmukaista hoitoa, mutta se koettiin haastavampana verrattuna hoitohenkilökuntaan, jolla oli yhteinen kieli potilaan kanssa. Hoitoa ei pystytty toteuttamaan kokonaisvaltaisesti, kun hoitaja oli eri kulttuurista kuin potilas.

## 5.2 Aineiston analyysi

Tiedonhaun avulla saadulle aineistolle tyypillisesti toteutetaan aineistolähtöinen sisällönanalyysi (Vilkkä 2015). Aineistoa analysoidessa tarkoituksena on järjestellä aineistoa ja tehdä yhteenvedoja valittujen tutkimusten tuloksista. Aineistoa järjestellään ja

luokitellaan etsien yhtäläisyyksiä ja eroja. (Axelin ym. 2016, 30-31.) Tutkimusaineistoa pelkistetään ja aineistosta karsitaan pois tutkimusongelman kannalta epäolennainen tieto (Vilka 2015).

Sisällönanalyysiä tehdessä aineistoa luetaan ja merkitään eli koodataan. Koodauksen avulla muodostetaan luokkia, kategorioita ja teemoja. Luokkia, kategorioita ja teemoja muodostetaan etsimällä yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia koodatusta aineistosta, muodostamalla aiheryhmiä ja vertailemalla näitä toisiinsa. (Axelin ym. 2016, 30-31.)

Aineiston vertailun avulla löytyneiden erojen, yhtäläisyyksien ja uudelleen ryhmittelyn avulla muodostetaan aineistosta johdonmukainen kokonaisuus eli synteesi (Axelin ym. 2016, 30-31; Vilka 2015). Tärkeää on pyrkiä muodostamaan yksittäisiä tutkimustuloksia laajempi kuva ja esitellä myös ristiriitaiset tulokset. Kirjallisuuskatsauksen yhteenveto toteutetaan tyypillisesti taulukkomuotoisena, joka edesauttaa kokonais kuvan muodostamisessa ja lisää ymmärrystä aineistosta. (Axelin ym. 2016, 30-31.)

Tiedonhaussa valikoituneet tutkimukset (n=10) luettiin läpi useaan otteeseen. Tutkimuskysymyksen kannalta merkittävät tulokset koottiin omiksi tiivistelmiksi kunkin tutkimuksen kohdalla ja epäolennainen tieto karsittiin pois. Nämä kymmenen tiivistelmää luettiin jälleen useaan otteeseen samalla etsien teksteistä yhtäläisyyksiä ja suurempia kokonaisuuksia. Tekstiä koodattiin värikoodein. Jokaisesta tutkimuksesta pyrittiin löytämään yleispätevä tulos, joka on sovellettavissa useaan tilanteeseen. Tuloksissa nousi esiin muutama näennäinen ristiriita, nämäkin tuotiin esille hyvän käytännön mukaisesti.

Aineisto ryhmiteltiin koodauksen pohjalta. Ryhmittelyn jälkeen jokaisen aihealueen tulokset jäsenneltiin ja aihealueista pyrittiin muodostamaan synteesi jakamalla aineisto aiheen mukaisiin ala- ja yläluokkiin. Ala- ja yläluokkien nimeäminen koettiin haastavana, sillä aineiston olisi voinut luokitella esimerkiksi työnantaja, hoitaja ja potilas sidonnaisiin tekijöihin. Tähän ei kuitenkaan päädytty, sillä nykyisen luokittelun avulla välttyttiin paremmin päällekkäisyyksiltä ja saatiin tarkempi kuvaus hoitohenkilökunnan kokemuksista. Tätä ryhmittelyä havainnollistettiin taulukkomuotoon, jossa esitettiin myös tiivistetty tulos (Kuvio 1).

Opinnäytetyön tekeminen alkoi elokuussa 2019 aiheen valitsemisella. Lokakuussa 2019 tutkimuskysymys oli päätetty. Marraskuussa 2019 mukaanottokriteerit täyttäviä tutkimuksia valikoitui yhteensä 10 kappaletta. Opinnäytetyö valmistui joulukuussa 2019 ja se julkaistaan Theseuksessa.

## 6 TULOKSET

Tutkimuksessa tarkastellaan hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaahan hoitotyöstä. Tulokset jakautuvat pääluokkaan, yläluokkiin ja alaluokkiin (Kuvio 1). Yläluokat jakavat aihealueet, jotka vaikuttivat hoitohenkilökunnan kokemuksiin. Alaluokat avaavat tarkemmin kunkin yläluokan sisältöä.

Tulosten mukaan hoitohenkilökunnan kokemukset liittyivät työnantajasta riippuvaisiin, vuorovaikutustaitoihin liittyviin, häiriökäyttäytymiseen liittyviin sekä hengellisiin ja eettisiin tekijöihin.



Kuvio 1. Hoitohenkilökunnan kokemukset muistisairaahan hoidosta.

## 6.1 Työnantajasta riippuvaiset tekijät

Työnantajasta riippuvaiset tekijät jaoteltiin alaluokkiin: työyhteisön vaikutus kokemukseen ja koulutuksen vaikutus kokemukseen.

**Työyhteisön vaikutus kokemukseen** oli sekä eheyttävä että rikkova. Työyhteisössä hoitajan kokemukseen vaikutti suuresti hoitajan rooli potilasta koskevassa päätöksenteossa. Hoitajien roolin potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa todettiin olevan riippuvainen lääkäristä, joka muodosti lopullisen päätöksen. Hoitajien kokemukseen vaikutti vahvasti kokemus siitä, ottiko lääkäri hoitajien mielipiteen ja ammattitaidon huomioon vai tekikö tämä päätöksen näennäisesti mielivaltaa käyttäen. Tehdessään itse päätöksiä hoitajat kokivat työyhteisön lisäksi olevansa potilaan ja omaisten välissä. Nämä tekijät vaikuttivat vahvasti hoitajien kokemukseen. (Bryon ym. 2011.)

Hoitohenkilökunnan kokemus työpaikan yleisestä viihtyvyydestä todettiin vaikuttavan hoitajan tapaan kohdella potilasta. Työpaikkaansa tyytyväiset hoitajat kohtelivat muistisairaita potilaita yksilöllisemmin ja paremmin. (Hultqvist 2013.) Myös hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin tukeminen edisti potilaan hyvää hoitoa. (Hynninen 2016).

**Koulutuksen vaikutus kokemukseen** nousi esille kuudessa tutkimuksessa (Båått ym. 2016; Cubit & Robinson 2017; Danbolt ym. 2015; Gaal ym. 2016; Hynninen 2016; Hultqvist 2013). Hoitohenkilökunnan kokemuksiin vaikuttivat saadun tuen ja ohjauksen määrä (Cubit & Robinson 2017), lisäkoulutukset (Hultqvist 2013) ja koulutustaso (Gaal ym. 2016; Hynninen 2016). Riittämättömän tuen ja ohjauksen todettiin vaikuttavan negatiivisesti sairaanhoitajaopiskelijan kokemukseen vanhustyöstä ja tämän kykyyn tarjota tehokasta hoivaa (Cubit & Robinson 2017).

Lisäkoulutuksen todettiin lievittävän hoitajien stressin kokemusta. Hoitohenkilökunta koki olevansa itsevarmempi ja vähemmän stressaantunut opittuaan miten haastavaa käyttäytymistä hallitaan. (Gaal ym. 2016). Lisäkoulutukseen osallistuneet hoitajat arvioivat osaamisensa paremmaksi muistisairaiden hoidossa kuin he, jotka eivät olleet osallistuneet koulutukseen (Hultqvist 2013; Hynninen 2016). Lähi- ja perushoitajien todettiin suhtautuvan sairaanhoitajia useammin huumorilla potilaan käytösoireisiin (Hynninen 2016).



Koulutuksen puute tuli tutkimuksissa ilmi hoitohaluttomuutena ja virheiden pelkona. Hoitajat ilmaisivat omaavansa vain vähän teoreettista tietoa hengellisestä hoidosta, joka ilmeni haluttomuutena hoitaa asukkaan hengellisyyttä. Nämä hoitajat ilmaisivat pelkäävänsä virheitä, sillä he eivät olleet tietoisia asiakkaan tavasta harjoittaa uskoaan. (Danbolt ym. 2015.)

Hoitohenkilökunnan ymmärryksen kasvu, koskien potilaan käyttäytymistä, sai aikaan voimaantumisen tunnetta. Henkilökunta koki kykenevänsä antamaan ihmissuhdekeskeistä hoitoa tehtäväkeskeisen hoidon sijaan. Ymmärryksen lisääntyessä myös henkilökunnan asenteet muuttuivat toiveikkaammiksi ja henkilökeskeisimmiksi. (Bååt ym. 2016.)

## 6.2 Vuorovaikutustaitoihin liittyvät tekijät

Vuorovaikutustaitoihin liittyvät tekijät jaoteltiin alaluokkiin: kommunikaation vaikutus kokemukseen, vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät ja vuorovaikutus omaisten kanssa.

**Kommunikaation vaikutus kokemukseen** oli sidonnainen hoitajan puhumaan kieleen (Danbolt ym. 2015; Rosendahl & Söderman 2016), hoitajan etnisyyteen (Rosendahl & Söderman 2016), työyhteisöön (Bryon ym. 2011) ja luovan kommunikaation käyttöön (Hynninen 2016; Häyhä 2013).

Hoitohenkilökunta koki, etteivät potilaan tarpeet täyttyneet yhteisymmärryksen ja yhteisen kielen uupuessa (Danbolt ym. 2015.; Rosendahl & Söderman 2016). Hoitajat, jotka jakoivat potilaan kielen ja kulttuurin, kokivat pystyvänsä antamaan kokonaisvaltaisempaa hoitoa eri kulttuuri- ja kieliryhmästä oleviin hoitajiin verrattuna (Rosendahl & Söderman 2016).

Hoitajat kokivat, muistisairauden luonteesta johtuen, tulkinnan potilaan tahdosta ja toiveista olevan usein epävarmoja ja harvoin selviä (Bryon ym. 2011). Hoitohenkilökunta koki sanallisen viestinnän merkityksen muutenkin muistisairaahan hoidossa vähentyvän sairauden edetessä ja korvaantuvan sanattomalla viestinnällä. Toisaalta osan mielestä sanallisen viestinnän merkitys ei häviä muistisairaahan puhekyvyn hävitessä, sillä sairauden loppuvaiheillakin monet muistavat lauluja ja rukouksia. (Rosendahl & Söderman 2016.)

Tehtäessä päätöksiä potilaan hoidosta hoitohenkilökunnan mielipiteen vaikutus yksittäisen hoitajan kokemukseen havaittiin olevan merkittävä, sekä eheyttävässä että rikkovassa mielessä. Riippumatta muun hoitohenkilöstön mielipiteestä, jos avoin kommunikatio oli olemassa, kokivat yksittäiset hoitajat kokemuksensa positiiviseksi. (Bryon ym. 2011.)

Luovuuden käyttö hoitotilanteissa koettiin positiivisena ilmiönä muistisairaiden kanssa työskennellessä. Laulamisen, muistisairaana kanssa menneistä ajoista keskustelemisen ja hoitajan aidon läsnäolon koettiin helpottavan yhteistyötä muistisairaana kanssa. (Hynninen 2016.) Huumorin todettiin parantavan muistisairaiden ihmisten elämänlaatua ja se lisäsi vuorovaikutuksen määrää hoitajien ja potilaiden välillä. Huumorin koettiin rentouttavan ja lievittävän jännitystä. (Häyhä 2013.)

**Vuorovaikutukseen vaikuttavat tekijät** muistisairaana hoidossa jakautuivat vuorovaikutusta lisääviin ja laskeviin tekijöihin. Vuorovaikutusta lisäsivät henkilökunnan alhainen stressitaso (Gaal ym. 2016), korkea koulutustaso ja lisäkoulutukset (Hynninen 2016; Hultqvist 2013), potilaan hyvä tunteminen (Bååt ym.2016).

Vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä heikensivät alhainen koulutustaso ja lisäkoulutuksen puute (Hynninen 2016; Hultqvist 2013), korkea stressitaso (Gaal ym. 2016), potilaan haastava käyttäytyminen (Hultqvist 2013), potilaan heikko tunteminen (Bååt ym. 2016) ja pitkä työkokemus (Hynninen 2016). Potilaan haastava käyttäytyminen lisäsi hoitohenkilökunnan hyljeksivää toimintaa hoitotyössä (Hultqvist 2013).

Hoitajan pitkän työkokemuksen todettiin olevan yhteydessä välinpitämättömyyteen koskien käytösoireita (Hynninen 2016). Hoitajan koulutustaso vaikutti hoitajan tapaan reagoida potilaaseen (Hynninen 2016; Hultqvist 2013). Lähi- sekä perushoitajat suhtautuivat sairaanhoitajia useammin huumorilla käytösoireisiin (Hynninen 2016). Lisäkoulutuksen käyneillä työ oli sujuvampaa sekä kasettimaiselta ja kylmältä rutiinilta välttyttiin (Hultqvist 2013).

Henkilökunnan ja dementoituneen väliseen vuorovaikutukseen vaikutti henkilökunnan tietämys dementoituneesta yksilönä. Hoitajien tuntiessa potilaan ja tämän elämäntarinan, hoitosuhde kehittyi. Hoitohenkilökunta koki potilaan syvemmän tuntemisen edesauttavan dementoituneen näkemistä enemmän kuin potilaana ja edistävän ymmärrystä henkilöstä, jota hoidetaan. Hoitohenkilökunta koki voimaantumista ja kykyä antaa

ihmissuhdekeskeistä hoitoa tehtäväkeskeisen hoidon sijaan, kun ymmärrystä koskien potilaan elämää ja käyttäytymistä lisättiin. (Bååt ym. 2016.)

Hynnisen (2016) tutkimuksessa havaittiin pitkän työkokemuksen omaavien hoitajien reagoivan välinpitämättömämmin muistisairaiden käytösoireisiin. Täydennyskoulutukseen osallistuneet hoitajat puolestaan toimivat taitavammin muistisairaana kanssa, kuin ne hoitajat, jotka eivät olleet osallistuneet täydennyskoulutuksiin (Hultqvist 2013). Hoitomotiivaatioon kasvattavasti vaikuttivat henkilökunnan hyvä potilaan elämäntuntemus (Bååt ym. 2016), henkilökunnan kokemus potilaan haavoittuvuudesta (Bryon ym. 2011) ja henkilökunnan korkea koulutustaso (Hultqvist 2013).

Hoitomotiivaatioon vaikutti heikentävästi henkilökunnan stressaantuminen (Gaal ym. 2016), hoitajan pitkä työkokemus ja hoitajan alhainen koulutustaso (Hynninen 2016). Stressaantumisen todettiin aiheuttavan kompromissien tekemistä hoitotyössä, lisääntyntä toistuvaa poissaoloa ja henkilökunnan vaihtuvuutta, asukkaille takaisin huutamista ja jopa asukkaiden pahoinpitelyä (Gaal ym. 2016).

**Vuorovaikutusta omaisten kanssa** kommentoitiin tutkimuksista kahdessa (Bryon ym. 2011; Hynninen 2016). Omaisten osallisuus ja vaikutus koettiin toisaalta miellyttävänä ja avoimena ja toisaalta hajottavana (Bryon ym. 2011; Hynninen 2016). Vuorovaikutus omaisten kanssa aiheutti henkilökunnalle ristiriitaisia ajatuksia potilaan hoitoa koskien (Hynninen 2016). Hoitohenkilökunta halusi toteuttaa haavoittuvan potilaan toiveita ja toisaalta lievittää kärsivien omaisten tuskaa (Bryon ym. 2011).

### 6.3 Häiriökäyttäytymiseen liittyvät tekijät

Häiriökäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät jaettiin alaluokkiin: stressin kokemus, väkivallan kokemus ja työn herättämiä tunteita.

**Stressin kokemukseen** hoitohenkilökunnassa vaikuttivat hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet (Gaal ym. 2016): hoitajan ikä (Gaal ym. 2016), kokemus (Gaal ym. 2016; Cubit & Robinson 2007), koulutus (Gaal ym. 2016), hoitovastuun jakautuminen (Hynninen 2016) ja potilaiden levottomuus (Gaal ym. 2016).

Haastavan käyttäytymisen aiheuttaman stressin todettiin korreloivan suhteessa hoitajan ikään: mitä vanhempi hoitaja oli, sitä vähemmän hän koki haastavan käyttäytymisen aiheuttamaa uupumusta (Gaal ym. 2016).

Mitä kauemmin hoitajat työskentelivät yksikössä, sitä enemmän he kokivat väkivaltaa, samaan aikaan he kuitenkin kokivat vähemmän stressiä. Väkivallan lisääntyessäkin stressitaso pysyi alhaisena, jos hoitaja oli kokenut. Mitä vähemmän työkokemusta hoitajalla oli, sitä enemmän stressiä tämä koki haastavasta käyttäytymisestä, vaikka väkivallan määrä olisi suhteessa alhaisempi. (Gaal ym. 2016.)

Sairaanhoitajaopiskelijat kokivat pelkoa, järkytystä ja surua työskennellessään muistisairaiden kanssa, kokeneemmalla hoitohenkilökunnalla tätä kokemusta ei ollut. Kokenut hoitohenkilökunta koki dementia työn hyvin tutuksi, eivätkä hoitotilanteet aiheuttaneet opiskelijoiden kaltaisia reaktioita. (Cubit & Robinson 2007.)

Hoitoavustajat kokivat sairaanhoitajia enemmän stressiä haastavan käyttäytymisen yhteydessä. Stressin kokemista voitiin kuitenkin vähentää lisäkoulutuksen avulla. Hoitohenkilökunta oli itsevarmempi ja vähemmän stressaantunut opittuaan miten haastavaa käyttäytymistä hallitaan. (Gaal ym. 2016.)

Hoitovastuun jakautuminen muistisaira hoidossa ehkäisi yksittäisten hoitajien uupumista (Hynninen 2016). Asukkaan levottomuuden todettiin olevan yhteydessä hoitohenkilökunnan subjektiiviseen terveyden kokemukseen negatiivisesti (Gaal ym. 2016).

Työpaikalla koetun stressin todettiin vaikuttavan hoitajan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen negatiivisesti ja lisäävän stressiperäisiä työpoissaoloja. Korkea stressi korreloi kasvattavasti seuraavien tekijöiden kanssa: hoitohenkilökunnan negatiivinen käyttäytyminen suhteessa potilaaseen, kompromissien tekeminen hoitotyössä, toistuvat poissaolot ja henkilökunnan vaihtuvuus, potilaille takaisin huutaminen ja jopa potilaiden pahoinpitely. (Gaal ym. 2016.)

**Väkivallan kokemus** hoitotyössä muistisaira kanssa oli fyysistä väkivaltaa, levottomuutta tai yhteistyökyvyttömyyttä, epäsovivaa tai arvaamatonta käyttäytymistä (Gaal ym. 2016). Suurin osan henkilökunnasta kokee dementia työssä ilmenevän väkivaltaisuu den ja sosiaalisten normien laiminlyö misen (dementoituneen osalta) olevan normaalia ja hyväksyttävää (Cubit & Robinson 2007).

Aggressiivinen käytös vaikutti hoitajien psyykkiseen, sekä fyysiseen hyvinvointiin. (Hultqvist 2013; Hynninen 2016). Hoitajien tottuessa väkivaltaiseen käytökseen, sivistyksen ja kohteliaisuuden puutteeseen, eivät he havainneet varoittaa tästä käytöksestä opiskelijoita (Cubit & Robinson 2007).

Hoitajan kokemaan väkivallan määrään vaikuttivat työkokemus yksikössä (Gaal ym. 2016), hoitohenkilökunnan asenteet ja vuorovaikutus muistisairaankanssa (Laitinen 2015). Mitä kauemmin hoitajat työskentelivät yksikössä, sitä enemmän he kokivat väkivaltaa (Gaal ym. 2016). Heikko vuorovaikutus ja huono asenne potilasta kohtaan lisäsivät aggressiivisuutta (Laitinen 2015).

**Työn herättämiä tunteita** tutkimuksissa kuvailtiin emotionaalisesti haastaviksi (Bryon ym. 2011) ja laajasti negatiivisiksi (Bryon ym. 2011; Cubit & Robinson 2007; Hultqvist 2013; Hynninen 2016; Laitinen 2015).

Havaitessaan muistisairaiden potilaiden puolustuskyvyttömyyden, haurauden ja riippuvuuden hoitohenkilökunnassa heräsi empatia potilaita kohtaan. Hoitajat kokivat potilaiden näkemisen tällaisessa voinnissa olevan emotionaalisesti haastavaa. Hoitajat kokivat muistisairaankhoidon vaikuttavan hoitajaan sekä ammattilaisena että yksityisenä henkilönä. Potilaiden väsymys elämään ja heidän kokemansa merkityksettömyyden tunne näkyivät hoitajille ja herättivät näissä velvollisuudentunnon vastata potilaan tunteisiin. (Bryon ym. 2011.)

Sairaanhoitajaopiskelijat kokivat pelkoa, järkytystä ja surua työskennellessään muistisairaiden kanssa (Cubit & Robinson 2007). Hoitohenkilökunta, joka koki olevansa kykenemätön lievittämään potilaan kärsimystä ja joutui toteuttamaan mielestään moraalitonta päätöstä, koki voimakkaita negatiivisia tunteita, kuten voimattomuutta, turhautumista, vihaa, epäuskoa, suuttumusta, vääristyneisyyttä, ja inhoa (Bryon ym. 2011). Osassa hoitohenkilökuntaa potilaan käytösoireet herättivät pelkoa (Hynninen 2016). Muistisairaiden kanssa työskenteleminen koettiin kuormittavaksi sekä fyysisesti että psyykkisesti (Hultqvist 2013). Myös Laitisen (2015) tutkimuksessa hoitajat kuvailivat työkokemustaan kuormittavaksi.

#### 6.4 Hengelliset ja eettiset tekijät

Hengellisiin ja eettisiin tekijöihin vaikuttavat asiat jaettiin alaluokkiin: hengellisyyden hoidon kokemus ja eettisen kysymysten kokemus.

**Hengellisyyden hoidon kokemusta** tarkasteltiin tutkimuksista yhdessä. Hoitohenkilökunta koki potilaan uskonnon harjoittamisessa ja hengellisen hoidon antamisessa epävarmuutta. Hoitajat kokivat olevansa epävarmoja hengellisen hoidon merkityksestä ja sisällöstä. Hoitohenkilökunta koki suoriutuvansa erinomaisesti yleisestä dementiapotilaan hoidosta, mutta he olivat epävarmoja kyvystään tarjota uskonnollista hoitoa. (Danbolt ym. 2015.)

Hoitajat kokivat joutuvansa turvautumaan intuitioon antaessaan hengellistä hoitoa. Hoitajat näkivät potilaiden hengelliset tarpeet, mutta eivät kokeneet omaavansa yhteistä kieltä, jolla hengellisyyttä olisi voitu toteuttaa. Osa hoitajista ilmaisi pelkäävänsä virheitä, sillä eivät olleet tietoisia asiakkaan tavasta harjoittaa uskoa. (Danbolt ym. 2015.)

**Eettisten kysymysten kokemus** hoitohenkilökunnassa jakautui kysymyksiin potilaan tahdon noudattamisesta, hoitajan omasta vakaumuksesta ja päätöksenteosta. Hoitohenkilökunnan negatiiviset tunteet kohosivat, jos potilaan tahtoa ei toteutettu. Jos puolestaan potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin, kokivat hoitajat olevansa tyytyväisiä ja panoksensa olleen merkityksellinen. (Bryon ym. 2011.)

Suorittaessaan omaa henkilökohtaista vakaamusta vastaan olevia tehtäviä, koki henkilökunta olonsa vääristyneeksi. Jos hoitajat eivät kyenneet lievittämään potilaan kärsimystä ja joutuivat toteuttamaan päätöstä, jonka kokivat moraalisesti vääräksi, he kokivat voimakkaita negatiivisia tunteita kuten voimattomuutta, turhautumista, vihaa, epäuskoa, suuttumusta ja inhoa. (Bryon ym. 2011.)

Päätöksenteossa hoitajat kokivat olevansa potilaan, lääkärin, omaisten ja muun hoitohenkilökunnan välissä. Nämä neljä tekijää vaikuttivat vahvasti hoitajien kokemukseen. (Bryon ym. 2011.) Hoitajien kokemukseen vaikutti vahvasti myös kokemus siitä, ottiko lääkäri hoitajien mielipiteen ja ammattitaidon huomioon vai tekikö tämä päätöksen näennäisesti mielivaltaansa käyttäen (Bryon ym. 2011).

## 7 OPINNÄYTETYÖN EETTISET NÄKÖKOHDAT JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyön toteutuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta, tulosten tallentamisessa, esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää arvioida tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta. Käytettyjen käsitteiden on sovitettava tutkimusongelman ja aineiston sisältöihin. (Jyväskylän yliopisto 2010.) Uskottavuus perustuu eettisyyden ja hyvän tieteellisen käytännön noudattamiseen (Sarajärvi & Tuomi 2017).

**Tutkimusetiikalla** tarkoitetaan vastuullisten ja oikeiden toimintatapojen noudattamista, loukkauksien ja epärehellisyyden tunnistamista ja torjumista. Loukkauksia ovat esimerkiksi puutteellinen viittaus, huolimattomuus tai harhaanjohtavuus. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Läpinäkyvyys on olennainen osa tutkimusetiikkaa (Vilkkä 2015).

Opinnäytetyössä pyrittiin rehellisyyteen ja yleiseen huolellisuuteen jokaisessa työn vaiheessa. Tiedonhaun prosessi, valintakriteerit ja valikoidut tutkimukset pyrittiin esittämään asiaankuuluvalla tarkkuudella. Opinnäytetyöhön valituissa tutkimuksissa oli huomioitu eettiset näkökohdat. Valikoiduissa tutkimuksissa oli noudatettu hyviä eettisiä periaatteita. Haastattelututkimuksissa vastaajat olivat vapaaehtoisia ja heidän anonymiteettiään kunnioitettiin.

Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjen töiden tekstiä ei ole plagioitu, vaan sovellettu vääristämättä alkuperäisiä tuloksia. Plagioinniksi eli luvattomaksi lainaamiseksi katsotaan toiminta, jossa toisen tekstiä esitetään omana (Hirsjärvi ym. 2009). Opinnäytetyössä käytettyihin lähteisiin on viitattu oikeaoppisesti, sekä jokaiseen lähdeviitteeseen löytyy lähde lähdeluettelosta, joka on aakkosjärjestyksessä tekijän sukunimen mukaan.

Työstä tehtiin opinnäytetyösopimus toimeksiantajan kanssa. Sopimuksessa ilmaistiin tutkimuskysymys ja -menetelmä, sitoumus eettiseen toimintaan sekä arvioitu aikataulu. Opinnäytetyön toteutuksessa noudatettiin sopimuksen ehtoja ja työ valmistui joulukuussa 2019.

**Luotettavuutta** eli reliabiliteettia arvioidessa tarkastellaan, onko tutkimuksessa tutkittu sitä mitä on luvattu. Samoin tulee ottaa kantaa aineiston keruuseen, aineiston valintaan ja tutkimuksen keston. (Sarajärvi & Tuomi 2017.) Luotettavuuden tärkein kriteeri on kuitenkin tutkija itse ja tämän rehellisyys. Tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut tulee esittää läpinäkyvästi ja tutkijan tulee arvioida tutkimuksensa luotettavuutta jokaisen tekemänsä valinnan kohdalla, kuvata ja perustella tutkimustekstissään, mistä valintojen joukosta valinta on tehty, mitä nämä ratkaisut ovat olleet ja miten hän on lopullisiin ratkaisuihinsa päätenyt. Arviointi ratkaisujen tarkoituksenmukaisuudesta ja toimivuudesta toteutetaan tavoitteiden kannalta. (Vilkkä 2015.)

Luotettavuutta arvioidessa tulee huomioida puolueettomuus. Tutkijan tulee arvioida oman roolinsa merkitystä tutkittavan yhteisön jäsenenä, oman yhteiskunnallisen asemansa, sukupuolensa, ikänsä, arvojensa tai asenteidensa merkitystä tutkimuksessa tehtyyn tulkintaan. Tutkimuksen tulee olla arvovapaata. Arvovapaaksi tutkimuksen tekeekin juuri se, että tutkija paljastaa tutkimukseen vaikuttavat arvonsa ja harjoittaa läpinäkyvyyttä. (Vilkkä 2015.)

Työhön valittiin ainoastaan luotettavia tutkimusongelmaan vastaavia yliopistotason tutkimuksia, jotka olivat julkaistu viimeisen kahdentoista vuoden aikana. Aihe pyrittiin rajaamaan tarkasti tutkimuskysymyksen ympärille, jonka vuoksi 218:sta osumasta valikoitui vain kymmenen. Aineiston keruu sekä valinta- ja poissulkukriteerit on pyritty ilmaisemaan läpinäkyvästi tutkimustekstissä.

Tiedonhaussa pyrittiin hakusanojen tarkalla valinnalla rajaamaan tuloksia koskemaan juuri muistisairautta ja hoitohenkilökuntaa. Tiedonhaussa käytettyjä hakusanoja mietittiin pitkään, erityisesti muistisairautta kuvaavan termistön osalta. Hakusanoihin päädyttiin lisäämään myös muistisairauden oiretta kuvaava termi dementia, sillä se tyypillisesti assosioituu laajan populaation mielessä termin muistisairaus kanssa. Termien hoitohenkilökunta ja kokemukset koettiin myös käännettynä omaavan saman merkityksen eri länsimaissa. Termien muistisairaus ja dementia edustavuus pysyi käännettynä kohtalaisen samana. Hyvä on kuitenkin havainnoida, että sanoilla voi olla merkityksiä, jotka eivät käännettynä välity lukijalle (Väestöliitto 2019).

Tietokannat, joihin haku suoritettiin ja joista tutkimukset valittiin, ovat luotettavia ja yleisesti tunnustettuja. Tietokannoista valitut tutkimukset, Google Scholaria lukuun ottamatta, olivat joko osittain- tai kokonaan julkaistut tieteellisessä lehdessä ja täten läpäisseet julkaisuprosessin pätevyysvaatimukset. Julkaisutiedot on kirjattu jokaisen



tutkimuksen kohdalle lähdeluetteloon. Google Scholarista valikoidut tutkimukset löytyivät sivutuotteena tietoperustaa kirjoittaessa, manuaalihakua vastaavalla tavalla.

Tähän tutkimukseen valikoidut tutkimukset edustavat kohtalaisesti olemassa olevaa aiheeseen liittyvää dataa. Edustavuutta lisäsi tutkimuksien haku kahdella kielellä, sillä suomalaisia tutkimuksia aiheesta löytyi melko vähän. Kohdejoukot osassa tutkimuksista olivat verrattain pieniä ( $n=6$ ) ja osassa taas varsin laajoja ( $n=193$ ). Tämä kohdejoukkojen koon vaihtelevuus voi hämätä edustavuutta, sillä pienessä ja spesifissä tutkimuksessa jo yksittäinen poikkeama saa aikaan prosentuaalisesti merkittävän poikkeaman. Toisaalta pienempien tutkimusten syvyyttä on haastavaa saavuttaa laajassa mittakaavassa.

Aineiston koostuessa ainoastaan englannin- ja suomenkielisistä tutkimuksista, työstä on automaattisesti rajattu pois muilla kielillä toteutetut tutkimukset. Kaikkia aiheesta kertovia tutkimuksia ei myöskään voitu valita käyttöoikeuksien puutteen vuoksi. Nämä tekijät saattavat väärentää tutkimuksen tulosta. Jos käytössä olisivat olleet muutkin julkaisukielet ja saatavuusmuodot, olisi aineistoa ollut enemmän ja tulokset todennäköisesti olleet kattavammat.

Opinnäytetyön aihetta on pyritty käsittelemään niin, etteivät tekijöiden ennakkokäsitykset vaikuta tuloksiin. Tutkimus on pyritty pitämään aate- ja ideologia vapaana. Molemmat tekijät ovat kantasuomalaisia, kuuluvat samaan yhteiskunta- ja ikäluokkaan, ovat koulutuksensa puolesta tutkittavan yhteisön jäseniä, omaavat työkokemusta muistisairaanhoidosta, mutta eivät omaa aikaisempaa hoitoalan koulutusta. Nämä tekijät saattavat vaikuttaa sisällönanalyysin monipuolisuuteen.

Opinnäytetyön tekijöiden sama sosioekonominen tausta ja verrattain suuri homogeenisyys saattavat tiedostamatta vaikuttaa koko tutkimusprosessiin. Tekijöillä on todennäköisesti taipumus pitää samoja tekijöitä merkittävinä, johtaen yksipuoliseen havainnointiin esimerkiksi jo aineiston valinnassa. Jos tekijöinä olisi ollut eri kulttuureista, työkokemuksesta ja koulutustaustasta tulevat henkilöt, olisi aineisto ja tulkinta mahdollisesti erilaiset. Toisaalta tekijät ovat eri sukupuolta ja eroavat uskonnolliselta ideologialtaan. Yleisesti työn luotettavuutta kuitenkin lisää kahden tekijän panos, jolloin mahdollisten virhetulkintojen määrä ja sokeus omalle tekstille vähenee.

Eskolan ja Suorannan (2000) mukaan ihmiset antavat kulttuurista toiseen ja samankin kulttuurin sisällä samoille ilmiöille ja kulttuurituotteille erilaisia merkityksiä. Molemmat opinnäytetyön tekijöistä puhuvat äidinkielenään suomea ja ovat kasvaneet suomalaisessa kulttuurissa, joten on hyvä myös huomioida mahdollisuus termien

väärinymmärrykseen ja tämän myötä väärään tulkintaan. Tutkimuksissa hyödynnetty sanasto oli kuitenkin opinnäytetyön tekijöille tuttua, joten käänkösvirheiden riski on melko pieni.

**Tulkinnan yleistettävyyden** tausta-ajatuksena on oletamus, että tutkittavan ilmiön pohjalta voidaan saada osviittaa myös muita vastaavanlaisia tapauksia varten. Yksittäistä tapausta tutkittaessa riittävän perusteellisesti, saadaan esille se, mikä ilmiössä on merkittävää ja mikä saattaisi toistua myös yleisemmän tason tarkastelussa. (Hirsjärvi ym. 2009.) Vilkan (2015) mukaan tämä yleistettävyys voidaan esittää väitteenä. Aineiston yleistettävyys muodostuu tulkinnan pohjalta, joka puolestaan syntyy tutkijan, teorian ja tutkimusaineiston välisestä vuoropuhelusta (Vilka 2015).

Yleistettävyttä lisää aineiston järkevä valinta ja mahdolliset vertailuasetelmat. Vertailuasetelmat ovat laadullisessa tutkimuksessa hyvin hankalia. Yleistämistä voidaan ajatella myös siirrettävyytenä, eli tutkimustulosten soveltumista toiseen toimintaympäristöön. (Eskola & Suoranta 2000.) Siirrettävyyteen vaikuttavat tutkitun aineiston ympäristön ja tulosten siirtokohteen ympäristön samankaltaisuus (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006).

Tutkimukset pyrittiin valitsemaan järkevästi ja tarkasti otsikon, tiivistelmän ja tutkimuksien tutkimuskohteen mukaan. Tutkimuksia valikoitui hallittava määrä, joka mahdollisti tarkan sisällönanalyysin. Tutkimukset koskivat eri kohdejoukkoja, jotka kuitenkin ominaisuuksiltaan täytti tutkimusongelman asettamat kriteerit.

Yksittäiset tutkimukset läpikäytiin tarkasti ja niistä pyrittiin saamaan selville, mikä tuloksissa on merkittävää ja saattaisi toistua myös yleisemmän tason tarkastelussa. Tämän vaiheen vilpittömyyteen ja totuudenmukaisuuteen saattoi tahattomasti vaikuttaa tekijöiden ominaisuudet, koskien erityisesti työkokemusta. Tekijät ovat saattaneet huomauttaa pitää yleistettävänä ilmiöitä, jotka olivat tekijöille itselleen tuttuja vastaavista tilanteista.

Tutkimuksista neljä oli suomalaisia ja kuusi kansainvälisiä. Tutkimuksista seitsemän oli pohjoismaalaisia. Jokainen tutkimuksista oli tuotettu länsimaissa, joissa hoitotyötä ohjaavat linjaukset ja toimintaperiaatteet ovat pääpiirteittäin samoja. Länsimaissa populaation moraalikäsitys, kulttuuri ja lainsäädäntö ovat myös pitkälti yhteneväisiä. Muistisairaudet, niiden vaikutukset ja vanhustyön haasteet ovat länsimaissa tyypillisiä ja hoitoalalla hyvin tunnettuja. Tutkimusaineiston ympäristö ja suomalainen ympäristö ovat

hoitotyön näkökulmasta melko samankaltaisia. Tämän vuoksi voidaan hyvin olettaa myös kansainvälisten tutkimusten olevan yleistettävissä Suomessa työskentelevään hoitohenkilökuntaan.

On myös hyvä huomata osan tutkimuksista edustavan hyvin spesifiä joukkoa (Bryon ym. 2011; Rosendahl & Söderman. 2016), joka saattaa hämätä tuloksien yleistettävyyden korrektiutta ja sovellettavuutta. Osa tutkimuksista ei otsikoinniltaan ollut täysin relevantteja tutkimuskysymyksen kannalta (Danbolt ym. 2015; Häyhä 2013; Laitinen 2015). Tutkimukset päätettiin kuitenkin sisällyttää katsaukseen, sillä niissä ilmenneet periaatteet ja tulokset vastasivat omalla tavallaan tutkimuskysymykseen. Hirsjärven ym. (2009) mukaan yksittäisessä tutkimuksessakin on jotain yleistä.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää, millaisia kokemuksia hoitohenkilökunnalla on muistisairaana potilaan hoitotyöstä. Tavoitteena on lisätä tietoa ja sitä kautta hoitohenkilökunnan osaamista muistisairaana potilaan hoitotyöstä. Muistisairaiden määrä on räjähdysmäisessä nousussa, jonka myötä hoitohenkilökunta kohtaa yhä useammin muistisairaita potilaita väestön ikärakenteen muuttuessa.

Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että hoitajien kokemukseen muistisairaana potilaan hoitotyössä vaikuttaa moni tekijä. Tuloksista käy ilmi hoitohenkilökunnan kokemuksen olevan yhteydessä hoitajan henkilökohtaisiin ominaisuuksiin, kuten työkokemukseen (Gaal ym. 2016; Hynninen 2016), koulutustasoon (Gaal ym. 2016; Hynninen 2016) ja ikään (Gaal ym. 2016). Muistisairaana hoitotyön kokemuksiin vaikuttivat myös työnantajasideonaiset tekijät, kuten lisäkoulutusten määrä (Gaal ym. 2016; Hultqvist 2013), työilmapiiri (Bryon ym. 2011) ja yleinen työviihtyvyys (Hultqvist 2013).

Muistiliiton (2017a) mukaan muistisairas voi kokea itseilmaisun haastavaksi. Tämä tyyppillisesti johtaa turhautumiseen ja turhautuminen helposti käytöshäiriöihin, jopa aggressioon (Muistiliitto 2017a). Ruokosken (2013) mukaan muistisairaana tyyppillisimpiä käytösoireita ovat levottomuus, ahdistunut vaeltelu, aggressio, sekä harhaisuus. Nämä puoltavat Gaal ym. 2016 julkaistun tutkimuksen tuloksia, joissa hoitohenkilökunta koki fyysisistä väkivaltaa, levottomuutta tai yhteistyökyvyttömyyttä, epäsovivaa tai arvaamatonta käyttäytymistä. Cubitin ja Robinsonin (2007) tutkimuksessa suurin osa henkilökunnasta koki dementia-työssä ilmenevän väkivaltaisuuden ja sosiaalisten normien laiminlyönnin potilaiden osalta olevan normaalia ja hyväksyttävää. Merkittävää on henkilökunnan turtuminen käyttäytymisen häiriöihin ja toleranssin kasvaminen väkivaltaisuutta kohtaan. Henkilökunta ei Cubitin ja Robinsonin (2007) tutkimuksessa huomannut varoittaa väkivaltaisesta käytöksestä opiskelijoita, jotka eivät tunteneet potilaita. Toleranssin kasvessa hoitajat eivät ilmeisesti havainneet väkivallan olevan ylen väkivaltaista, sokeutuivat tilanteelle, eivätkä ymmärtäneet ottaa asiaa puheeksi. Havaitaan siis, että hoitotyön haastaviin tilanteisiin voi turtua, joka saattaa johtaa jopa tahattomaan vaikenemiseen.

Aggressiivisen käytöksen todettiin vaikuttavan hoitajien psyykkiseen, sekä fyysiseen hyvinvointiin (Hultqvist 2013; Hynninen 2016). Hoitajan kokemaan väkivallan määrään vaikutti työkokemus yksikössä (Gaal ym. 2016). Mitä kauemmin hoitajat työskentelivät yksikössä, sitä enemmän he kokivat väkivaltaa (Gaal ym. 2016) ja sitä vähemmän väkivalta

aiheutti reaktioita (Cubitin & Robinson 2007). Laitisen (2015) mukaan hoitohenkilökunnan asenteet ja vuorovaikutus muistisairaahan kanssa vaikuttivat hoitajan kokemaan väkivaltaan: heikko vuorovaikutus ja huono asenne potilasta kohtaan lisäsivät muistisairaahan aggressiivisuutta. Havaitaan siis vuorovaikutuksen heikentyvän aggressiivisuuden lisääntyessä ja heikon vuorovaikutuksen aiheuttavan aggressiivisuutta.

Muistiliiton (2017a) mukaan arvostavan, kunnioittavan ja tasavertaisen kohtaamisen mahdollistuminen edellyttää hoitajan kykyä aitoon vuorovaikutukseen. Hoitajan kykyyn tarjota aitoa vuorovaikutusta puolestaan vaikuttivat hoitajan kokeman stressitaso (Gaal ym. 2016), dementoituneen henkilökohtainen tunteminen (Bååt ym. 2016), työkokemus (Hynninen 2016), potilaan haastava käyttäytyminen ja hoitajien saamat lisäkoulutukset (Hultqvist 2013). Vuorovaikutusta lisäsivät henkilökunnan alhainen stressitaso (Gaal ym. 2016), korkea koulutustaso ja lisäkoulutukset (Hynninen 2016; Hultqvist 2013), sekä potilaan hyvä tunteminen (Bååt ym. 2016). Havaitaan siis, että keskittymällä hoitajan hyvinvointiin ja koulutukseen voidaan muistisairaahan hoitoa edistää.

Muistiliiton (2017a) mukaan kohtaamisessa korostuu kielellisten tekijöiden lisäksi vahvasti kehonkieli ja sanaton viestintä. Samaa ilmiötä käsiteltiin Rosendhalin ja Södermanin (2016) tutkimuksessa, jossa osa kohdejoukosta koki sanallisen viestinnän merkityksen vähentyvän hoitotyössä muistisairauden edetessä ja toinen osa koki, ettei sanallisen viestinnän merkitys häviä puhekyvyn hävitessä.

Käypä hoito suositus (2017) tuo myös esiin kommunikaatiotaitojen kehittämisen osana muistisairaahan hoitoa. Rosendahl ja Söderman (2016) tutkimuksessaan totesivat hoitajien kykenevän antamaan kokonaisvaltaisempaa hoitoa, jos he jakoivat potilaan kielen ja kulttuurin. Danboltin ym. (2015) tutkimuksessa henkilökunta ei tiedonpuutteen vuoksi kokenut omaavansa yhteistä kieltä potilaiden kanssa ja totesi tämän johtavan jopa hoitovastaisuuteen. Kommunikaatiotaitojen kehittäminen takaisi siis kokonaisvaltaisempaa hoitoa ja vähentäisi hoitovastaisuutta. Käypä hoito suosituksessa (2017) nostetaan esiin myös luovien toimintamuotojen (musiikki, virikkeet, kuvataide) lääkkeettömänä hoitomuotona. Tämä tukee Hynnisen (2016) löydöksiä, jossa todettiin muun muassa laulamisen helpottavan yhteistyötä muistisairaahan kanssa.

Laitisen (2015) mukaan muistisairaahan ongelmalliseksi koettu käyttäytyminen johtuu usein potilaan puutteellisesta yksilöllisestä huomioinnista. Toisaalta Hultqvistin (2013) tutkimuksessa todetaan potilaan haastavan käyttäytymisen juuri ruokkivan hoitajan hyljeksivää käyttäytymistä. Havaitaan siis riittämättömän huomioinnin aiheuttavan häiriökäyttäytymistä ja häiriökäyttäytymisen aiheuttavan riittämättömää huomiointia. Laitisen

(2015) mukaan yksilöllinen kohtaaminen, psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomiointi tulisi muistaa, niiden jäädessä helposti fyysisen hoidon varjoon. Hultqvist (2013) mukaan lisäkoulutus voisi olla ratkaisu kasettimaisen ja kylmän rutiinin kierteen katkaisemiseksi.

Lääkäriliiton (2013) mukaan potilaan kognitiivisten kykyjen heikkeneminen saattaa muodostaa haastavia tilanteita, jossa joudutaan toiminaan potilaan itsemääräämisoikeutta vastaan. Bryon ym. (2011) havaitsi vastaavien tilanteiden aiheuttavan hoitohenkilökunnalle voimakkaita negatiivisia tunteita.

Suorittaessaan omaa henkilökohtaista vakaamusta vastaan olevia tehtäviä, koki henkilökunta olonsa vääristyneeksi. Jos hoitajat eivät kyenneet lievittämään potilaan kärsimystä ja joutuivat toteuttamaan päätöstä, jonka kokivat moraalisesti vääräksi, he kokivat voimakkaita negatiivisia tunteita kuten voimattomuutta, turhautumista, vihaa, epäuskoa, suuttumusta ja inhoa. (Bryon ym. 2011.) Lääkäriliiton (2013) mukaan vastaavissa itsemääräämisoikeutta koskevilla tilanteilla omaisten merkitys ja hoitoon mukaan ottaminen ovat korostuneiden tärkeitä. Hallikaisen ja Mönkäreen (2019) mukaan läheisten avulla sairastuneen oma ääni voidaan tuoda kuuluviin. Tämä tukee Bååt ym. (2016) tuloksia, jossa omaisten avulla saatiin parempi tieto potilaasta henkilönä ja tämän avulla potilaan ääni ja tahto tulivat paremmin kuuluviin. Hynnisen (2016) ja Bryon ym. (2011) mukaan omaisten läsnäolo koettiin sekä positiivisena että negatiivisena tekijänä.

Muistiliiton (2016) mukaan henkilömitoitus on olennainen osa muistisairaana laadukasta hoitoa. Yhdessäkään tutkimuksessa ei kuitenkaan otettu tähän kantaa. Tutkimusten mukaan laadukasta hoitoa puolestaan lisäsivät hoitajien työhyvinvointi (Hultqvist 2013; Hynninen 2016), hoitohenkilökunnan alhainen stressitaso (Gaal ym. 2016), hoitajan ja potilaan sama etnisyys (Rosendahl & Söderman 2016), luovuuden käyttö hoitotyössä (Hynninen 2016), huumorin käyttö hoitotyössä (Häyhä 2013), potilaan hyvä tunteminen (Bååt ym. 2016) ja henkilökunnan kouluttaminen (Hultqvist 2013; Hynninen 2016).

Yllättäen Hynnisen (2016) mukaan pitkän työkokemuksen omaavat hoitajat reagoivat potilaisen käytösoireisiin välinpitämättömämmin, kuin lyhyemmän työkokemuksen omaavat hoitajat. Tätä voi selittää Hultqvistin (2013) tutkimus, jossa todettiin potilaan haastavan käyttäytymisen lisäävän hyljeksivästi toimimista hoitotyössä sekä Gaal ym. (2016) tutkimus, jossa todettiin väkivallan määrän kasvavan hoitajaa kohtaan tämän työskennellessä pitkään samassa yksikössä. Hoitajan työskennellessä pitkään samassa yksikössä, tämä kohtaa kasvavan määrän väkivaltaista käytöstä, joka aiheuttaa hyljeksivää käyttäytymistä potilasta kohtaan. Pitkä työkokemus ei ehkä olekaan eduksi

laadukasta hoitoa tavoiteltaessa. Hyvä on myös huomioida: mitä pitempään hoitaja on ollut työelämässä, sitä pitempään tämä on tyypillisesti ollut pois koulusta. Bååt ym. (2016) mukaan juuri tiedon, eli koulutuksen, lisäämisellä pystyttiin lisäämään henkilökeseisempää hoitoa ja Gaal ym. (2016) mukaan vähentämään henkilökunnan kokemaa stressiä. Välinpitämättömän käyttäytymisen todellisena syynä ei siis välttämättä olekaan juuri pitkä työkokemus, vaan pitkä tauko kouluttautumisesta.

Muistiliiton (2016) mukaan käyttäytymisen muutoksia minimoimalla ja koulutuksella voidaan hoitohenkilökunnan työhyvinvointia lisätä. Tämä puoltaa Bååt ym. (2016) tutkimuksen tuloksia, jossa todettiin ymmärryksen lisäämisen saavan aikaan voimaantumisen tunnetta ja Gaal ym. (2016) tutkimus, jossa todettiin lisäkoulutuksen vähentävän henkilökunnan kokemaa stressiä. Lisäkoulutuksen todettiin myös lisäävän hoitohenkilökunnan itsevarmuutta (Gaal ym. 2016). Hynnisen (2016) tutkimuksessa todettiin jaetun hoitovastuun ehkäisevän työntekijöiden uupumista ja Bryon ym. (2011) tutkimuksessa henkilökunnan hyvien kommunikaatiokykyjen todettiin vaikuttavan hoitajan hyvinvointiin rakentavasti.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset vastasivat pitkälti tekijöiden yleistä kokemusta muistisairaahan hoitotyöstä. Oli oletettavissa, että hyvä työilmapiiri ja hoitajan viihtyminen työssään vaikuttavat tapaan, jolla hoitaja kohtelee potilaita. Yllättävää oli hoitajan pitkän työkokemuksen negatiivinen vaikutus hoitotyön laatuun. Tätä tulisi tutkia laajemmin, jotta saadaan tarkempi ymmärrys hoitajan kokemuksesta ja sitä kautta kestävästä hoitotyöstä.

Muistisairaiden hoitotyössä hoitajien määrä ei aina takaa laatua. Siksi laadun takaamiseksi tulisi kiinnittää huomiota keinoihin, joilla todella on positiivinen vaikutus hoitotyöhön. Henkilökunnan työhyvinvointiin ja kouluttamiseen panostamalla voidaan muistisairaiden ja vanhusten hoidon räjähdysmäisestä kasvusta selvitä laadukkaammin ja hoitajaa säästäen.

Opinnäytetyön tuloksista hyötyvät muistisairaiden hoitoon osallistuvat ja muistisairaiden kanssa työskentelevät henkilöt. Opinnäytetyö tuo esille hoitohenkilökunnan kokemuksia muistisairaahan potilaan hoitotyöstä, siihen liittyviä epäkohtia ja auttaa oman toiminnan tiedostamisessa. Tämän avulla muistisairaahan hoitotyötä voidaan kehittää, sekä hoitohenkilökunnan työhyvinvointia edistää.

## LÄHTEET

- Aejmelaeus, R. & Hetemäki, M. 2019. Vanhustenhoidon ongelmat, osa 1. Valtioneuvosto. Viitattu 28.11.2019. [https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset\\_publisher/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1?\\_101\\_INSTANCE\\_YZfcyWxQB2Me\\_groupId=10623](https://valtioneuvosto.fi/artikkeli/-/asset_publisher/vanhusten-hoidon-ongelmat-osa-1?_101_INSTANCE_YZfcyWxQB2Me_groupId=10623)
- Ahonen, S.-M.; Jääskeläinen, P.; Kangasniemi, M.; Liikanen, E.; Pietilä A.-M. & Utrainen K. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Helsinki: sairaanhoitajien koulutussäätiö. Viitattu 22.10.2019. <http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>
- Atula, S. 2019a. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Duodecim. Viitattu 18.11.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01106](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106)
- Atula, S. 2019b. Lewyn kappale - tauti. Duodecim. Viitattu 4.12.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01105](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105)
- Axelin, A.; Stolt, M. & Suhonen, R. 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. Korjattu painos. Juvenes Print: Turku 2016.
- Bryon, E.; Dierckx De Casterle, B. & Gastman C. 2011. 'Because we see them naked' – Nurses experiences in caring for hospitalized patients with dementia: Considering artificial nutrition or hydration (ANH). Bioethics 2012, volume 26, number 6. 285-295.
- Bååt, C.; Grondahl, V.A.; Helgesen, A.K. & Persenius, M. 2016. The use of life stories and its influence on persons with dementia, their relatives and staff – a systematic mixed studies review. BioMedCentral.
- Cubit, K. & Robinson, A. 2007. Caring for older people with dementia in residential care: nursing students' experiences. Journal of Advanced Nursing volume 59, number 3. 255–263
- Danbolt L.J.; Hauge, S.; Kvigne, K. & Odbehr L.S. 2015. Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. BioMedCentral.
- Erkinjuntti, T. & Melkas, S. 2016. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Duodecim. Viitattu 26.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01587>
- Erkinjuntti, T. 2016. Alzheimerin taudin kulku. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix00516>
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4.painos. Tampere: Vastapaino.
- Gaal B.G.I.; Gerritsen, D.L.; Hazelhof, T.J.G.M.; Koopmans, R.T.C.M. & Schoonhoven, L. 2016. Nursing staff stress from challenging behaviour of residents with dementia: a concept analysis. International Nursing Review. Volume 63. 507-516.
- Hallikainen, M & Mönkäre, R. 2019. Muistisairaahan tukeminen-ohjeita läheisille. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 27.11.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00899](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00899)
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hultqvist, A. 2013. Hoitajien toimintamallit iäkkään muistisairaahan henkilön hoitotyössä. Oulun yliopisto. Viitattu 17.11.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311011841.pdf>
- Hynninen, N. 2016. Ikääntyvä muistisairas potilas kirurgisella vuodeosastolla. Oulun yliopisto. Viitattu 15.11.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526214559.pdf>



- Häyhä, L. 2013. Hoitajien näkemyksiä huumorista muistisairaahan potilaan hoidossa. Oulun yliopisto. Viitattu 8.10.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/nbnfioulu-201311201888.pdf>
- Ikävalko, K. 2019. Vanhustenhoidon iso ongelma: Opiskelijat eivät innostu alasta – ministeriö raottaa maahanmuuttoa osaksi ratkaisua. YLE. Viitattu 28.11.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-10639998>
- Juva, K. 2018. Alzheimerin tauti. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 26.11.2019. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00699](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699)
- Jyväskylän yliopisto. 2010. Tutkimuksen toteuttaminen. Viitattu 19.11.2019. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/tutkimuksen-toteuttaminen>
- Kaleva. 2019. SuPerin kysely hoi-vay-ri-tyk-sis-tä: Aamuneljältä herännyt vanhus saa aamiaisensa ja lääkkeensä vasta puolenpäivän aikaan. Viitattu 28.11.2019. <https://www.kaleva.fi/uutiset/kotimaa/superin-kysely-hoivayrityksista-aamuneljalta-herannyt-vanhus-saa-aamiaisensa-ja-laakkeensa-vasta-puolenpaivan-aikaan/814373/>
- Koponen, E.L. 2015. Sosiaali- ja terveysalan työvoiman riittävyys nyt ja tulevaisuudessa. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu TEM raportteja 13/2015. Viitattu 24.11.2019. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75078/TEMraportti\\_13\\_2015\\_web\\_27022015.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75078/TEMraportti_13_2015_web_27022015.pdf)
- Koponen, H. & Vataja, R. 2016. Muistisairauden käytösoireiden hoito. Käypä hoito. Viitattu 8.10.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix00524>
- Käypä hoito. 2016a. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet. Duodecim. Viitattu 8.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01592>
- Käypä hoito. 2016b. Ohje potilaille ja läheisille: Alzheimerin tauti. Duodecim. Viitattu 11.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01595>
- Käypä hoito. 2016c. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen (VCI) ja vaskulaarinen dementia (VD). Viitattu 11.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01587>
- Käypä hoito. 2016d. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). Duodecim. Viitattu 11.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/nix01594>
- Käypä hoito. 2017. Muistisairaudet. Duodecim. Viitattu 11.11.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50044#readmore>
- Laitinen, M. 2015. Työntekijöiden kokemuksia tunteva-työskentelystä muistisairaahan kohtaamisessa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 14.11.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48294/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201601091047.pdf>
- Lähteenmäki, J. 2016. Muistisairauksien riskitekijöiden kasaantuminen. Tampereen yliopisto. Viitattu 7.11.2019. <https://www.pirkanmaanmuistiyhdistys.fi/@Bin/235743/Juha+L%C3%A4hteenm%C3%A4ki+geriatrian+ty%C3%B6.pdf>
- Lääkäriliitto. 2016. Muistisairaudet. Viitattu 8.11.2019. <https://www.laakariliitto.fi/palvelut/koulutukset/erityispatevyydet/muistisairaudet/>
- Martikainen, K. 2017. Lewyn kappale – tauti. Parkinson liitto ry. Viitattu 11.11.2019. <https://www.parkinson.fi/lewyn-kappale-tauti>
- Muistiasiantuntijat. 2019. Etenevän muistisairauden esiintyvyys. Suomen muistiasiantuntijat RY. Viitattu 7.11.2019. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/tuemme.php?udpview=eme&lang=fi>
- Muistiliitto. 2016. Hyvän hoidon kriteeristö. Viitattu 11.11.2019. [https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan\\_hoidon\\_kriteeristo\\_2016\\_interaktiivinen.pdf](https://www.muistiliitto.fi/application/files/5314/8666/3660/Hyvan_hoidon_kriteeristo_2016_interaktiivinen.pdf)
- Muistiliitto. 2017a. Muistisairaudet. Viitattu 8.10.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet>

Muistiliitto. 2017b. Otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus. Viitattu 11.11.2019. <https://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/otsa-ohimolohkorappeumasta-johtuva-muistisairaus>

Pöytäkirjamerkinnot hallituksen talousarvio- ja kehysneuvotteluista 17.9.2019. Valtioneuvosto. Viitattu 28.11.2019. <https://valtioneuvosto.fi/documents/10184/15511239/P%C3%B6yt%C3%A4kirjamerkinnot%20TAE%202020%20ja%20jts%202021-2023%20neuvottelut%20final.pdf/95d63c9e-695d-2837-750d-911cca95deb6>

Rosendahl, S. & Söderman, M. 2016. Caring for Ethnic Older People Living with Dementia – Experiences of Nursing Staff. Journal of Cross-Cultural Gerontology. Viitattu 8.10.2019. <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.turkuamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=5cd8f5d7-311b-4e5c-8a0b-92a7233c9792%40pdc-v-sessmgr02>

Ruokoski, V. 2013. Muistisairas ymmärtää, vaikka ei muista. YLE. 13.8.2013. Viitattu 11.11.2019. <https://yle.fi/uutiset/3-6773144>

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Viitattu 27.11.2019. [https://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L6\\_2\\_3.html](https://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L6_2_3.html)

Saastamoinen, T. 2013. Niin hyvinä kuin huonoinakin päivinä, aina kuolemaan asti – Puolisoiden antamia merkityksiä muistisairauden vaikutuksille parisuhteessa ja arjessa. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 26.11.2019. <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/41632/1/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-201305291840.pdf>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. Viitattu 26.11.2019.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, VALVIRA. 2018. Potilaan itsemääräämisoikeus. Viitattu 27.11.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet/potilaan-itsemaaramisoikeus>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Viitattu 8.10.2019. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72532/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226359.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suomen lääkäriliitto. 2013. Lääkärin etiikka. Verkojulkaisu. Helsinki: Esa Print Oy. Viitattu 11.11.2019. <https://www.laakariliitto.fi/laakarinetikka/hoidon-erityiskysymyksia/muistisairaanhoidon-hoito/>

Suontaka-Jamalainen, K. 2011. Muistisairaahan käytösoireet ja toimintakyky vanhuspsykiatrisessa osastohoidossa. Tampereen yliopisto. Viitattu 27.11.2019. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/82639/gradu05331.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Kansantaudit.. Viitattu 8.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Muistisairaudet. Viitattu 22.10.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/muistisairaudet/muistisairauksien-yleisyys>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 29.10.2019 [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus. Viitattu 15.10.2019.

Väestöliitto. 2019. Kielen merkityksestä. Viitattu 26.11.2019. <https://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/monikulttuurinen-parisuhde/kielen-merkityksesta/>

