



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaus - kirjallisuuskatsaus

Vehkaranta, Kristiina

2014 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Tikkurila

## Muistisairaan kirurgisen potilaan ohjaus - kirjallisuuskatsaus

Vehkaranta, Kristiina  
Hoitotyö  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2014

Vehkaranta, Kristiina

### Muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaus - kirjallisuuskatsaus

Vuosi 2014 Sivumäärä 27

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kirjallisuuskatsauksen keinoin selvittää, mitä erityispiirteitä muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaamiseen hoitotyössä liittyy. Tavoitteena oli saada aiheesta tietoa, jota voi hyödyntää päivittäisessä potilaan ohjauksessa. Pyrkimyksenä oli löytää uusia hoitotyön menetelmiä muistisairaahan potilaan ohjauksen avuksi kirurgisen hoitoprosessin kaikkiin vaiheisiin. Tämä opinnäytetyö oli osa Peijaksen sairaalan kliinisen hoitotyön kehittämishanketta.

Aineistohaut tehtiin keväällä 2014 hyödyntäen kahta suomalaista (Arto ja Medic) ja kahta kansainvälistä (Ebsco ja PubMed) viitetietokantaa. Hakuja tehtiin sanojen muisti, muistisairas, dementia, perioperatiivinen, kirurginen ja hoidonohjaus yhdistelmillä. Hauilla löytyi yhteensä 509 viitettä. Analysoitavaksi aineistoksi valikoitui ennalta määriteltyjen sisäänotto- ja poissulkukriteerien perusteella kuusi julkaisua.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa käytettiin tutkimusmenetelmänä kuvailevaa yleiskatsausta, jolla pyrittiin saamaan tiivis yhteenveto analysoiduista julkaisuista. Aineisto analysoitiin laadullisen luokittelun avulla. Analyysin tuloksena aineistosta löydettiin kolme pääteemaa: hoitokulttuuri, muistisairauden vaikutus oppimiskykyyn sekä potilasohjauksen laatu ja keinot.

Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että muistisairaahan potilaan ohjausta kirurgisesta näkökulmasta on tutkittu vähän. Aihe tulee olemaan lähitulevaisuudessa entistä ajankohtaisempi, koska muistisairaiden osuus kirurgisista potilaista tulee nousemaan johtuen elinajanodotteen kasvusta. Hoidonohjausta tulisi kehittää aktiivisesti yksilöllisempään suuntaan huomioiden potilaalla olevat muistisairauden mukanaan tuomat kognitiiviset rajoitteet. Artikkeleiden perusteella potilasohjauksen kehittämisalueita ovat kaikkien vuorovaikutuskeinojen tehokas käyttö, kyky kuunnella potilaan sanattomia viestejä sekä potilaslähtöinen ajattelu.

Asiasanat: muistisairas, dementia, kirurginen, perioperatiivinen, hoidonohjaus, kirjallisuuskatsaus

Vehkaranta, Kristiina

**Educating surgical patients with memory disorders - a literature review**

Year	2014	Pages	27
------	------	-------	----

---

The purpose of this thesis was to study what issues need to be taken into consideration when educating surgical patients with memory disorders. This study was carried out as a narrative literature review. The aim was to gather information on how to improve patient education of surgical patients with memory disorders. This thesis was part of the clinical development project between Peijas Hospital and Laurea University of Applied Sciences.

The literature search was carried out during spring 2014. Four different databases were used: two Finnish (Arto and Medic) and two international (Ebsco and PubMed). Key words used were memory, memory disorder, dementia, perioperative, surgical and patient education. These key words gave 509 references, from which six publications were analysed.

Descriptive overview was applied in this literature review. The purpose of the review was to present an informative summary of the analysed material. As a result of the analysis three main themes were discovered: nursing culture, the impact of memory disorders on learning abilities, quality and means of patient education.

This literature review showed that further research is needed. The increasing number of patients with memory disorders will change the quality of the surgical patient education. These education procedures must be modified to each patient individually. Based on the articles analysed for this thesis, the main development areas for the health care professionals are efficient use of verbal and non-verbal communication and patient-oriented practice.

Keywords: memory disorder, dementia, surgical, perioperative, patient education, literature review

## Sisällys

1	Opinnäytetyön taustaa .....	6
2	Teoreettiset lähtökohdat .....	7
2.1	Muistisairaudet ja oppiminen .....	8
2.2	Kirurginen hoitotyö .....	9
2.3	Muistisairaahan potilaan ohjaus hoitotyössä .....	10
2.3.1	Ikääntyneiden hoitotyön etiikka .....	12
3	Tarkoitus ja tavoitteet .....	13
4	Opinnäytetyön toteutus .....	13
4.1	Aineiston haku ja valinta .....	14
5	Tulokset .....	17
5.1	Hoitokulttuurin vaikutus potilasohjaukseen .....	17
5.2	Muistisairauden vaikutus oppimiskykyyn ohjaustilanteessa .....	18
5.3	Potilasohjauksen laatu ja keinot .....	19
6	Pohdinta .....	19
6.1	Opinnäytetyön aikataulu ja oma arviointi .....	21
6.2	Luotettavuus ja eettisyys .....	22
	Kuvat .....	26
	Taulukot .....	27

## 1 Opinnäytetyön taustaa

Sairaalaan joutuminen voi olla erityisen ahdistava tilanne muistisairaalle, kuten myös ohimeväää muistamattomuutta kärsivälle. Outoon ympäristöön joutuminen, muistamattomuus, jatkuva tietämättömyys ja kipu voivat lisätä komplikaatiota, sekä pidentää toipumisaikaa ja edesauttaa muistisairauden etenemistä. Muistisairaiden kirurgiseen hoitoprosessiin osallistuvilla hoitotyön ammattilaisilla tulisi olla hyvä tietämys siitä, miten kohdata muistisairas, millaisia erityistarpeita hänellä on ja millaisin menetelmin häntä tulisi tukea. (Virjonen & Kankare 2013, 79 -80) Muistisairaahan hoidossa haasteena on, kuinka osata tarjota oikeaa tietoa oikeassa muodossa ja oikeaan aikaan. Tietoa ja palveluita tulisi muokata entistä yksilöllisempään suuntaan. Yksilölliseen hoitoon panostamisen ei välttämättä tarvitse olla voimavarakysymys, vaan kehitys lähtee asenteiden muuttamisesta. Potilaalle parhaan palvelun ja ohjaamistavan löytäminen edellyttää hoitoketjuun osallistuvilta potilaslähtöistä kohtaamista, kiinnostusta ja paneutumista. (Virjonen & Kankare 2013)

Opinnäytetyön aihe on "Muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaus" ja se on osa LbD projektia/hanketta. LbD eli Learning by Developing on Laurean kehittämispohjainen oppimisen toimintamalli. Oppiminen tapahtuu hankkeessa yhteistyössä työelämän kanssa. (Raij, Niinistö-Sivuranta, Ahonen, Immonen-Orpana, Pääskyvuori, Rantanen, Lassila 2011) Tässä hankkeessa työelämän yhteistyökumppanina on Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin eli HUSiin kuuluva Peijaksen sairaala. Tarve hankkeeseen tuli työelämän kehittämistarpeista ja tämän hankkeen päätavoitteena on Peijaksen sairaalan kliinisen hoitotyön kehittäminen. Aiheeni on osa jatko-hanketta vuosilta 2007 - 2012. Hankkeen tarkoitus on hoitajien osaamisen kartoittaminen ja hoitotyön auttamismenetelmien käyttäminen. Peijaksen sairaalan puolelta yhteyshenkilönä on osaston K1 osastonhoitaja Tarja Palomaa. Urologisten potilaiden lisäksi osastolla hoidetaan myös jonkin verran vatsaelinkirurgisia potilaita. (HUS 2014)

Valitsin aiheen omasta mielenkiinnosta muistisairauksia ja kirurgiaa kohtaan. Uskon, että hoitohenkilökunnan ymmärtämys muistisairauksia kohtaan lisää potilasturvallisuutta, helpottaa hoitotyötä muun muassa vähentämällä väärinkäsityksiä hoidon suhteen, nopeuttaa kuntoutumista ja edesauttaa muistisairaahan potilaan omaisen tukemista koko hoitoprosessin aikana. Mielestäni aihe on tärkeä, koska ihmisten elinajan odotteen noustessa ja suurten ikäluokkien vanhetessa, ikääntyneiden ja sitä kautta muistisairaiden osuus myös kirurgisina potilaina kasvaa. Muistisairas potilas tuo erilaisia haasteita hoitohenkilökunnalle ja on tärkeää, että henkilökunta osaa ottaa muistisairauden huomioon kaikissa hoidon vaiheissa.

Tutkimustavaksi valitsin kirjallisuuskatsauksen, koska on mielenkiintoista ja tärkeää selvittää mitä aiheesta on jo kirjoitettu, mistä näkökulmista asiaa on tutkittu ja mitä on mahdollisesti vielä tutkimatta. Lisäksi tarkastelen onko tutkimusten perusteella tehty hoidon suosituksia.

Tavoitteena on saada kattava kuvaus aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsaukseni avulla aiheen tutkimusta olisi helppo jatkaa. Kirjallisuuskatsauksen avulla syvennän myös omaa tietämystäni muistisairauksista ja näitä tietoja voin tulevaisuudessa hyödyntää sairaanhoitajana ja toimia asiantuntijana työpaikallani perehdyttäen muita tarvittaessa.

## 2 Teoreettiset lähtökohdat

Terveyskirjaston artikkelin mukaan kolmannes yli 65-vuotiaista kertoo kärsivänsä muistioireista. Suurin osa ei kuitenkaan sairasta muistisairautta, vaan muistamattomuus voi johtua esimerkiksi stressistä, masentuneisuudesta tai väsymyksestä. Suomessa todetaan vuosittain noin 13 000 vaikeampitasoista muistisairaustapausta. Alzheimerin tauti on muistisairauksista yleisin ja sen osuus on noin 70 %. (Tarnanen, Suhonen, Raivio 2010) Toiseksi suurimman ryhmän muodostavat vaskulaariset dementiat, joiden osuus on 15 - 20 % kaikista dementiapotilaista. Väestön ikääntyessä ja keskimääräisen eliniän kasvaessa dementian esiintyvyys kasvaa vanhemmissa ikäluokissa. Vuoteen 2030 mennessä Suomessa arvioidaan olevan noin 130 000 keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastavaa, kun vuonna 2005 luku oli 85 000. (Viramo & Sul-kava 2006)

Väestörakenteen muuttuminen ikääntyneemmäksi myös huoltosuhde tulee muuttumaan. Samalla kun vanhusten osuus väestössä kasvaa, työikäisen väestön osuus vähenee. Väestön ikääntyminen asettaa kovia paineita julkiselle palvelutuotannolle. (Tossavainen 2007) Ikään-tyneiden hoitopalveluiden tarve kasvaa jatkuvasti. Samanaikaisesti näiden palveluiden tuot-tamiseen tarvittavat taloudelliset sekä henkilöstölliset voimavarat vähenevät jatkuvasti. Tä-mä asetelma tuo haasteita tuottavuuden ja tehokkuuden parantamiselle. (Virjonen & Kankare 2013)

Väestön ikääntymisen myötä, sekä uusien leikkaushoitomahdollisuuksien vuoksi kirurgisen hoi-don kysyntä kasvaa tasaisesti. Sairaaloissa on lisätty leikkausmääriä etenkin lyhyt- ja päiväki-rurgian osalta. Kirurgisena hoitona pidetään erilaisia kajoavia toimenpiteitä, kuten tähystyk-set ja leikkaukset. Potilaista suurin osa tulee toimenpiteeseen leikkausjonon kautta ajanvara-uksella. Tällöin kyseessä on elektiivinen leikkaus. Elektiivisistä leikkauksista päiväkirurgisten toimenpiteiden osuus on hieman yli 50 %. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) pitämän rekisterin mukaan Suomessa tehdään vuosittain yli puoli miljoonaa leikkausta. Näistä elektii-visten leikkausten osuus on 65 % ja päivystysleikkausten osuus 35 %. Päiväkirurgian osuus alue- ja keskussairaaloissa on 70 % kaikista leikkauksista. (Hammar 2011)

Lyhytkirurgisessa hoidossa potilas saa hoitohenkilökunnalta kirjallisen ja/tai suullisen ohjeis-tuksen, mutta vastuu toimenpiteeseen valmistautumisesta ja jälkihoidossa ovat potilaalla tai

hänen omaisellaan. Potilaan tai omaisen on saatava tarpeeksi tietoa kokonaistilanteesta kyttäkseen ottamaan vastuu omahoidostaan. Valmistautuminen edellyttää, että potilas ymmärtää mitä häneltä odotetaan ennen kirurgista toimenpidettä sekä sen jälkeen kotona itsensä hoitamiselta. (Suominen & Leino-Kilpi 1997) Parhaimman ohjausmenetelmän valinta vaatii hoitajalta tietämystä, miten potilas omaksuu asioita ja mitä päämäärää ohjauksella tavoitellaan. Yleisesti on arvioitu, että potilaat muistavat 75 % näkemästään ja 10 % kuulemastaan. He kuitenkin muistavat 90 % siitä mitä heidän kanssaan on käyty läpi yhdistäen eri aistitoimintoja. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa kullekin potilaalle helpoin omaksumistapa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007)

## 2.1 Muistisairaudet ja oppiminen

Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee dementian ICD luokituksen mukaan. Dementia [F00-F03] on aivojen sairaudesta johtuva syndrooma, joka on yleensä luonteeltaan krooninen tai etenevä. Dementia vaikuttaa uloimman aivokuoren toimintaan, kuten muistiin, ajatteluun, keskittymiseen, ymmärrykseen, laskutaitoon, oppimiseen, puhekieleen ja arviointikykyyn. Kognitiivinen vajaatoiminta on usein yhteydessä tunteiden hallintaan, sosiaalisen käyttäytymiseen ja motivaatioon. (WHO 2010)

Dementia ei ole erillinen sairaus vaan oireyhtymä, jonka aiheuttajana voi olla monet eri toisistaan poikkeavat aivomuutokset. Muistioireiden lisäksi dementiaan liittyy henkisen toiminnan heikentyminen sairastuneen aiempaan tasoon verrattuna. Taudin diagnostiset määritelmät perustuvat Alzheimerin taudille ominaisiin piirteisiin eli kognitiivisen (tiedonkäsittely) kyvyn heikentymiseen, varhaiseen muistihäiriöön ja huomattaviin rajoituksiin päivittäisissä toiminnoissa. Toimintojen heikentyminen rajoittaa sairastuneen itsenäistä sosiaalista selviytymistä. (Erkinjuntti 2010) On myös olemassa useita häiriötiloja, jotka voidaan helposti sekoittaa dementiaan. Jotkut häiriöt voivat esiintyä yhdessä dementian kanssa. Koska kaikki sairaudet vaativat erilaista hoitoa, on erityisen tärkeä osata tunnistaa ja erottaa ne dementiasta. Yleisimmät muistisairaudet ovat Alzheimer, vaskulaarinen, Lewyn kappale ja sekamuotoinen dementia. (Anderson 2008:2,5)

Muistisairauksiin liittyy oleellisesti myös jonkinasteisia käytösoireita. Näillä oireilla tarkoitetaan sairauden aiheuttamia haitallisia muutoksia käyttäytymisessä tai tunne-elämässä. Tavallisia käytösoireita ovat masennus, persoonallisuuden muuttuminen, apatia, levottomuus, ahdistuneisuus, persoonallisuuden muuttuminen ja syömishäiriöt. Käytösoireet altistavat potilasta uusille sairauksille, kuten loukkaantumisille. (Vataja 2010) Useilla dementiaan sairastuneilla on ongelmia kommunikaation kanssa. He kokevat ongelmalliseksi ilmaista itseään ja heillä saattaa olla vaikeuksia keskustelussa ja puheen ymmärtämisessä, sairastuneet saattavat sekoittaa sanat ja asiat. Kirjoittaminen, lukeminen ja luetun ymmärtäminenkin saattaa olla vai-



keaa. Loppuvaiheessa kaikenlainen sanallinen kommunikaatio jää pois. (Muistiliitto 2013) Puheen ymmärryksen ja oman kommunikaatiokyvyn asteittainen katoaminen aiheuttaa hämmennystä sairastuneessa. Tämä voi olla turhauttavaa sekä muistisairaalle, että hoitohenkilökunnalle. (Anderson 2008: 145 - 146)

Oppiminen on sidoksissa muistin toimintaan. Uusien asioiden oppimiseen ihminen käyttää työ- ja jaksomuistia. Muistiin häiriöt näkyvät oppimisen hitautena, eivätkä ne aina vaikuta oppimistuloksiin. Muistisairaus vaikuttaa kuitenkin oleellisesti uusien, opittujen asioiden mieleen palauttamiseen. Uuden, opittavan asian omaksumiseen ja mieleen painamiseen vaikuttaa se, miten syvällisesti asiaa käsitellään. Oppimisen kannalta olisikin tärkeää keskittyä opittavaan asiasisältöön sekä opeteltavan asian merkitykseen. Iäkkäillä uuden oppiminen ja mieleen palauttaminen vaatii suuria ponnisteluja. Arvio omasta muistista voi olla kielteinen ja muistin häiriöihin aletaan kiinnittää entistä enemmän huomiota. Kielteinen ajattelu ja epäonnistumisen pelko vaikeuttavat oppimista ja oppiminen jää liian pinnalliseksi. (Suutama 2004)

## 2.2 Kirurginen hoitotyö

Sairaalaorganisaatiossa kirurgiseen yksikköön kuuluvat kirurgian ja päivystyksen poliklinikat, (kirurginen) vuodeosasto, leikkausosasto, heräämö ja teho. Poliklinikoille kuuluu ajanvaraus, jonne potilaat tulevat läheteellä mikäli leikkauksen tarve ei ole kiireellinen. Kiireellisen toimenpiteen tarpeessa olevat potilaat voidaan ottaa suoraan poliklinikalta sairaalan vuodeosastolle. Leikkauksen jälkeiset kontrollit tehdään poliklinikoilla, jossa leikkaavan lääkärin tulisi ainakin kerran nähdä potilas, jos kyseessä on ollut isompi operaatio. Myös terveysasemat voivat toimia jatkohoitopaikkana, jos potilaalle jää esimerkiksi haava, jonka hoito ei onnistu kotioloissa. Mikäli potilaalla ilmenee leikkaukseen liittyviä komplikaatioita, hänellä tulee olla mahdollisuus päästä nopeasti poliklinikalle tai takaisin vuodeosastolle. (Ukkonen, Ahonen, Alanko, Lehtonen, Suominen 2001)

Kirurgiselle osastolle tullaan esimerkiksi ensiavusta tai leikkaus- tai tutkimusjonosta, jolloin osasto toimii leikkaukseen valmistelevana yksikkönä. Potilaan hoitosuunnitelma on yleensä päätetty jo hyvissä ajoin ennen operaatiota, mutta vuodeosastolla voidaan tehdä tarvittaessa vielä lisätutkimuksia ennen lopullista leikkauspäätöstä. Vuodeosasto on myös paikka, jonne potilaat siirtyvät leikkauksesta, tehohoidosta tai heräämöstä. Osa potilaista kotiutuu vuodeosastojakson jälkeen, ja osa siirtyy jatkohoitopaikkaan esimerkiksi kuntoutusosastolle. Siirto heräämöstä tai teholta osastoille on nopeutunut leikkauspotilaiden määrällisen kasvun vuoksi, jolloin potilaan leikkauksen jälkeinen seuranta siirtyy vuodeosastoille aiempaa varhaisemmin. (Ukkonen ym. 2001)

Kehittyvä teknologia, kustannussäästöt sekä asiakkaiden vaatimuksen hoidosta ovat muokanneet kirurgista hoitotyötä aina lyhythoitaisempaan suuntaan. Selvimmin tämä näkyy jatkuvas-

ti lisääntyvänä lyhytkirurgisena toimintana, joka koostuu lyhytjälkihoitoisesta kirurgiasta ja päiväkirurgiasta. Lyhytjälkihoitoisella kirurgialla potilas kotiutuu 1 - 3 vuorokauden kuluttua operaatiosta, kun taas päiväkirurginen potilas ei yövy sairaalassa lainkaan vaan kotiutuu leikkauuspäivänä. Monet kirurgiset toimenpiteet soveltuvat toteutettaviksi lyhytkirurgisena hoitona, jolloin toimenpiteen kulku ja kesto ovat tarkkaan ennakoitavissa. Yli kahden tunnin kestäviä operaatioita suunnitellaan harvoin päiväkirurgisiksi. (Suominen & Leino-Kilpi 1997)

Potilaiden nopea kotiuttaminen vaatii toipilasajan hoidon merkityksen ymmärtämistä ja tietoa. Potilaiden selviämismekanismit ja terveystieteelliset ovat yksilöllisiä. Tämä korostuu lyhytkirurgisten potilaiden kohdalla, koska toimenpide tehdään nopeasti eikä hoitotyön ammattilaisille jää mahdollisuutta pitkäaikaiseen seurantaan ja näin ollen ratkaista mahdollisesti syntyviä ongelmia. Potilaalla pitää olla kognitiiviset valmiudet sisäistää saatu tieto koskien toimenpidettä ja jälkihoitoa. (Leino-Kilpi & Suominen 1997) Potilaan soveltumista päiväkirurgiseen toimenpiteeseen arvioidaan leikkausta edeltävällä käynnillä potilaan psykososiaalisen tilanteen perusteella kuten myös potilaan yleistilan mukaan. Pääsääntöisesti päiväkirurgiaan soveltuvat terveet 1 - 65-vuotiaat. Mikäli on epäily, ettei potilas selviä itsenäisesti ennen toimenpidettä tapahtuvista valmisteluista (lääkkeet, ravinnotta olo yms.), potilas voidaan ottaa leikkausta edeltäväksi yöksi vuodeosastolle esivalmisteltavaksi. Toimenpiteen jälkeen potilas palaa vuodeosastolle, josta hän kotiutuu hoitojakson päätyttyä. (Hammar 2011)

### 2.3 Muistisairaahan potilaan ohjaus hoitotyössä

Potilaan ohjaus on vuorovaikutuksellista, yhteisymmärrykseen tähtäävää keskustelua toimenpiteeseen tulevan potilaan sekä hoitajan välillä. Hoitajalla tulee olla valmiudet antaa yksilöllistä ohjausta hoidon eri vaiheissa, jotta potilas saa riittävästi tietoa hoidostaan ja pystyy motivoitumaan omaan hoitoonsa. Ohjauksessa erityishuomio tulisi kiinnittää hoidon laadun säilymiseen ja potilasturvallisuuteen. (Nikunen 1997)

Ihmisten erilaiset tukeen ja tietoon liittyvät tarpeet tuovat potilasohjaukseen suuria haasteita. Ikääntyneen potilaan ohjaaminen on hyvin erilaista kuin esimerkiksi lapsen. Toisaalta myös samaan potilasryhmään kuuluvien tarpeet voivat olla hyvin erilaiset. Ikääntyneellä saattaa olla yksi tai useampia ohjausta rajoittavia tekijöitä kuten esimerkiksi rajallinen näkökyky, tai muistihäiriö. Ikääntynyt voi tarvita lyhytkestoista ja usein toistuvaa ohjausta.

(Kyngäs ym. 2007: 25 -35)

1. Asiakas unohtaa suuren osan kerrotusta
2. Ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi
3. Mitä enemmän kerrotaan, sitä suurempi on unohtuvien asioiden osuus
4. Ensiksi kerrotut ja tärkeimmiltä tuntuvat asiat muistetaan parhaiten
5. Älykyys ei lisää muistamista
6. Vanhat muistavat yhtä paljon kuin nuoret
7. Melko ahdistuneet asiakkaat muistavat enemmän kuin ahdistamattomat tai hyvin ahdistuneet
8. Mitä enemmän asiakkaalla on lääketieteellistä tietoa, sitä enemmän hän muistaa

Taulukko 1: Ohjauksessa muistettavia asioita (Kyngäs ym.2007, 74)

Ohjauksessa lähtötilanteen arviointiin sekä taustatekijöihin (esimerkiksi fyysinen, psyykinen tai sosiaalinen) ei yleensä kiinnitetä tarpeeksi huomiota, vaikka se on tärkeä osa onnistunutta ohjausta. Syitä lähtötilanteen riittämättömään arviointiin voi olla monia. Keskeisin syy kuitenkin on se, ettei käytössä ole yhtä selkeää ja hyvää tapaa tehdä selvitystä. Tämä johtaa siihen, että samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan samoilla ohjausmenetelmillä ja samalla tavalla. Näin potilaan ohjaus ei perustu yksilöllisyyteen ja hän ei saa ohjausta juuri siihen asiaan, joka häntä itseään arveluttaa. Toisaalta on myös otettava huomioon potilaat, jotka eivät kykene itse arvioimaan, mikä hänelle on hyväksi. Tällöin hoitaja saattaa olla se, joka osaa arvioida parhaiten mikä potilaalle on hyväksi. Potilaan taustatekijöiden huomioimisen lisäksi hoitajan on tunnistettava myös omat taustatekijänsä. Näitä taustatekijöitä voivat olla omat arvot, ihmiskäsitys, tieto ja taito. (Kyngäs ym. 2007: 27-28)

Kirurgiset potilaat huolehtivat usein omasta jatkohoidostaan vielä leikkauksen jälkeen sairaalajakson päätyttyä. Peruseriaatteet leikkaukseen liittyvässä ohjauksessa ovat kaikille samantyyppiset vaikkakin pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheiden ohjaustilanteissa on omat haasteensa ja erityispiirteensä. Kaikkien vaiheiden ohjaustilanteissa tulee ottaa fyysiset taustatekijät huomioon eli miten potilas kykenee käsittelemään ja omaksumaan ohjausta. Tärkeintä on miettiä, mitkä ovat ne ensisijaiset asiat, jotka ohjauksessa on käytävä läpi ja mitä voi jättää myöhempään. Hoitajan tehtävä on asettaa ohjaustarpeet tärkeysjärjestykseen ja huomioida, mitä asioita potilas pystyy missäkin hoidon vaiheessa omaksumaan. (Kyngäs ym. 2007:29 - 30)

Kirjallisten ohjausmateriaalien käyttö on muuttunut yleisemmäksi johtuen sekä suullisen ohjauksen toteutusajan vähenemisestä, että lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen takia. Kirjalliset ohjeet mahdollistavat potilaalle niihin tukeutumisen esimerkiksi ongelmatilanteissa. Kirjallisten ohjeiden suunnittelussa tulisi huomioida, että ne ovat kullekin asiakkaalle sopivat ja vastaavat potilaan tietoja ja tarpeita. Kirjalliset ohjeet pitäisivät olla sisällöltään ja kieliasultaan selkeitä ja ymmärrettäviä. Huonosti ymmärrettävät ohjeet saattavat heikentää muuten

hyvää ohjausta. Kirjallinen materiaali tulisi olla potilaan käytössä riittävän varhain. Kotihoito-ohjeistus tulisi antaa potilaalle hyvissä ajoin ennen kotiutusta, jotta hän ehti perehtyä ohjeisiin ja kysyä tarkennuksia tarvittaessa. Kirjallisten hoito-ohjeiden tarjoaminen aikaisessa vaiheessa potilaalle korostuu, mikäli kotihoidon toteuttaminen vaatii harjoittelua jo sairaalassa. (Kynäs ym.2007)

### 2.3.1 Ikääntyneiden hoitotyön etiikka

Ikämäärittely hoitotyön etiikan perspektiivistä ei sinällään ole merkittävää, koska ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset ovat yksilöllisiä kuten myös ihmisen suhtautuminen omaan ikääntymiseensä. Oleellisempaa on huomioida se, miten ikääntyvä kykenee selviämään päivittäisestä elämästään, tekemään itseään ja elämäänsä koskevia päätöksiä sekä toteuttamaan elämäänsä suunnitellulla tavallaan. Ikääntyneiden parissa työskennellessä hoitotyön etiikan perusteet ovat samat kuin hoidettaessa muitakin ikäryhmiä. Hoitotyössä pitää kuitenkin huomioida ikääntymisen mukanaan tuomat rajoitteet ja erityisvaatimukset. Ikääntyvälle tulee tarjota laadukasta ja hyvää kohtelua ilman syrjintää ja hänen toiveensa on otettava huomioon. Ikääntyvälle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa hoitonsa toteutukseen. (Leino-Kilpi 2008)

Muuhun aikuisväestöön nähden ikääntyneet saattavat olla enemmän riippuvaisia toisen ihmisen, kuten hoitohenkilökunnan, tuesta. Riippuvuutta edistävät tekijät voivat olla biologis-fysiologisia, sosiaalisia tai kognitiivisia. Näiden toimintojen heikkeneminen voi aiheuttaa epävarmuutta ja saattaa osaltaan vaikuttaa ikääntyneen toimintaan uusissa sosiaalisissa ympäristöissä. (Leino-Kilpi 2008) Vuorovaikutustilanteissa hoitajan olisi hyvä muistaa, että kuunteleminen ja kuuleminen ovat kaksi eri asiaa. Potilaan viestin ymmärtäminen vaatii tarkkaavaista kuuntelemista ja hänen omien ajatusten esille tuomista. Potilaan ohjaus rakentuu hänen voimavaroja tukevaksi mikäli hän ymmärtää viestin sisällön ja merkityksen. (Kynäs ym. 2007: 79)

Sairaanhoitotyössä on pidettävä huoli siitä, että hoitotyö on potilaslähtöistä eikä potilaan oikeuksia rajoiteta. Ikääntyneellä voimavarat eivät aina riitä itsensä puolustamiseen, hän saattaa salata asioita mahdollisten seuraamusten pelossa. Ikääntyneiden hoitotyössä eettiset ongelmat liittyvät yleensä hoitotyön päivittäisiin perustoimintoihin ja se on eettisesti vaativaa. Hoitotyön eettisenä velvoitteena on potilaan hyvä ja tasavertainen hoito sekä ikääntyneen omien voimavarojen tunnistaminen. (Leino-Kilpi 2008)

### 3 Tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena on koota yhteen kirjallisuudesta löytyvää tietoa siitä, mitä erityispiirteitä muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaamiseen hoitotyössä liittyy, millaisia hoitotyön menetelmiä on mainittu ja millaista tutkittua tietoa aiheesta löytyy.

Eri tietokantoja käyttäen haluan saada vastauksen seuraavaan kysymykseen:

1. Mitä erityispiirteitä muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaukseen hoitotyössä liittyy?

Tavoitteena on saada aiheesta tietoa, jota voi hyödyntää sekä potilaan ohjauksessa että päivittäisessä hoitotyössä. Pyrkimyksenä on saada analysoiduista artikkeleista tiivis, aihetta kuvaileva yhteenveto. Tavoitteena on myös löytää uusia näkökulmia aiheesta ja sitä kautta mahdollisesti pohtia uusia hoitotyön menetelmiä muistisairaahan kirurgisen muistisairaahan potilaan hoitoon ja ohjaukseen hoitopolun kaikissa vaiheissa.

### 4 Opinnäytetyön toteutus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusmetodin kirjallisuuskatsaus on laadullisen ja määrällisen yhdistelmä eli niin sanottu mixed method. Tutkimustekniikkana on tutkia jo tehtyä tutkimusta ja koota niistä tuloksia, jotka toimivat perustana uusille tutkimuksille. Kirjallisuuskatsaus ei ole pelkästään lyhyt yhteenveto aiemmista tutkimuksista vaan siihen kuuluu lisäksi kerätyn materiaalin kriittinen arviointi. Kirjallisuuskatsaus jaetaan pääsääntöisesti kolmeen eri perustyyppiin; kuvaileva, systemaattinen ja meta-analyysi. (Salminen 2011)

Kirjallisuuskatsauksien perustyypeistä yleisimmin käytetty on kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Se on yleiskatsaus ilman tarkkoja rajaamisia tai tiukkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot voivat olla laajoja eikä aineiston keruussa käytetä tiukkoja rajoja. Tutkittavaa ilmiötä tai ongelmaa täytyy pystyä kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti. Tutkimusongelmat eivät ole yhtä tiukkoja kuin meta-analysissä tai systemaattisessa katsauksessa. Kuvailevasta katsauksesta voidaan erottaa kaksi hieman erilaista suuntautumista, jotka ovat narratiivinen ja integroiva katsaus. Näistä jälkimmäinen on lähempänä systemaattista katsausta. (Salminen 2011)

Tutkimustapana narratiivinen kirjallisuuskatsaus on kevyin. Sen avulla voidaan antaa laajempi kuva tutkittavasta ilmiöstä. Narratiivisella tutkimuksella pyritään lopputulokseen joka on helppolukuinen. Narratiivinen katsaus voidaan jakaa kolmeen eri toteuttamistapaan; kommentoiva, toimituksellinen ja yleiskatsaus, joka on näistä laajin. Yleensä narratiivisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan juuri narratiivista yleiskatsausta. Tällöin kyse on siis laajemmasta menetelmästä, jossa tarkoituksena on esittää tiivis ja johdonmukainen yhteenveto ai-

emmista tutkimuksista. Narratiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineistoon ei käytetä erityisen systemaattista seulaa, mutta silti katsauksen avulla on mahdollista päätyä kirjallisuuskatsauksen mukaisiin kriittisiin johtopäätöksiin. (Salminen 2011)

#### 4.1 Aineiston haku ja valinta

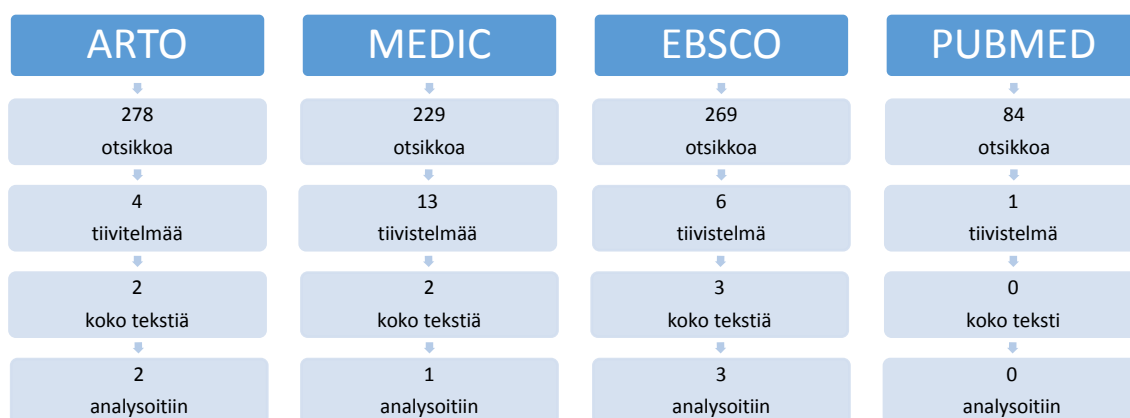
Ennen artikkelien hakuja määriteltiin aineiston valintaa varten sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Aikarajauksena artikkeleille asetettiin kymmenen vuotta (2004 - 2014), jotta hakusanoilla saatiin mahdollisimman monta osumaa. Haun tuloksena tuli olla saatavilla joko suomen- tai englanninkielinen artikkeli kokonaisuudessaan. Sisäänottokriteerien mukaan valittavien artikkeleiden tuli käsitellä muistisairaita, ikääntyneitä ja kirurgisia potilaita sekä potilaan- tai hoidonohjausta. Hausta jätettiin pois pro gradu -tutkielmat ja opinnäytetyöt, joita hakusanoilla löytyi paljon. Hakuja tehtäessä havaittiin, että esimerkiksi "hoidonohjaus" sanalla tulokseksi saatiin paljon tutkimuksia liittyen johonkin yksittäiseen pitkäaikaissairauteen kuten diabetes. Nämä artikkelit karsittiin pois jo otsikoiden perusteella. Kriteereistä ei tehty liian tiukkoja, jotta otsikkotasolla saataisiin riittävästi hakutuloksia. Kriteerien tarkoitus oli varmistaa, että kirjallisuuskatsaukseen valittavista artikkeleista löytyi aiheen kannalta olennaista tietoa.

Aineistohaut tähän opinnäytetyöhön tehtiin hyödyntäen Laurean Nelli-tiedonhakuportaalia. Kirjallisia julkaisuja etsittiin hyödyntämällä kahta suomalaista (ARTO ja Medic) sekä kahta kansainvälistä (CINAHL ja PubMed) tietokantaa. Nämä valikoituivat tunnettuuden ja helppokäyttöisyyden vuoksi. Lisäksi näistä odotettiin löytyvän riittävästi sekä suomen- että englanninkielisiä artikkeleita. Hakusanoina käytettiin muisti, muistisairas, dementia, perioperatiivinen, kirurginen, potilasohjaus sekä hoidonohjaus. Englanninkieliset haut tehtiin sanoilla memory disorder, dementia, surgical, perioperative ja patient education. Näitä sanoista varioitiin eri yhdistelmiä ja sanoja katkaistiin tarvittaessa. Hakujen perusteilla saatuja artikkeleita tarkasteltiin ensin otsikoiden ja asiasanojen tasolla. Mikäli ne vastasivat asetettuja kriteerejä, luettiin artikkelista tiivistelmä. Tiivistelmän täyttäessä sisäänotto- ja poissulkukriteerit, artikkeli otettiin tutkittavaksi koko tekstin osalta, joita tähän kirjallisuuskatsaukseen löydettiin kuusi. Aineistohaut tehtiin huhti-toukokuun vaihteessa 2014.

Kirjallisuuskatsaukseen valitut artikkelit luettiin läpi keskittyen samalla tutkimuskysymyksen "Mitä erityispiirteitä muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaukseen hoitotyössä liittyy?" asettaman näkökulman kannalta olennaiseen asiasältöön. Aineistosta etsittiin yhteneväisiä asiasanoja ja aihepiirejä, jotka koottiin yhteen teemoittain analysoinnin selkeyttämiseksi. Tarkoituksena oli tutkia aiheita "muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaus" ja tehdä löytyneistä artikkeleista pohtiva yhteenveto.

TIETOKANTA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	HAUN TULOS
ARTO	potilasohj* hoidonohj* perioper* / kirurg*	2004 - 2014 koko teksti	278
Medic	muistisair? perioper? hoidonohj? patient education	2000 - 2014	229
EBSCO	patient education surgical dementia / memory patient education and dementia	2004 - 2014 full text abstract available apply related words	269
PubMed	patient education surgical dementia / memory patient education and dementia / perioper- ative	2004 - 2014 full text available	84

Taulukko 2: Hakusanat ja rajaukset



Kuva 1: Kirjallisuushaun valintaprosessi

Tutkimusartikkeli, -vuosi ja tekijä(t)	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto	Keskeiset tulokset, yhteenveto
Haapala, Burakoff, Martikainen, 2013. <i>Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista</i>	Löytää uusia näkökulmia ja vaihtoehtoisia toimintatapoja arjen vuorovaikutustilanteisiin muistisairaiden hoitotyössä.	Kahden vanhustenkeskuksen ryhmäkodin hoitohenkilökunta (N= n/a). Haastattelututkimus.	Hoitajan on tärkeä tehdä työtään muistisairaiden parissa ajatuksella, kiireettä, tiedostaen oman toimintatapansa vaikutukset ja kunkin potilaan yksilölliset tarpeet.
Kuikka, Pulliainen, Salo, Erkinjuntti, 2007. <i>Muistihäiriösairauksien alkuvaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta</i>	Käytöksen säätelyn häiriöiden tilannesidonaisuuden kuvaaminen toiminnanohjauksen osa-alueiden erottelun kautta.	Katsausartikkeli, kirjallisuuskatsaus	Tiedonkäsittelyn ohjauksen, omaaloitteisuuden tai käytöskontrollin oireet ovat keskeisellä sijalla muistihäiriöpotilaan tiedonkäsittelyn heikentymisessä demensia-asteiseksi.
Lipponen, 2006. <i>Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa</i>	Kuvata sairaanhoitajien tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia, sekä käsityksiä ohjauksen toteutumista ja sen puitteista heidän itsensä arvioimana.	(n= 168), Oulun yliopistollisen sairaalan kirurgisen vastualueen sairaanhoitajia. Kyselylomake ja vastusten tilastollinen analyysi.	Tiedot ja taidot pääasiallisesti hyviä, asenne ohjaukseen myönteistä. Ohjaustieto perustui koulutukseen työkokemukseen ja yksikön käytäntöihin. Lisäkoulutukselle, ohjauksen yhtenäistämiseksi ja työnjaolle tarvetta.
Doeflinger, 2009. <i>Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges</i>	Tarjota tietoa ikääntyvän kirurgisen potilaan hoidon erityispiirteistä.	Asiantuntija-artikkeli, kirjallisuuskatsaus	Yleisesti ikääntyneen kirurgisessa hoidossa on suuremmat riskit kuin nuoren hoidossa. Riskejä voidaan vähentää huolellisella hoidon suunnittelulla ja ikääntyneen hoidon erityispiirteiden huomioimisella.
De Vries, 2013. <i>Communicating with older people with dementia</i>	Kannustaa hoitotyön ammattilaista pohtimaan omia vuorovaikutustaitojaan muistisairaana kanssa kommunikoidessaan.	Asiantuntija-artikkeli, kirjallisuuskatsaus	Hyviä vuorovaikutuskeinoja voidaan kehittää lisäkoulutuksella.
Roett, 2012. <i>Help your patient "get" what you just said: A health literacy guide</i>	Antaa helppoja vinkkejä kommunikoinnin tehostamiseen potilastyössä.	Asiantuntija-artikkeli, kirjallisuuskatsaus	Tärkeintä tiedon rajaaminen olennaiseen. Varmistaa, että ohjeistus on ymmärretty. Visuaalisten apuvälineiden käyttö.

Taulukko 3: Tutkijan taulukko



Valituista artikkeleista kaikki olivat hoitoalan lehdissä julkaistuja asiantuntija-artikkeleita. Kahdessa artikkelissa oli käytetty tutkimusmenetelmänä haastattelua, muut olivat katsausartikkeleita. Julkaisut käsittelivät ikääntyvän kirurgisen potilaan hoidon haasteita, muistihäiriö-sairauksien toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta, ohjaamista hoitotyössä, kommunikaatiota dementoituneen vanhuksen kanssa, potilaskommunikaation keinoja, sekä vuorovaikutustaitojen merkitystä muistisairaana ja hoitajan välisessä kohtaamisessa. Analyysiin valituista julkaisuista yksikään ei käsitellyt pelkästään teemaa ”muistisairas kirurgisena potilaana” tai ”muistisairaana kirurgisen potilaan ohjaus”, mutta kuitenkin sivusivat aihetta eri näkökulmista.

## 5 Tulokset

Analyysin aluksi tekstistä poimittiin toimintaa kuvaavat ilmaisut listoiksi, pelkistäen ne säilyttäen alkuperäiset termit. Seuraavassa vaiheessa ilmaisut jaettiin aihepiireittäin, jotka nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaten. Näitä aihepiirejä yhdistelemällä saatiin kolme pääteemaa: hoitokulttuuri, muistisairauden vaikutus oppimiskykyyn sekä potilasohjauksen laatu ja keinot. Aineiston suppeuden vuoksi ei ollut enää tarpeellista tuottaa ylä- tai alakategorioita, joten kolme pääteemaa muodostivat tämän opinnäytetyön keskeisimmät tulokset.

### 5.1 Hoitokulttuurin vaikutus potilasohjaukseen

Lipposen (2006) tutkimuksen mukaan, sairaanhoitajat pitivät ohjaamiseen käytettävää aikaa riittämättömänä ja ohjaukseen tarkoitettuja tiloja puutteellisena. Moni tutkimukseen vastanneista hoitajista kuitenkin kertoi ohjaavansa potilasta aina ollessaan häneen kontaktissa. Tutkimuksessa kirurgiset sairaanhoitajat arvioivat ohjausvalmiutensa hyväksi, eivätkä pitäneet tieteellisiä tutkimuksia tai täydennyskoulutusta tärkeänä. Lipposen (2006) tutkimus kuitenkin osoitti, että ohjausmenetelmien käyttö oli suppeaa. Sairanhoitajat käyttivät enimmäkseen suullista ohjausta. Tuloksen mukaan sairaanhoitajien ohjauksessa käyttämä tieto perustui suurimaksi osaksi yksikön ohjauskäytäntöihin ja työkokemukseen.

Gerontologia lehden artikkelissa todetaan, että vaikka yksittäinen hoitaja haluaisikin työskennellä muistisairaana potilaan tarpeiden pohjalta, on hänen vaikea muuttaa organisaation hoitokulttuuria, jossa asiakkaan tarpeet sovitetaan organisaation tarpeisiin. Hoitokulttuuri on usein tehtäväkeskeistä, jolloin vuorovaikutus potilaan kanssa jää tai se on yksipuolista potilaan puolesta päättämistä. (Haapala, Burakoff, Martikainen 2013) Artikkelin kirjoittajat pitivät tärkeänä, että hoidon suunnittelussa ei keskityttäisi siihen mitä potilaan kanssa tehdään vaan millä tavoin ne tehdään muistisairaus huomioiden. Kirjoittajat haluavat muistuttaa, että hoitajien täydennyskoulutuksessa vuorovaikutuksen sekä psykososiaalisen hoidon tärkeyttä tulisi painottaa entistä paremmin. Hoitajien tulisi tietoisesti osata käyttää kaikkia vuorovaikutuskeinoja hoidon ohjauksessa, jotta ne vastaisivat kaikkiin tapoihin jolla muistisairas välittää

viestejä hoitajalle. Doerflinger (2009) kuitenkin muistuttaa, että kaikki hoitoalalla työskentelevät eivät voi olla asiantuntijoita vanhustyössä, mutta heillä tulisi olla perustiedot ikääntymiseen liittyvistä asioista.

## 5.2 Muistisairauden vaikutus oppimiskykyyn ohjaustilanteessa

Suomen Lääkärilehden artikkelissa (Kuikka, Pulliainen, Salo, Erkinjuntti 2007) kuvataan toiminnanohjauksen osa-alueiden erottelun kautta sitä, miten käytöksen häiriöiden tilannesidonaisuutta voidaan ymmärtää hoitotyössä. Muistisairaalla saadun tiedon prosessointi on vaikeutunut, jolloin hän pystyy keskittymään vain yhteen asiaan kerrallaan. Tämä näkyy esimerkiksi vaikeutuneena uusien ja nopeasti muuttuvien tilanteiden hallinnassa. Mikäli potilaalle kerrotaan hänelle uutta tietoa nopeassa tahdissa monipolvisilla lauseilla tai hän saa luettavakseen pitkiä tekstikappaleita, hän ei pysty jakamaan tarkkaavaisuuttaan useaan asiaan samanaikaisesti ja viestin yksityiskohtia on vaikea hallita. Nopea unohtaminen liittyy yleisimmin Alzheimeriin joten jos kyseessä olevan taudin oireistoa ei ole mukana muistisairaudessa, potilas pystyy säilyttämään mielessä asian, jonka hän on oppinut hitaasti ja kapea-alaisesti. Uuden oppiminen on kuitenkin työlästä.

Uusien asioiden oppiminen harjoittelun kautta on muistisairalle hidasta. Siinä missä terve ikääntynyt oppii uuden asian jo harjoitteluvaiheessa, muistisairas vaatii asioiden kertausta yhä uudelleen. Siitä huolimatta hän jatkaa harjaantumisvaihetta vielä, vaikka varsinainen harjoittelu olisi jo ohi. Koska muistisairaan työmuisti on heikentynyt, hän ei huomaa virheitään eikä myöskään osaa arvioida omaa suoriutumistaan. Tämä saattaa ilmetä käytöshäiriöinä, jotka liittyvät hallinnan tunteen menettämiseen ja väsymiseen. Potilaan käytös voi vaikuttaa hyvinkin välinpitämättömältä eikä hän ota vastaan suoriutumisestaan annettua palautetta. (Kuikka ym. 2007)

Siinä missä masentunut potilas on tyypillisesti erittäin huolestunut pienistäkin unohteluistaan, muistisairas sivuuttaa tai vähättelee omia muistin ongelmiaan. Muistisairauden aiheuttama oppimiskyvyn aleneminen saattaa aiheuttaa sairastuneessa halun vetäytyä pois vaikeaksi kokemastaan tilanteesta. Potilaan aloitekyky voi olla heikentynyt niin, ettei hänellä tunnu olevan omaehtoista tahtoa tai innokkuutta ryhtyä mihinkään. Innokkuuden puute voi johtua myös huonosta vireystilasta. Muistisairaan ohjaus tulisi ajoittaa sellaiseen ajankohtaan, jolloin hänen vireystilansa on korkealla. Etenkin Lewyn kappale -taudissa vireystilan huomioiminen on tärkeää, koska matala vireystila vaikeuttaa uusien asioiden mieleen painamista. Muistisairas vaatii oppimisympäristökseen rauhallisen tilan, koska muut toimintayllykkeet tai aistiärsykkeet voivat viedä hänen huomionsa herkästi kokonaan muualle. (Kuikka ym. 2007) Potilaan huono vaste ohjaukselle voi johtua myös kivusta, jota hän ei vain osaa ilmaista ymmärrettävästi. Käytössä tulisikin olla erityisesti muistisairaille tarkoitettu kipumittari PAINAD (Patient

Assessment in Advanced Dementia), jotta voidaan poissulkea kivun mahdollisuus oppimisen esteenä. (Doeflinger 2009)

### 5.3 Potilasohjauksen laatu ja keinot

Doerflinger (2009) toteaa, että hoitaja ei saa ikinä olettaa, että vaikka muistisaira omainen ymmärtää ohjeistukset myös muistisairas tekee näin. Hoitajan tulee huolehtia, että muistisairaskin sisäistää ohjeistuksen vaikka se vaatisikin lisää aikaa asioiden uudelleen läpikäymiselle. Potilaskeskeinen tarkka ohjauksentarpeen arviointi minimoi leikkauksen jälkeisiä komplikaatioita ja parantaa potilaan toipumista ja elämänlaatua.

Muistisairauksissa sanallinen kommunikaatio vaikeutuu, joten ei-verbaalisten vuorovaikutuskeinojen käyttämisen tärkeys korostuu. De Vries (2013) on artikkelissaan maininnut muutamia muita keinoja, joilla vuorovaikutusta voidaan tehostaa. Näitä ovat artikkelin mukaan: katsekontakti, rauhallinen äänensävy, ilmeet ja eleet, rauhallinen ympäristö sekä hidas puhetyyli. Kirjoituksessa kuitenkin huomautetaan, että liian hidas asioiden läpikäyminen voi olla myös haitaksi muistisairaalle. Hän saattaa unohtaa keskustelun aiemman osuuden keskittyessään liian hitaaseen tahtiin tulevaan uuteen informaatioon.

Roettin (2012) mukaan potilaat unohtavat noin 80 % saamastaan suullisesta tiedosta koskien heidän hoitoaan. Hyvin todennäköistä on myös, että saadut tiedot muistuvat mieleen väärin. Kirjoittaja ehdottaakin potilaalle annettavan tiedon supistamista välttämättömimpään (mikä on ongelma, mitä potilaan pitää tehdä ja miksi se on tärkeää), jotta ohjeistus jäisi paremmin mieleen. Lisäksi ohjeistuksessa tuli välttää lääketieteellisen sanaston käyttöä ja hyödyntää esimerkiksi potilaan itsensä sairaudestaan ja hoidosta käyttämää sanastoa. Potilaan ohjauksen jälkeen Roett ehdottaa varmistamaan vielä, että annettu ohjeistus tuli ymmärretyksi. Tämän voi helposti tehdä pyytämällä potilasta omin sanoin kertomaan, miten hän aikoo tehdä omahoitonsa kun pääsee kotiin.

## 6 Pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen avulla oli tarkoitus kuvata, mitä erityispiirteitä muistisairaankirurgisen potilaan ohjaukseen hoitotyössä liittyy. Kirjallisuushaulla löytyi kuitenkin yllättävän vähän tietoa aiheesta kirurginen muistisairas potilas ja mitä erityispiirteitä kyseessä olevan potilaan ohjauksessa tulee huomioida. Useat artikkelit käsittelivät ikääntyneen potilaan ja/tai muistisairaankirurgisen potilaan ohjausta, mutta niissä ei huomioitu kirurgisen toimenpiteen mukanaan tuomia hoitotyön ja ohjauksen haasteita. Mielestäni julkaisuissa käsiteltyjä näkökulmia ikääntyneen potilaan osalta voi kuitenkin hyödyntää myös kirurgisen hoidonohjaukseen. Aihetta olisi hyvä tutkia lisää, koska potilaskannan ikääntyessä myös muistisairaiden osuus osastokirurgisista potilaista kasvaa, joten mahdollisimman laaja tietämys auttaisi luomaan yksilöllisempiä

ohjausmenetelmiä. Uusien ja tehokkaiden ohjausmenetelmien kehittämiseksi tulee jatkossa olemaan entistä suurempi tarve. Muistisairaiden potilaiden osuus leikkauskirurgisista potilaista kasvaa lähivuosina merkittävästi väestön ikääntyessä ja sen myötä nopean kotiuttamisen mahdollisuus pienenee. Tämä muutos luo sairaaloille suuria paineita kehittää uusia hoidonohjaamisen keinoja.

Potilasohjauksen kannalta muistisairaat ovat haastava potilasryhmä kirurgisella puolella, sillä toipilasaika ja hoito jatkuu kotona vielä leikkauksen jälkeen. Potilaalla tulisi olla reilusti tietoa omasta tilanteestaan sekä ymmärrystä omahoidosta pärjätäkseen kotona. Hoitajilla on rajallinen aika käytössään potilasohjaukseen, jolloin yksilöllisen ohjauksen tarve lisääntyy.

Kirjallisuuden mukaan potilasohjaus mielletään suurimmaksi osaksi leikkauksen jälkeen osastolla tapahtuvaksi toiminnaksi kotiutusvaiheessa (Lipponen 2006). Tätä ajattelutapaa olisi parasta muokata lisäkoulutuksen avulla niin, että hoidon ohjaus alkaisi jo ennen kirurgista toimenpidettä. Tehokas ohjaus edellyttää potilasohjauksen hyvää suunnittelua ja yksilöllisten ohjausmenetelmien käyttöä. Leikkaukseen joutuminen voi olla erityisen stressaava tilanne. Tehokkaalla ja hyvin suunnitellulla ohjauksella voidaan artikkelien mukaan ehkäistä ahdistusta, mikäli potilas saa riittävästi tietoa omasta tilanteestaan läpi kirurgisen hoitoprosessin.

Artikkeleissa tuli esille, että muistisairaiden osalta hoidonohjaus tulisi olla selkeää ja johdonmukaista. Lisäksi tietoa tulisi tarjota riittävän usein. Potilaan ohjaus tulisi nähdä osana hoitotyötä alkaen leikkauksen suunnittelusta aina kotiutukseen asti. Hoitajien tulisi aktiivisesti kehittää ohjausmenetelmiä, jotta ohjausta voitaisiin muokata kullekin potilasryhmälle parhaiten sopivammaksi. Osastot voisivat esimerkiksi kokemukseen perustuen koostaa listaa muistisairaahan ohjauksessa yleisimmin esiin nousevista kysymyksistä. Näin saatujen tietojen perusteella potilasohjeistusta voisi muokata paremmin muistisairaalle soveltuvaksi. Kirjallisuuskatsaus osoitti, että muistisairaahan potilaan ohjauksessa korostuu asioiden opettelu, kertaus ja selkeät ohjaustavat. Koska muistisairaalla lukemisen taito säilyy pitkäänkin, voisi kirjallisessa ohjauksessa kokeilla esimerkiksi lukemis- ja kirjoittamisvaikeutta sairastaville suunnattua selkokielistä kirjoitustapaa. Potilasohjeistuksen ääneen luettaminenkin voisi olla yksi kokeiltava vaihtoehto mietittäessä eri ohjausmenetelmiä, koska muistisairaille lukukyky säilyy pitkään.

Aikuispotilaiden ja ikääntyneiden parissa työskentelevistä hoitajista jokainen kohtaa tai tulee kohtaamaan työssään jonkinasteisesta muistihäiriöstä (ohimenevä, diagnosoitu tms.) kärsiviä potilaita. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitajan tietämys sairaudesta tai muistihäiriöstä olisi hyvä. Hoitajalla voi olla vuosien kokemus muistisairaahan hoitamisesta, mutta syvempi tietämys sairaudesta sekä hoidon erityspiirteistä voi olla hyvinkin pinnallista. Jatkotutkimuksia suunniteltaessa näkisin hoitajien osaamisen ja tietotaidon kartoittamisen ensisijaisen tär-

keänä. Tämän pohjalta esimiestasolla olisi helpompi suunnitella hoitohenkilökunnan lisäkoulutusta huomioiden osaston tarpeet.

Muistisairaus on etenevä tauti ja kirurgiset toimenpiteet ovat yleisimmin kertaluontoisia, joten pitkäaikaistutkimukset hoidon ohjauksen vaikuttavuudesta saman otantaryhmän osalta ovat kuitenkin poissuljettuja. Potilasohjauksen yksilöllisemmän toimintatavan vaikuttavuudesta voitaisiinkin saada merkittävämpää tietoa hoitajia haastattelemalla. Saatavan tiedon avulla muistisairaiden potilasohjausta voitaisiin kehittää tehokkaampaan ja tarkoituksenmukaisempaan suuntaan. Yksilöidyllä ja muistisairaille kohdennetulla potilasohjauksella voitaisiin paremmin vastata potilaiden tarpeisiin sekä tukea muistisairaiden potilaiden kotona pärjäämistä leikkauksen jälkeen. Muistisairaot potilaat ovat haastava ryhmä potilasohjauksen kannalta, koska ohjaukseen käytettävissä oleva aika on rajallinen. Hoitajan on pystyttävä lyhyessä ajassa mahdollisimman tehokkaasti käymään läpi pitkiäkin asiakokonaisuuksia, jolloin hyvin suunnitellun ja yksilöllisen ohjauksen tarve korostuu. Jatkotutkimukseksi ehdotankin muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjaukseen eri menetelmien ja käytänteiden vaikuttavuuden tutkimista.

#### 6.1 Opinnäytetyön aikataulu ja oma arviointi

Aihe esiteltiin Laurean hankeinfossa keväällä 2013. Ilmaisin kiinnostukseni aiheeseen pian hankeinfon jälkeen ja hakemukseni aiheeseen kirjallisuuskatsauksena hyväksyttiin myöhemmin samana keväänä. Alustavana suunnitelmana oli saada opinnäytetyö valmiiksi saman vuoden jouluksi. Ajalliset resurssit eivät tähän kuitenkaan riittäneet johtuen päällekkäin meneistä syventävistä opinnoista sekä useista peräkkäisistä työharjoitteluista.

Opinnäytetyöprojektin varsinainen työstäminen alkoi maaliskuun puolessa välissä 2014, jolloin otin yhteyttä opinnäytetyöohjaajaan ja sitä kautta sain tietää työelämän yhteistyöpuolen. Maaliskuun aikana keräsin teoriapohjan työlleni, jonka esittelin Peijaksen sairaalassa 11.4. järjestetyssä opinnäytetyön alustavan suunnitelman esittelyseminaarissa. Samalla käytiin läpi työelämän toiveet työn suhteen sekä allekirjoitettiin opinnäytetyösopimus. Kirjallisuushaut tein tarkennettujen tavoitteiden pohjalta huhti-toukokuun vaihteessa. Julkaisut analysoin heti kun olin löytänyt mielestäni työhöni soveltuvat artikkelit. Tutkimukseni esittelin 15.5. arvioivassa seminaarissa Peijaksen sairaalassa, johon osallistui työelämän yhteistyökumppanit, Laurean opinnäytetyöohjaajani, opponentti, Laurean opiskelijoita sekä Peijaksen hoitajia. Seminaarissa ja sen jälkeen sain vielä työhöni muutosehdotuksia jonka perusteilla tein korjaukset ja palautin ohjaajalleni 28.5. sekä työelämä edustajalle. Viimeinen ohjaajien tapaaminen oli 9.6. jossa sain vielä muutaman parannusehdotuksen työhöni. Nämä tehtyäni palautin valmiin työn opinnäytetyön ohjaajalleni.

Aikataulu ei mielestäni ollut liian tiukka, koska itse pidän asioiden nopeatahtisesta etenemisestä. Suurimmat haasteet oli saada aikataulut sopimaan yhteen ohjaavan opettajan ja työelämän yhteistyökumppanin kanssa. Saatua täyden vahvistuksen siitä, että voin tehdä valitsemastani aiheesta kirjallisuuskatsauksen, oli työn aloittaminen helppoa. Työ eteni jotakuinkin suunnitelmassani ajassa, koska tarkoitukseni oli saada opinnäytetyö valmiiksi kevään 2014 aikana. Tein työn itsenäisesti, joten kirjoitusaikataulujen ja määräaikojen kanssa ei ollut ongelmia.

Tutkimustapana kirjallisuuskatsausta pidin mukavana haasteena itselleni. Kirjallisuuskatsaus tutkimustapana ei ollut minulle entuudestaan tuttu, joten aiheeseen perehtyminen vei oman aikansa. Valitsin toteutustavaksi kuvailevan yleiskatsauksen, koska se on usein helpoin kokemattomalle kirjoittajalle. Valitsemani aihe oli mielestäni mielenkiintoinen ja tärkeä, joten tekstin tuottaminen ei tuntunut vaikealta. Jossain kirjottamisen vaiheissa huomasin jämähtäväni paikalleen, jolloin olisin kaivannut ehkä toisen kirjoittajan ideoita ja tukea. Koko opinnäytetyön aikataulu oli onnekseni kuitenkin tiivis, joten sain lyhyellä aikavälillä apua ja ideoita työelämän yhteistyökumppanilta, opinnäytetyöohjaajalta sekä opponentilta. Tutkimustapana kirjallisuuskatsaus oli mielestäni tehokas tapa oppia uutta. Vaikka löysin tähän työhön valitsemaani aiheeseeni yllättävän vähän täsmällistä tietoa, koen silti oppineeni paljon kirjallisuuskatsauksen tekemisestä. Jatkossa käytän mielelläni kirjallisuuskatsausta keinona tutkia hoitotyötä.

## 6.2 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuseettisyys tässä opinnäytetyössä huomioitiin olemalla kriittinen lähdemateriaalia kohtaan ja perustelemalla julkaisujen sisäänottokriteerit sekä syyt joidenkin julkaisujen analyysistä poisjättämiselle. Luotettavuuteen saattoi vaikuttaa kirjoittajan artikkelivalinnat, koska artikkeleita joissa olisi käsitelty yksinomaan muistisairaahan kirurgisen potilaan ohjausta, ei löytynyt. Tutkimustulokseen saattoi vaikuttaa tutkijan kokemattomuus kirjoittajana sekä kirjallisuuskatsauksen tekijänä. Tämä puute kuitenkin tiedostettiin läpi kirjoitusprosessin eikä sen annettu vaikuttaa työn lopputulokseen negatiivisesti.

Kirjallisuuskatsauksen johtopäätöksistä pyrittiin tekemään selkeitä, jotta niitä voidaan hyödyntää kliiniseen hoitotyöhön tai jatkossa tehtäviin opinnäytetöihin. Tutkimuksen kirjallinen osuus esitettiin Laurean opinnäytetyöohjeistuksen mukaan. Työn suullisessa esittelyssä käytettiin apuna PowerPoint esitystä, jotta tutkimustulokset olivat selkeästi esillä kuuntelijoille.

Varsinaista tutkimuslupaa työlle ei ollut aiheellista hakea, koska tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta eikä työssä käsitelty esimerkiksi potilastietoja. Aineisto työhön kerättiin kaikille julkisista olevista lähteistä. Opinnäytetyöstä tehtiin kuitenkin kirjallinen so-

pimus, jossa sovittiin muun muassa alustava aikataulu, työelämän yhteyshenkilön rooli opin-  
näytetyö prosessissa kuten myös opiskelijan vastuut. Sopimuksen allekirjoittivat työelämän  
edustaja ja opinnäytetyön tekijä. Sopimus tehtiin kahtena kappaleena josta molemmat osa-  
puolet saivat omansa. Sopimuksessa oli myös nähtävillä molempien osapuolten julkiset yh-  
teystiedot, jonka vuoksi sopimuksia säilytettiin hyvien tietosuojakäytänteiden mukaan ja hä-  
vitettiin asianmukaisesti opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

## Lähteet

- Anderson, E. 2008. Dementia: understanding the neurological contribution as a basis to nursing practice' in Dementia care nursing; promoting well-being in people with dementia and their families. Hampshire UK: Palgrave Macmillan
- de Vries, K. 2013. Communicating with older people with dementia. NOP, vol 25, Number 4, 30 - 38. Verkkojulkaisu. Viitattu 16.5.2014.  
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=0165458e-d02c-4c39-9851-a04ee5f8ec33%40sessionmgr110&hid=128>
- Doeflinger, D. 2009. Older Adult Surgical Patients: Presentation and Challenges. AORN Journal August 2009, VOL 90, NO 2, 223 - 244. Viitattu 5.5.2014.  
<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=daf1347e-7468-4292-80a8-1170dbb3af34%40sessionmgr115&vid=4&hid=119>
- Haapala, P. Burakoff, K. Martikainen, K. 2013. Tietoisuus toimivista vuorovaikutustavoista muuttaa muistisairaana ihmisen ja hoitajan kohtaamista. Gerontologia 3/2013, 314 - 321.
- Hammar, A-M. 2011. Kirurgian perusteet. 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- HUS. Sairaanhoido. Viitattu 8.3.2014. [http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/peijaksen-sairaala/kirurgia/osasto\\_k1/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/sairaanhoido/sairaalat/peijaksen-sairaala/kirurgia/osasto_k1/Sivut/default.aspx)
- Erkinjuntti, T. 2010. Dementian käsite. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, sivut 86 - 90.
- Kuikka, P. Pulliainen, V. Salo, J, Erkinjuntti, T. 2007. Muistihäiriösairauksien alkuvaiheessa tarvitaan toiminnanohjauksen osa-alueiden tuntemusta. Suomen Lääkärilehti 44/2007 vsk 62, 4097 - 4102.
- Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Leino-Kilpi, H. 2010. Ikääntyneiden hoitotyön etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. Välimäki, M. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. Helsinki: WSOYpro Oy, sivut 277 - 307.
- Leino-Kilpi, H. Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKI-potilaana? Teoksessa Suominen, T. Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, sivut 17 - 37.
- Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja - sjuksköterskan vol. 79 no. 10 s. 22- 24.
- Muistiliitto 2013. Muisti ja muistisairaudet; hoito ja kuntoutus. Viitattu 15.10.2013.  
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/>
- Nikunen, S. Miten pärjää hoitaja? 1997. Teoksessa Suominen, T. Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, sivut 135 - 152
- Raij, K. Niinistö-Sivuranta, S. Ahonen, O. Immonen-Orpana, P. Pääskyvuori, M. Rantanen, T. Lassila, E. 2011. Kehittämispohjaista oppimista LbD-opas. Viitattu 2.3.2014.  
[http://www.laurea.fi/fi/tutkimus\\_ ja\\_ kehitys/ julkaisut/ Erilliset\\_ julkaisut/ Documents/ LbD\\_ op\\_ as\\_ 08072011\\_ FI\\_ lowres.pdf](http://www.laurea.fi/fi/tutkimus_ ja_ kehitys/ julkaisut/ Erilliset_ julkaisut/ Documents/ LbD_ op_ as_ 08072011_ FI_ lowres.pdf)
- Roett, M. A. 2012. Help your patient "get" what you just said: A health literacy guide. The Journal Of Family Practice, Vol 61, NO 4, April. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.5.2014.



<http://web.b.ebscohost.com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=0165458e-d02c-4c39-9851-a04ee5f8ec33%40sessionmgr110&vid=7&hid=128>

Salminen, Ari. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan Yliopiston julkaisu, Opetusjulkaisu 62. Viitattu 3.5.2014  
[www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)

Suominen, T. Leino-Kilpi, H. Lyhytkirurginen hoitotoiminta. 1997. Teoksessa Suominen, T. Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, sivut 13-16.

Suutama, T. Kognitiiviset toiminnot. 2004. Teoksessa Raitanen, T, Hänninen, T. Pajunen, H. Suutama, T. (toim.) Gerospsykologia: vanhenemisen ja vanhuuden psykologia. Helsinki: WSOY, sivut 76 - 104.

Tarnanen, J. Suhonen, J. Raivio, M. 2010. Muistisairaudet. Viitattu 3.5.2013  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00094](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094)

Tossavainen, P. 2007. Työvoima ikääntyy. Tilastokeskuksen hyvinvointikatsaus 3/2007. Viitattu 21.4.2014 [http://www.stat.fi/artikkelit/2007/art\\_2007-10-11\\_002.html](http://www.stat.fi/artikkelit/2007/art_2007-10-11_002.html)

Ukkonen, V. Ahonen, J. Alanko, A. Lehtonen, T. Suominen, S. 2001. Kirurgia. 1.painos. Porvoo: WS Bookwell Oy, sivut 16 - 23.

Vataja, R. Muistisairauteen liittyvät käytösoireet. 2010. Teoksessa Erkinjuntti, T. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. Porvoo: WS Bookwell Oy, sivut 91 - 99.

Viramo, P. Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkinjuntti, T. Alhainen, K. Rinne, J. Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy, sivut 23 - 39.

Virjonen, K. Kankare, H. 2013. Palveluita muistipolulle. Teoksessa Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat, toimiva palvelukokonaisuus ehkäisystä hoitoon. Jyväskylä: PS-kustannus, sivut 59 - 85.

WHO World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) Version for 2010, Mental and behavioural disorders(F00-F99) Viitattu 08.04.2014.  
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F00-F09>

## Kuvat

Kuva 1: Kirjallisuushaun valintaprosessi .....	15
--	----

## Taulukot

Taulukko 1: Ohjauksessa muistettavia asioita (Kyngäs ym.2007, 74).....	11
Taulukko 2: Hakusanat ja rajaukset .....	15
Taulukko 3: Tutkijan taulukko.....	16