

ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTTÄY- TYMISEN MUUTOKSET

Opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille

Kämäräinen Petra-Maria

Opinnäytetyö
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

2017

Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Petra-Maria Kämäräinen	Vuosi	2017
Ohjaaja(t)	Seppo Kilpiäinen		
Toimeksiantaja	Lapin ammattikorkeakoulu		
Työn nimi	Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käyttäytymisen muutokset – Opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille		
Sivu- ja liitesivumäärä	54 + 3		

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille tyypillisimmistä eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista. Tavoitteena oli selkeä ja informatiivinen opas hoitotyöntekijöille, joka sisältää konkreettisia keinoja käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen hoitotyön arjessa.

Projektityö käsittelee eteneviin muistisairauksiin liittyviä käyttäytymisen muutoksia. Tutkimuskysymyksiä ovat: millaisia tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia liittyy eri eteneviin muistisairauksiin ja millaisia ovat eteneviin muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisen muutosten lääkkeettömät ja lääkkeelliset auttamismuodot?. Raporttiosuus käsittelee eteneviä muistisairauksia ja niihin liittyviä käyttäytymisen muutoksia sekä käyttäytymisen muutosten lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä auttamismenetelmiä. Sisällönanalyysillä eritellään tyypillisimpiä käyttäytymisen muutoksia eri etenevissä muistisairauksissa.

Opinnäytetyö on projektityyppinen, jonka toimeksiantajana on Lapin ammattikorkeakoulu. Tuotoksena on opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille tyypillisimmistä eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista.

Avainsanat	Hoitotyö, käyttäytymisen muutokset, opas, muistisairaus
Muita tietoja	Työhön liittyy opas eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista, joka on tarkoitettu pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille

School of Health Care
and Social Services
Degree Programme on Nursing

Author	Petra-Maria Kämäräinen	Year	2017
Supervisor	Seppo Kilpiäinen		
Commissioned by	Lapland University of Applied Sciences		
Subject of thesis	Behavioural and psychological symptoms related to progressive dementia - A guide for care work employees working in long term treatment		
Number of pages	54 + 3		

The goal of the thesis was to manufacture a guide for care work employees working in long term treatment about the most typical behavioural changes related to progressive dementia types. The goal was to create an explicit and informative guide for care work employees that includes concrete means for facing behavioural and psychological symptoms in dementia types in everyday work environment.

The thesis is about the most typical behavioural changes related to progressive dementia types. Research questions are: what kind of behavioural and psychological symptoms are related to different progressive cognitive impairments and what kind of non-medical and medical treatment methods are used for these behavioural and psychological symptoms? The report section discusses progressive dementia types and behavioural changes related to them as well as non-medical and medical treatment methods for aforementioned behavioural and psychological symptoms. In content analysis different behavioural changes are categorized for various progressive cognitive impairments.

The thesis is functional in nature and it is assigned by Lapland University of Applied Sciences. This results in a guide for care work employees working in long term treatment about the most typical behavioural changes related to progressive memory disorder diseases.

Key words	Behavioral and psychological symptoms, care work, dementia, guide,
Special remarks	Thesis contains a guide for care work employees working in long term treatment about the most typical behavioural changes related to progressive dementia types.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TARKOITUS JA TAVOITTEET	8
3	ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET	9
3.1	Oireet.....	10
3.2	Muistisairauksien hoito.....	11
3.2.1	Kotona asumisen tukeminen	13
3.2.2	Pitkäaikaishoito hoitolaitoksessa	13
4	ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET	16
4.1	Masennus ja apatia	18
4.2	Ahdistuneisuus	19
4.3	Levottomuus ja aggressio	19
4.4	Psykoottiset oireet.....	20
4.5	Seksuaalinen käyttäytyminen	21
5	ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVIEN KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOSTEN HOITO.....	22
5.1	Lääkkeiden hoito.....	23
5.1.2	Hoitosuhdetyöskentely	23
5.1.2	Vuorovaikutus.....	25
5.1.3	Muistelu	28
5.1.4	Musiikki ja taide	28
5.1.5	Ympäristön huomioiminen	29
5.2	Lääkehoito.....	30
6	AIKATAULU, RESURSSIT JA KUSTANNUKSET	33
7	PROJEKTITYÖN TOTEUTUS.....	35
7.1	Suunnittelu	35

7.2 Tulosten määrittely	37
7.3 Sisällönanalyysi	39
7.3.1 Teorialähtöinen analyysi ja sen toteutus	39
7.3.2 Tulokset	44
9 EETTISYYS JA PÄTEVYYS	46
10 POHDINTA	48
10. 1 Projektin arviointi ja jatkotyöskentely.....	48
10.2 Ammatillisen kasvun pohdinta.....	49
LÄHTEET	51
LIITTEET.....	55

1 JOHDANTO

Etenevät muistisairaudet johtavat muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikkenemiseen. Perinteisesti muistisairaudet mielletään sairausryhmäksi, jonka keskeinen ongelma on muistivaikeus. Kuitenkin muistisairaiden ja heidän omaisten kannalta elämänlaatua heikentävät enemmän muistisairauteen liittyvät psyykkisiä oireet ja haitalliset käyttäytymisen muutokset. (Hallikainen, Mönkäre, Nukari & Forder 2014, 46.)

Käyttäytymisen muutoksilla tarkoitetaan muistisairaahan luonteen, toimintamallin ja käyttäytymisen muuttumista, joita ovat muun muassa masennus ja apatia, ahdistuneisuus, levottomuus ja harhaisuus (Muistiliitto 2014.). Käyttäytymisen muutoksia esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa (Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010. 92.). Yli puolet muistisairaista kärsii käyttäytymisen muutoksista ja 90-prosenttia kärsii käytösoireista sairauden jossakin vaiheessa (Hallikainen yms. 2014, 46, 58.). Yleisyyden vuoksi voidaan olettaa, että jokaisessa ikääntyneiden tai muistisairaiden yksikössä hoitohenkilökunta on päivittäin tekemisissä käyttäytymisen muutosten kanssa. Hoitohenkilökunnan osaaminen ja ammatillisuus ovat avainasemassa käyttäytymisen muutosten hoidossa.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas pitkäaikais- hoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille tyypillisimmistä eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista. Tavoitteena oli selkeä ja informatiivinen opas hoitotyöntekijöille, joka sisältää konkreettisia keinoja ja auttamismenetelmiä käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen hoitotyön arjessa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on vastata kahteen tutkimuskysymykseen: minkälaisia tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia liittyy eri eteneviin muistisairauksiin ja millaisia ovat eteneviin muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisen muutosten lääkkeettömät ja lääkkeelliset auttamismuodot. Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään eteneviä muistisairauksia ja niihin liittyviä käyttäytymisen muutoksia sekä käyttäytymisen muutosten lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä auttamismenetelmiä geriatrisen hoitotyön näkökulmasta. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä

sa pyritään vastamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin kartoittamalla tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia eri etenevissä muistisairauksissa.

Aiheen valintaan vaikutti tekijän henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan sekä halu hyödyntää aiempaa ammattiosaamistaan tiedottamisen osalta. Tekijän omana oppimistavoitteena on syventää omaa tietoaan käyttäytymisen muutoksista sekä oppia hyödyntämään omaa ammattitietämystään käyttäytymisen muutoksista kärsivien muistisairaiden kohtaamisessa ja hoidossa.

2 TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille tyypillisimmistä eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vastata kahteen tutkimuskysymykseen:

1. Millaisia tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia liittyy eri eteneviin muistisairauksiin?
2. Millaisia ovat eteneviin muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisen muutosten lääkkeettömät ja lääkkeelliset auttamismuodot?

Opinnäytetyö tehdään toiminnallisena menetelmänä, jonka tuotoksena on opas hoitotyöntekijöille (Liite 2). Tavoitteena on luoda selkeä ja informatiivinen opas hoitotyöntekijöille, joka sisältää konkreettisia keinoja käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen hoitotyön arjessa. Informaation ja konkreettisten auttamismenetelmien kautta hoitotyöntekijät voivat pohtia omia ammatillista valmiuksiaan ja osaamistaan käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen sekä hoitoon ja kehittää niitä.

Opinnäytetyön tavoitteena kehittää omaa asiantuntijuuttani sairaanhoitajana. Tiedosta eri etenevistä muistisairauksista ja niihin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista on tarpeen sairaanhoitajan ammatissa muistisairauksien ja niihin liittyvien käyttäytymisen muutosten yleisyyden vuoksi. Se kehittää tietotaitoani sekä antaa välineitä muistisairaiden ja käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen. Samalla tieto auttaa myös omaisten ohjaamisessa sekä etsimään lisää tietoa aiheesta.

3 ETENEVÄT MUISTISAIRAUDET

Muistisairaudella tarkoitetaan sairautta, joka heikentää muistia että muita tiedonkäsittelyn alueita, kuten kielellisiä toimintoja, näönvaraista hahmottamista ja toiminnanohjausta (Hallikainen yms. 2014, 45.). Muistihäiriön tekijä voi olla ohimenevä, pysyvä tai etenevä (Salmenperä & Tuli & Virta 2002, 77.). Etenevien muistihäiriöiden syitä ovat keskeiset dementiaan johtavat tilat, kuten Alzheimerin tauti, vaskulaariset demeniat, Lewyn kappale -dementia ja otsaohimolohkodementiat (Erkinjuntti yms. 2011, 358.). Edellä mainittujen lisäksi eteneviin muistisairauksiin voidaan lukea Parkinsonin taudin muistisairaus. Harvinaisempia eteneviä muistisairauksia ovat Creutzfeldt-Jakobin tauti, Huntingtonin tauti, Hakolan tauti ja Pickin tauti (Salmenperä yms. 2002, 84.).

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä ja nopeasti kasvava kansanterveys- haaste. Tällä hetkellä Suomessa on ainakin 120 000 dementiaoireyhtymätasois- ta muistisairautta sairastavaa ja määrä kasvaa jatkuvasti väestön ikääntyessä. Vuosittain Suomessa ilmaantuu uusia demeniatasoisia muistisairauksia vähintään 13 000. Alzheimerin tauti on etenevän muistisairauden ja demen- tian syynä ainakin 70-prosentilla tapauksista. (Käypä hoito 2017.)

Ikääntymisen tuomat muutokset ovat kognitiivisen heikentymisen, muistioireiden ja demen- tian tärkein riskitekijä. Suurimalla osalla pysyvässä pitkäaikaishoidos- sa olevista potilaista on dementia. Myös perimä vaikuttaa vaaraan sairastua. Jos lähisuvussa on muistisairautta, on riski noin kaksin- tai kolminkertainen. Sen lisäksi kliinisten oireiden syntyyn vaikuttavat aivojen toimintaan vaikuttavat suoja- ja riskitekijät. Keskeisiä riskitekijöitä ovat valtimotautien vaaratekijät, ku- ten kohonnut verenpaine, rasva-aineenvaihdunnan sekä sokeriaineenvaihdun- nan häiriöt, tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö, ylipaino ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. Läpi elämän kestävän terveellisten elämäntapojen noudattaminen ja aivojen terveydestä huolehtimisen (korkea koulutus, henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus) voidaan ajatella olevan myös parasta demen- tian ehkäisyssä. (Käypä hoito 2017.)

3.1 Oireet

Etenevät muistisairaudet johtavat ajan kuluessa muistin ja tiedonkäsittelyn dementia-asteiseen heikentymiseen. Muistioire viittaa tapahtumamuistin ja asia-muistin toiminnassa esiintyviin vaikeuksiin. Kaikkiin muistisairauksiin liittyy kognitiivisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia, joiden lisäksi myös omatoimisuus heikkenee. Oireiden esiintyvyys taudin eri vaiheissa ja taudinkulku on yksilöllistä, jonka vuoksi sairauden etenemistä tai tyypillisten oireiden ilmaantumista ei voi yksilöllisesti ennustaa. (Hallikainen yms. 2014, 45-46.)

Totutusti etenevät muistisairaudet jaotellaan lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan taudinkuvaan, joissa huomioidaan kognitiiviset oireet, toimintakyvyn muutokset, käyttäytymisen muutokset ja somaattiset oireet (Käypä hoito 2017.). Lievässä vaiheessa muistivaikeudet lisääntyvät, kun taas keskivaikeassa sairastuneella on muistivaikeus on selkeä. Lievässä taudinvaiheessa sairastuneella on vaikeus löytää sanoja, toiminnanohjaus on hidastunut, päättelykyky ja keskittyminen ovat heikentyneet ja ongelmia on niin keskustelun seuraamisessa, taloudenpidossa kuin lääkityksestä huolehtimisessa. (Salmenperä yms. 2002, 81.; Käypä hoito 2017.).

Keskivaikeassa taudinvaiheessa lähimuisti on heikentynyt ja spontaani puhe vähentynyt, jonka lisäksi kognitiiviset oireet ovat laajempia, toimintakyky heikentynyt ja sairastunut tarvitse tukea jokapäiväisissä toiminnoissa. Vaikeassa taudinvaiheessa sairastunut on passiivinen sekä avustettava, kontaktin saaminen on vaikeaa ja virtsan että ulosteen pidätyskyky on heikentynyt (Salmenperä yms. 2002, 81.; Käypä hoito 2017.). Käyttäytymisen muutoksia ja psyykkistä oireilua esiintyy kaikissa sairauden vaiheissa. MMSE-testin karkeat pisterajat eri vaikeusasteille ovat lievälle dementialle 18-26 pistettä, keskivaikealle 12-22 pistettä ja vaikealle 0-12 pistettä (Käypä hoito 2017.)

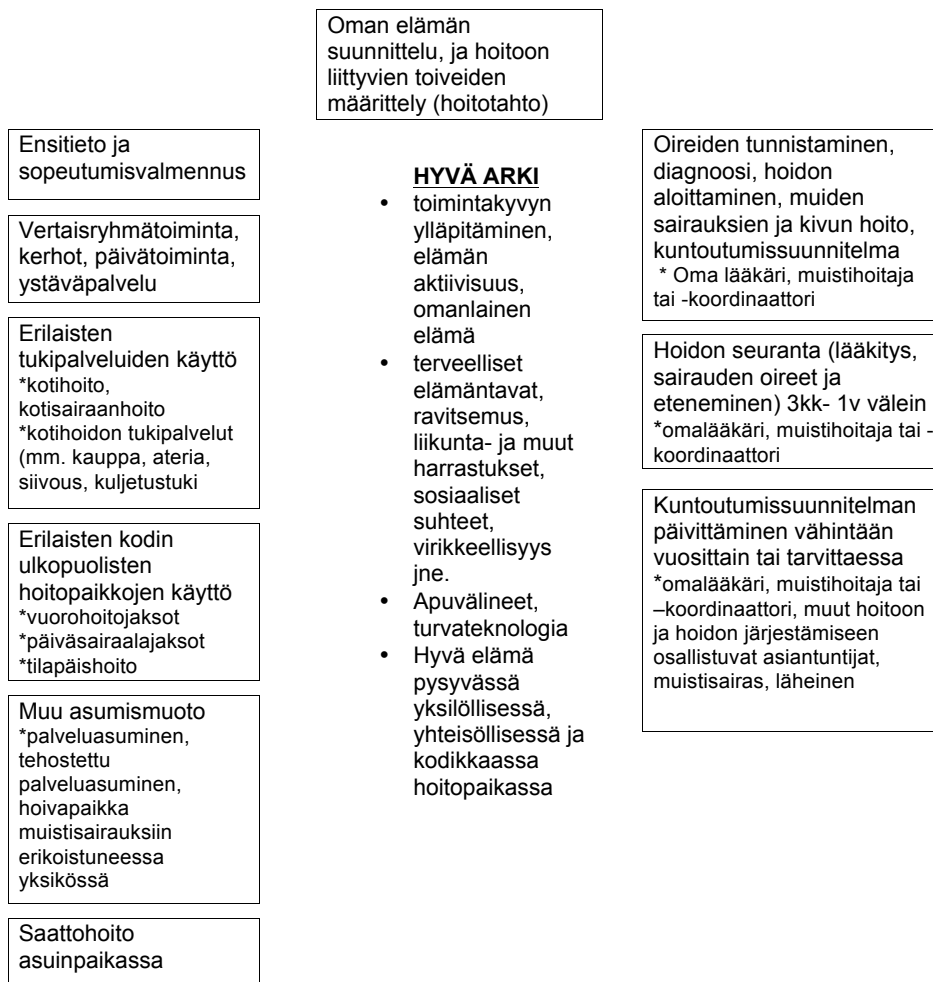
3.2 Muistisairauksien hoito

Muistioireiden syy tulee aina selvittää. Tutkimukset jakautuvat perusselvityksiin ja lisätutkimuksiin (Käypä hoito 2017.). Muistisairauksien ensivaiheen tutkimukseen perusterveydenhuollossa kuuluu muistin ja kognition arviointi haastattelulla, jossa arvioidaan muistia, vireystasoa, orientaatiota, keskittymis- ja päättelykykyä sekä puheen ymmärtämistä ja tuottamista (Hallikainen yms. 2014, 33-41.).

Seulontatutkimuksena käytetään suppeaa Mini-Mental State Examination eli MMSE-testiä ja laajempaa kognitiivista CERAD-tehtäväsarjaa. Muistisairauksien lisätutkimukset (kliininen tutkimus ja aivojen kuvantamistutkimus). Diagnoosi ja hoidon aloitus tehdään tähän erikoistuneessa hoitopaikassa, esimerkiksi muistipoliklinikalla, jossa moniammatillisen työryhmän jäsenet haastattelevat tutkittavaa ja läheisiä sekä diagnoosin varmistuttua laativat yhdessä sairastuneen ja omaisten kanssa varhaisen kuntoutumissuunnitelman. (Hallikainen yms. 2014, 33-41.)

Laatua etenevää muistisairautta sairastavalle on hyvä arkielämä, joka rakentuu turvallisuudesta, välittämisestä ja huolenpidosta. Turvallinen ja onnistumisen elämyksiä tuottava elinympäristö on tärkeä, sillä se vähentää ja ehkäisee ahdistusta, pelkoa ja epävarmuutta. Sosiaalisuus on yhä tärkeä osa elämää ja sairastunut kaipaa rakkautta, hyväksyntää ja ihmisarvoista kohtelua, vaikka ei pystyisikään ilmaisemaan tuntemuksiaan sanallisesti. (Salmenperä yms. 2002, 86.)

Kuviossa 1. on kuvattu hoitojärjestelmän toiminnan periaatteita etenevää muistisairautta sairastavan hoidossa. Keskiössä on hyvä arki ja sen osatekijät, jonka ympärille on kuvattu hyvän arjen onnistumisen kannalta keskeisiä asioita hoitojärjestelmän näkökulmasta. Hyvän arjen onnistumiseen vaikuttaa sairastuneen oman suunnittelu ja toiveet. Oikealla kuvataan hoidon järjestämisen kannalta merkittävät tekijät, joita ovat diagnosointiin ja hoidon aloittamiseen liittyvät tekijät, seuranta ja kuntoutuminen. Vasemmalla taas kuvataan erilaisia annettavia tukipalveluita, jotka mahdollistavat yksilöllisen hyvän arjen onnistumisen.



Kuvio 1. Hoitojärjestelmän toiminnan periaatteita etenevää muistisairautta sairastavan hoidossa (Hallikainen yms. 2014, 200.).

Etenevään muistisairauteen sairastuneen hoidon tavoitteena on elämänlaadun turvaaminen sairauden kaikissa vaiheissa (Käypä hoito 2017.). Sairastuneella on oikeus ihmisarvoa kunnioittavaan ja elämänlaatua ylläpitävään tukeen että hoitoon (Salmenperä yms. 2002, 84.). Hoitoon kuuluvat sairastuneen yksilöllisen ja ainutkertaisen elämäntavan ja taustan vaaliminen, arvokkuuden ja sosiaalisen verkoston ylläpitäminen sekä autonomian turvaaminen. Hoidon järjestämistä ohjaa ajan tasalla pidettävä yksilöllinen kuntoutumissuunnitelma, jota

päivitetään sairauden edetessä puolen vuoden tai vuoden välein sairauden edetessä. (Käypä hoito 2017.)

3.2.1 Kotona asumisen tukeminen

Kotona asumista voidaan tukea monin eri keinoin, joita ovat yksilölliset kuntoutustoimet ja omatoimisuutta tukevat toimenpiteet, asianmukainen lääketieteellinen hoito, oikea-aikaiset tukipalvelut ja -toimet, taloudelliset tukitoimet, sairastuneen sekä omaishoitajan ja läheisten tukeminen. Hoidon onnistumisen edellytyksenä on saumaton yksilöllinen hoitoketju. (Käypä hoito 2017.)

Sairastuneen hoito pyrkii edistämään toimintakykyä tukevasti fyysistä kuntoa, kognitiivisia toimintoja sekä hoitamaan ja ehkäisemään käyttäytymisen muutoksia ja psyykkistä oireilua (Salmenperä yms. 2002, 89.). Kuntouttavan hoidon tavoitteena on tukea selviytymistä kotona ja omaisten jaksamista sekä ylläpitää jäljellä olevaa toimintakykyä. Karkeasti kuntoutus voidaan jakaa psyykkisten, sosiaalisten ja fyysisen toimintakyvyn kuntoutukseen, ympäristön muokkaamiseen sairastuneen toimintakykyä vastaavaksi ja lääkehoitoon. (Heimonen & Voutilainen 1998, 16-17.)

3.2.2 Pitkäaikaishoito hoitolaitoksessa

Toistaiseksi eteneviin muistisairauksiin ei ole parantavaa hoitoa, jonka vuoksi useimmiten sairauden loppuvaiheen hoito tapahtuu pitkäaikaishoidossa (Käypä hoito 2017.). Ihanteellista on että sairastunut voi asua mahdollisimman pitkään kotona ja pitkäaikaishoitovaihe laitoksessa olisi mahdollisimman lyhyt (Salmenperä yms. 2002, 104.).

Kunnat, yksityiset palveluntuottajat, säätiöt ja yhdistykset tarjoavat laitoshoidoa vanhain- ja hoitokodeissa. Lyhytaikainen hoito kestää muutaman viikon, jonka tarkoituksena on kuntouttaa ja tukea kotona asumista. Pitkäaikaishoidon kesto on yli kolme kuukautta ja on tarkoitettu iäkkäille tai sairaille vanhuksille, jotka tarvitsevat jatkuvaa hoitoa ja hoivaa eivätkä pärjää kotona. Asuinympäristöt

vaihtelevat pienistä kodinomaisista kodeista sairaalatyyppeihin hoitolaitoksiin. (Väestörekisterikeskus 2015.)

Sairastuneen hyvä hoito pitkäaikaishoidossa tarvitsee erityisosaamista, joka koostuu monipuolisesta tarpeiden ja voimavarojen arvioinnista sekä toimintakykyä ja kuntoutumista edistävästä hoidosta, potilasta ja hänen läheisiä kuulevasta elämänhistorian huomioivasta yksilöllisestä hoidosta, omanarvon tunnon säilyttämisestä sekä autonomian kunnioittamisesta ja riittävästä määrästä osaavaa henkilökuntaa. Elämän loppuvaiheessa sairastuneella on oikeus hyvään oireenmukaiseen hoitoon ja arvokkaaseen kuolemaan hoitotahtoa noudattaen. (Käypä hoito 2017.)

3.3 Lääkehoito

Kun muistisairausdiagnoosi on tehty, on aina harkittava lääkehoidon aloitusta (Käypä hoito 2017.). Muistisairauksien lääkehoidossa on käytettävissä kolme asetyylikoliiniesteraasin (AKE) estäjää, joita ovat donepetsiili, rivastigmiini ja galantamiini. Näiden vaikutus perustuu kolinergisen järjestelmän tehostamiseen, joka aktivoi laaja-alaisesti aivokuoren hermosoluja ja parantaa niiden toimintakykyä. Lisäksi muistisairauden hoitoon käytetään memantiinia, joka vähentää glutamaatti-välittäjäaineen liiallista vaikutusta aivoissa. (Hallikainen yms. 2014, 271.)

Muistisairauslääkkeiden vaste sekä sen kesto ovat yksilöllisiä ja riippuu taudin vaikeusasteesta hoidon aloittaessa. Lievässä vaiheessa tavallisin vaste on tilan vakiintuminen tai oireiden hitaampi eteneminen. Yleistä aktiivisuutta, vireyttä, keskittymistä ja aloitteellisuutta parantavina muistisairauslääkkeitä käytetään keskivaikeassa sairauden vaiheessa omatoimisuuden säilyttämiseen sekä kohentamiseen ja arkitoimien sujuvuuden parantamiseen. Vaikeassa taudinvaiheessa lääkityksen odotetaan tavallisimmin säilyttävän omatoimisuutta ja helpottavan käyttäytymisen haitallisia ilmenemismuotoja. (Käypä hoito 2017.)

Muistisairaalla on keskimäärin kolmesta viiteen toimintakykyyn vaikuttavaa pitkäaikaissairautta, joista tavallisimpia ovat muistisairauksien vaaratekijöiksi todetut tilat kuten verenpainetauti, diabetes, valtimotaudit ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Sairauksien hoitoon käytetään useita eri lääkeaineryhmien lääkkeitä, mikä altistaa haitta- ja sivuvaikutuksille. Kaikkien sairauksien kannalta tarkoituksenmukainen lääkehoito tukee muistisairaahan toimintakykyä ja elämänlaatua. Tämän lisäksi kaikki muistisairaath tarvitsevat lääkehoidon arviointia. Lääkehoitosuunnitelma on osa muistisairaahan kuntoutumissuunnitelmaa, jota arvioidaan säännöllisesti. Arviointi tapahtuu vähintään vuosittain, mutta aina myös tilanteen muuttuessa. (Hallikainen yms. 2014, 222.)

4 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET

Perinteisesti etenevät muistisairaudet on mielletty sairausryhmäksi, jonka keskeinen ongelma on muistivaikeus. Kuitenkin sairastuneen ja tämän läheisten kannalta elämänlaatua heikentävät kognitiivisia oireita enemmän haitalliset käyttäytymisen muutokset ja psyykkiset oireet. (Hallikainen yms. 2014, 46). Tässä työssä haitalliset käyttäytymisen muutokset ovat yläkäsite, joka pitää alallaan kaikki eteneviin muistisairauksiin liittyvät psyykkiset oireet ja käyttäytymisen muutokset.

Psyykkisiä oireita ja käyttäytymisen muutoksia esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa (Erkinjuntti yms. 2010. 92). Yli puolet muistisairaista kärsii käyttäytymisen muutoksissa ja 90-prosenttia kärsii niistä sairauden jossakin vaiheessa (Käypä hoito 2017; Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 232). Usein käyttäytymisen muutokset muuttuvat vaikeammiksi sairauden edetessä. Varsinkin masennus ja ahdistuneisuus heikentävät voimakkaasti muistisairaiden elämänlaatua. Levottomuus, aggressiivisuus ja aistiharhat ovat tavallisempia keskivaikeassa ja vaikeassa muistisairaudessa. (Hallikainen yms. 2014, 48.)

Käyttäytymisen muutosten syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei ole kyetty tarkasti selvittämään, mutta todennäköisesti ne ovat seurausta biologisten, sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden monimutkaisesta yhteisvaikutuksesta (Cerejeira & Largarito & Mukaetova-Ladinska 2012). Syynä voivat olla aivotoiminnan muutokset, muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt sekä muut sairaudet ja lääkitykset. Lisäksi lähipiirin suhtautuminen, persoonallisuus ja aikaisempi psyykinen oireilu sekä ympäristön turvattomuus voivat olla syitä käyttäytymisen muuttumiseen.

Myös nuoruudessa kehittyneellä persoonallisuudella on vaikutusta siihen, miten henkilö selviytyy muistisairaana. Ne voivat korostua (saituus, mustasukkaisuus), lisätä käyttäytymisen muutosten todennäköisyyttä (ahdistunut persoona) tai voi ilmentyä uusina piirteinä (ahminen). (Erkinjuntti yms. 2010. 94.; Hallikainen yms. 2014, 48.). Usein taustalla on yhtä aikaa useampi tekijä, joiden tunnistaminen hoitoa suunnitellessa on tärkeää (Hallikainen yms. 2014, 48.).

Vain muutamat tutkimukset ovat verranneet haitallisten käyttäytymisen muutosten ilmenemistä etenevää muistisairautta sairastavien ja valtaväestön välillä (Rachal 2006). Lyketsosin ryhmän tekemän tutkimuksen mukaan 75-prosentilla muistisairautta sairastavalla on ainakin yksi käyttäytymisen muutoksen oire ja 62-prosentilla oire oli kliinisesti merkittävä. Kahta tai useampaa käyttäytymisen muutoksen oiretta tavattiin 55-prosentilla dementoituneista. (Lyketsos & Lopez & Fitzpatrick & Breitner & DeKosky 2002.)

Lyketsosin tutkimuksen mukaan apatia ja masennus olivat yleisimmät oireet dementiaa sairastavilla. Tutkimuksen tuloksia kuvataan kuviossa 2. Levottomuutta ja aggressiota tavattiin 30-prosentilla, kun taas ärtyneisyyttä 27-prosentilla ja ahdistuneisuutta 21,5 -prosentilla. Harhaluuloja oli 18-prosentilla dementoituneista, jonka lisäksi hallusinaatioita 10,5-prosentilla. Seksuaalista käytösoiretta tavattiin 12,7-prosentilla. Muita tutkimuksessa nimettyjä ja tutkittuja häiriöitä ovat uni-valverytmin häiriöt (27,4 %) ja poikkeava motorinen käytös (16%). (Rachal 2006.)

Apatia	36%
Masennus	32%
Levottomuus ja aggressio	30 %
Uni-valverytmin häiriö	27,4 %
Ärtyneisyys	27%
Ahdistuneisuus	21,5 %
Harhaluulot	18%
Poikkeava motorinen käytös	16%
Seksuaalinen käytösoire	12,7 %
Hallusinaatiot	10.5%

Kuvio 2. Käyttäytymisen muutosten esiintyvyys Lyketsosin tutkimuksen mukaan (Lyketsos yms. 2002; Rachal 2006).

Muutokset käyttäytymisessä lisäävät muistisairaiden sairastavuutta somaattisiin sairauksiin. Esimerkiksi masennus nopeuttaa ja vaikeuttaa taustalla olevan muistisairauden etenemistä. Muistiongelmien, keskittymiskyvyn ja toiminnanohjauksen ongelmat lisääntyvät apatiasta, ahdistuneisuudesta ja masennuksesta kärsivillä muistisairailla. (Hallikainen yms. 2014, 48.)

4.1 Masennus ja apatia

Masennus eli depressio ja muistisairaus voivat esiintyä samanaikaisesti. Depressiota esiintyy yleisesti Alzheimerin tautia tai vaskulaarista dementiaa sairastavilla muistiin ja tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden ollessa vielä lieviä tai keskivaikeita. (Erkinjuntti yms. 2011. 92, 232-233.; Käypä hoito 2016.) Käypä hoidon mukaan yksittäisiä masennusoireita tavataan yli puolella eteneviin muistisairauksiin sairastuneilla jossain sairauden vaiheessa (Käypä hoito 2016.). Myös vaikeasti dementoituneet kärsivät depressiosta ja heillä vakava masennustila voi olla jopa yleisempi kuin lievästi dementoituneilla (Erkinjuntti yms. 2011. 92, 232-233.).

Samalla masennus on Alzheimerin taudin riskitekijä iäkkäillä. Se voi olla myös muistisairauden ensimmäinen oire, jonka vuoksi on tärkeää seurata masennuksen vuoksi hoitoon hakeutuneiden iäkkäiden kognitiivisia toimintoja. Samanaikainen depressio muistisairautta sairastavalla johtaa kognitiivisten kykyjen ja sosiaalisen suoriutumisen voimakkaaseen ja nopeaan heikkenemiseen. (Erkinjuntti yms. 2011. 92, 232-233.)

Etenevää muistisairautta sairastavan masennusoireita ovat laskenut mieliala (surullisuus, toivottomuus, lannistuneisuus, itkuisuus) ja vähentynyt mielenkiinto tavanomaisia aktiviteetteja kohtaan. Tämän lisäksi hän kärsii kahdesta tai useammasta seuraavaksi luetelluista oireista pitempään kuin kahden viikon ajan: sosiaalinen eristäytyminen tai vetäytyminen, ruokahaluttomuus, levottomuus tai motoriikan hidastuneisuus, ärtyvyys, väsymys tai voimattomuus, arvottomuuden tai toivottomuuden tunne, epätavanomainen itsensä syyllistäminen, itsemurhasuunnitelmat tai yritykset. (Alzheimer's Association 2017.)

Apatia voi olla osa masennusta, mutta se esiintyy myös itsenäisenä oireena. Sillä tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatiasta kärsivien muistisairaiden olemusta leimaa psykomotorinen hitaus sekä syvä passiivisuus ja aloitekyvyttömyys. Apatia on yleinen, mutta huonosti tunnettu ja mielletty muistisairaiden käytösoire. Itsenäisenä oireena ilmentyessään masennuslääkkeet tehoavat siihen huonosti. Sen taustalla on muun muassa kolinenergisen välittäjäainetoiminnan häiriö ja potilaat hyötyvätkin usein koliiniesteraasin estäjistä. (Erkinjuntti yms. 2011. 93.)

4.2 Ahdistuneisuus

Etenevissä muistisairauksissa ahdistuneisuus on yleinen oire, jota tavataan 40-50-prosentilla sairastuneista. Tavallisinta ahdistuneisuus on sairauden lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. (Käypä hoito 2016.) Yleisimmin muistisairailla esiintyy yleistynyttä ahdistuneisuutta, johon liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo. Tyypillisimmin muistisairaavat kokevat ahdistuneisuutta odottelutilanteessa, kuten omaisen poistuessa kauppaan tai töihin. (Erkinjuntti yms. 2011. 94.)

Ahdistukseen liittyy aina ruumiillisia oireita, kuten sydämen tykytystä, hengenahdistusta, hikoilua, vapinaa ja huimausta. Yleensä ahdistuneisuus liittyy masennukseen, mutta voi esiintyä myös itsenäisenä ja elämänlaatua voimakkaasti heikentävänä oireena. Samalla se vaikeuttaa kognitiivisia oireita, jotka lisäävät entisestään muun muassa muistisairauteen liittyviä muistivaikeuksia. (Hallikainen yms. 2014, 51.)

4.3 Levottomuus ja aggressio

Jopa puolella etenevään muistisairauteen sairastuneilla voi ilmetä levottomuutta eli agitaatiota sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Levottomuus ilmenee muun muassa aggressiona, riidanhaluisuutena, haukkumisena sekä huutamisena, estottomuutena, hyperaktiivisuutena ja vastusteluna. (Zal 2006; Käypä hoito 2016). Agitaatiolla tarkoitetaan vaihtelevaa ja epätarkoituksenmu-

kaista, aggressiivista tai sosiaalisesti poikkeavaa kielellistä, äänellistä tai motorista toimintaa, joka ei selity potilaan tarpeilla tai sekavuudella.

Aggressiivinen käyttäytyminen suuntaa vahingollista toimintaa ei-sattumanvaraisesti itseän tai ulospäin. Usein aggressiota havaitaan päiväsaikaan ja tilanteissa, joissa potilas tarvitsee apua päivittäisissä toiminna. (Strandberg 2013.). Aggressio lisääntyy muistisairauden edetessä ja potilaan siirtyessä kotihoidosta laitoshoidoon. Sen riskiä lisäävät ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen muistisairauden alkaminen. Harhaluuloisen muistisairaahan aggressiivisuus on yleensä vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista. Myös väärintunnistaminen voi johtaa aggressiiviseen käytökseen, kun puoliso tai omainen tunnistetaankin tuntemattomaksi tunkeilijaksi kotona. (Erkinjuntti yms. 2011. 93-94.)

Katastrofireaktio on äkillinen ja odottamaton voimakas reaktio tilanteeseen, joka näyttäytyy yleensä aggressiona. Syynä voivat olla pelko ja uhatuksi tuleminen tunne, turhautuminen tai nöyryytetyksi tuleminen tunne. Myös hahmottamisen vaikeus ja ympäristötekijät altistavat katastrofireaktiolle ja esimerkiksi suihkutilanteessa se voi olla seurausta useista tekijöistä, kuten ympäristön epäselkeydestä, huonosta valaistuksesta, huoneen viileydestä sekä alastomuudesta johtuvasta turvattomuuden ja häpeän tunteista. (Eloniemi-Sulkava & Sulkava & Viramo 1999.)

4.4 Psykoottiset oireet

Muistisairauteen liittyviä psykoottisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja harhaiset väärintulkittamiset. Psykoottisten oireiden luonne ja kesto vaihtelevat, mutta useimmilla etenevää muistisairautta sairastavilla oireita ilmenee sairauden myöhemmissä vaiheissa. (Rayner & O'Brien & Schoenbachler 2006.) Psykoottisten oireiden ilmeneminen viittaa etenevän muistisairauden ennusteen kannalta sairauden nopeaan etenemiseen. Lisäksi näköharhojen ilmaantuminen muistisairauden varhaisvaiheessa on tärkeä Lewyn kappale -taudin diagnostinen merkki (Erkinjuntti yms. 2011. 93-94.)

Yleisimmät harhaluulot ovat yksinkertaisia vainoharhaisia uskomuksia kuten varastamiseen liittyviä. Muita yleisiä harhaluuloja ovat harhaluulot, joissa tuntemattomat ovat vallanneet heidän kotinsa tai koti ole heidän kotinsa, hoitaja tai perheenjäsen on huijari sekä puolison uskottomuuteen liittyviä. Psykoottisten oireiden sijaan harhaluulot voivat johtua väärintulkitsemisesta, jotka johtuvat kognition tai näkökyvyn heikkenemisestä. Näköharhat ovat yleisiä etenkin Lewyn kappale -taudissa, mutta eivät ole usein sairastuneelle haitallisia vaan jopa miellyttäviä, jonka vuoksi eivät välttämättä tarvitse hoitoa. Kuitenkin läheiset ja hoitajat voivat kokea ne vaikeiksi. (Brendel & Stern 2005; Rayner yms. 2006.)

4.5 Seksuaalinen käytösoire

Seksuaaliset käyttäytymisen muutokset voivat ilmetä monella tavalla, kuten seksuaalisella puheella, johon voi liittyä karkea kielenkäyttö tai käyttäytymisenä, kuten julkisissa tai yksityisissä tiloissa tapahtuvana itsetyydytyksenä, sukupuolielinten paljasteluna tai toisten ihmisten luvattomana kosketteluna. Lisäksi oire voi ilmentyä tarpeettomana sukuelimiin kohdistuvan hoidon pyytämisenä tai pornografian katseluna. (De Giorgi & Series 2016.)

Vaikka seksuaaliset käytösoireet eivät ole kovin yleisiä, ne voivat olla ongelmallisia omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Haastetta seksuaalisten käytösoireiden hoitamiseen tuo etenkin pitkäaikaishoitopaikoissa, jossa kohteena on hoitohenkilökunta sekä muut potilaat ja käyttäytyminen tapahtuu julkisissa tiloissa. (Brathwaite 2015.)

5 ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVIEN KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOSTEN HOITO

Nykyään haitalliset käyttäytymisen muutokset ymmärretään muistisairaana ihmisen kykyjä vastaavana normaalina reaktiona ja toimintatapana. Kun muistisairas nähdään ensisijaisesti tuntevana ja kokevana ihmisenä, käyttäytymisen muutokset saavat erilaisia selityksiä. Ymmärtävässä ajattelutavassa käyttäytymisen muutokset ovat muistisairaana elämönhallinnan keino, sopeutumispyrkimys tai jokin hänen näkökulmastaan mielekäs tapa toimia tilanteessa. (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 233.)

Omaisten elämänlaatua heikentävät eniten muistisairaalla ilmaantunut aggressiivisuus, masennus sekä ahdistuneisuus ja seksuaalisen käyttäytymisen muutokset. Muutokset käyttäytymisessä johtavat usein omaishoitajan uupumiseen. Yksinasumisen jälkeen muistisairaana pysyvään ympärivuorokautiseen hoitoon joutumisen riskiä lisäävät juuri käyttäytymisen muutokset. Tehokkain tapa ehkäistä muistisairaana joutumista pysyvään ympärivuorokautiseen hoitopaikkaan on tunnistaa käyttäytymisen muutokset silloin, kun niitä ilmaantuu. (Erkinjuntti yms. 2011. 95.)

Vaikeimmat iäkkäiden psyykkiset ongelmat hoidetaan mahdollisuuksien mukaan erityisissä vanhuspsykiatrian yksiköissä, joissa toimii yleensä poliklinikka että psykogeriatrinen osasto. Vanhainkodeissa ja terveyskeskuksen pitkäaikaisosastoilla ei ole varsinaisia vanhuspsykiatrian vuodepaikkoja, vaan osa näiden hoitopaikkojen asukkaista kärsii psyykkisistä ongelmista muiden sairauksien ohella. Käytännöllisistä syistä vanhainkodeissa psyykkisesti oirehtivat muistisairaat keskittyvät tietyille osastoille, joiden hoitohenkilökuntaa pyritään täydennyskouluttamaan erityishaasteita vastaavaksi. (Saarenheimo 2003. 123-124.)

Käyttäytymisen muutosten toteaminen ja hoito on tehokkain keino muistisairaiden ja heidän omaisten elämänlaadun kohottamiseen (Hallikainen yms. 2014, 46, 58.). Useimmiten iäkkäiden psyykkisten ongelmien tunnistaminen tapahtuu

perusterveydenhuollossa terveyskeskuslääkärin vastaanotolla tai kotisairaanhoidon käynnillä (Saarenheimo 2003. 124.).

Ei-lääkkeellinen hoito on muistisairaahan asianmukaista kohtelua sekä ohjaamista arjen ja elämän sujumisessa, kun taas lääkehoitoa käytetään silloin kun muu hoito ei riitä. Muutoksista keskustellaan muistisairaahan ja läheisen kanssa yhdessä ja erikseen, mutta ei ilman sairastuneen suostumusta. Niiden hoito otetaan keskeiseksi osaksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. (Hallikainen yms. 2014. 46, 58.)

5.1 Lääkkeetön hoito

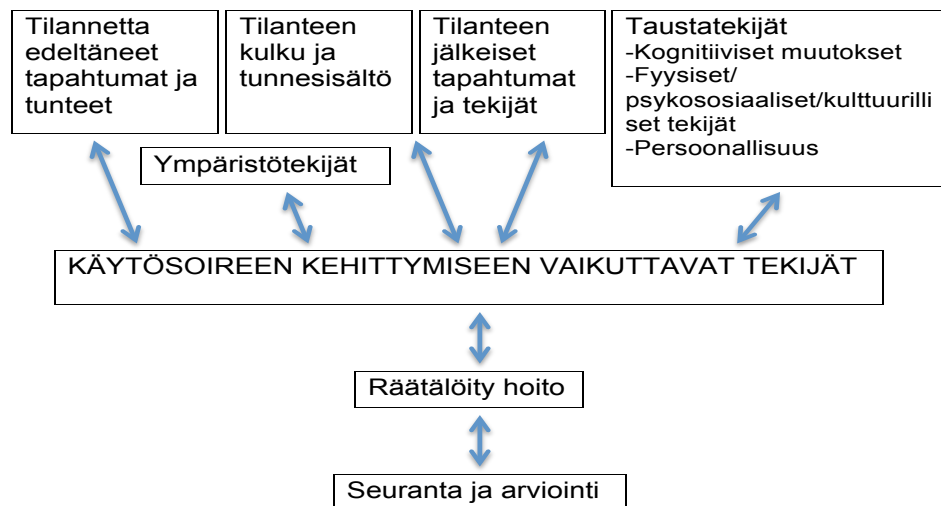
Muistisairaahan hoitotyö perustuu psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukemiseen, minkä avulla voidaan hoitaa nykyistä paremmin käytösoireista kärsivää ja todennäköisesti ehkäistä niiden syntyä. Käytösoireen syntyyn vaikuttavat tekijät ovat jaettu fyysisiin (kipu, sairaudet, lääkitykset) ja psykologisiin (ympäristö, vuorovaikutussuhteet), joiden lisäksi on syytä huomioida elämäntilanne, persoonallisuudesta ja kulttuurista nousevat tekijät. Ensimmäiseksi on syytä selvittää fyysiset sekä lääketieteelliset tekijät ja deliriumin eli äkillisen sekavuustilan mahdollisuus on suljettava pois. (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 238.)

5.1.2 Hoitosuhdetyöskentely

Hoitosuhdetyöllä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Käyttäytymisen muutoksista kärsivän muistisairaahan ammatillisen kohtaamisen lähtökohtana on ihmisarvo ja toisen ihmisen kunnioittaminen. Kohtaamisen, vuorovaikutuksen syntymiseen sekä sen onnistumiseen vaikuttaa hoitajan ammatillisuus, oma persoona, luottamuksellisuus ja työympäristö. Hoitavalla kohtamisella tarkoitetaan ammatillista ja hoidollista asennoitumista sairastuneeseen ihmiseen sekä hoitajan ja muistisairaahan suhdetta, jossa hoitaja pyrkii ymmärtämään toista. (Hietaharju & Nuutila 2010. 80, 84.)

Muistisairas ei ole tahallaan hankala, vaan on itsekin omien käyttäytymisen muutosten ja psyykkisten oireiden armoilla. Niillä on oma mielekkyytensä, joi-

den taustalla on oma kokemusmaailma ja elämänhistoria. Elämänhistorian tuntemisessa on hyötyä muistisairaahan kohtaamisessa (Hallikainen yms. 2014, 46.). Lisätietoa käyttäytymisen muutosten synnystä antavat tilanteiden tunnesisällöt, jolla tarkoitetaan muistisairaahan kokemuksia, toiveita ja tarpeita (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 240.). Alla olevassa kuviossa 3. on kuvattu käyttäytymisen muutoksista kärsivän muistisairaahan hoitoprosessi, jossa yläpuolella on kuvattu yksilöllisesti arvioitavia tilanteeseen vaikuttavia tekijöitä, joiden pohjalta oireiden syntyyn ja yksilöllisyyteen perustuvat räätälöity hoito määräytyy.



Kuvio 3. Versioitu kuvio käytösoireista kärsivän muistisairaahan hoitoprosessista kirjasta Gerontologinen hoitotyö (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 239.).

Muistisairas ei omasta näkökulmastaan usein kaipaa hoivaa, vaan normaaliuden, aikuisuuden ja turvallisuuden kokemuksia. Psykkisen hyvinvoinnin kannalta on merkittävää, että muistisairaahan kulloinenkin toive ja tarve tulee huomioiduksi. (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 240.) Rauhallinen, ymmärtäväinen ja lämmin suhtautuminen on yksi keino käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen. Se käsittää myös riittävän tiedon käyttäytymisen muutoksista, mahdollisuuksista auttaa ja käyttäytymisen ymmärtämisen peilaten elämänhistoriaa. (Hallikainen yms. 2014, 46.)

Kuunteleminen ja hänen tilanteensa ymmärtäminen voivat lieventää käyttäytymisen muutoksista kärsivää muistisairasta. Käyttäytymisen muutoksia pyritään ymmärtämään muistisairaana näkökulmasta mahdollisimman laajasti ja hoito suunnitellaan yksilöllisesti kohdennetun syyn mukaan. Tässä keskustelut omaisen kanssa ovat avainasemassa. Mitä monipuolisempi näkemys käyttäytymisen muutoksista saadaan rakennettua, sen parempi lopputulos. Sovitun hoidon toteutus ja tekijöiden ymmärtäminen vaatii panostusta hoitotiimiltä. (Hartikainen & Lönnros 2016. 121-122.)

5.1.2 Vuorovaikutus

Kosketus lisää ihmisen hyvinvointia. Se vähentää stressiä, ärtyneisyyttä ja levottomuutta, rauhoittaa ja parantaa unen laatua. (Väestöliitto 2017) Hyvä koskettaminen myös auttaa, rauhoittaa, lohduttaa sekä hellii. Se tuntuu hyvälle koskijasta että koskettavasta sekä tukee muistisairaana itsetuntoa ja on osa kuntouttavaa työtettä. Muistisairauden edetessä sairastuneen avuntarve kasvaa ja avun antamiseen liittyy lähes aina fyysinen kosketus. Samalla se on intiimietäisyydelle päästämistä ja jos muistisairas ei ymmärrä hoitajansa tarkoitusta koskettaa häntä, luonnollinen reaktio on puolustautua. (Heimonen & Voutilainen 1998. 171-172.)

Puolustusreaktio voi esiintyä lyömisenä, nipistämisenä, potkimisena ja raapimisena. Auttamistilanteisiin liittyvällä sanallisella viestillä muistisairas ehtii tajuaan, että hoitaja on lähestymässä ja koskettamassa. Jos muisti ei kerro auttamistilanteiden toistuvuudesta, voi muistisairas käyttäytyä väkivaltaisesti joka kerta samassa tilanteessa. Tällöin hoitajan luottamusta herättävä käyttäytyminen sekä katsekontakti, rauhallinen puhe ja käytös rauhoittavat ja helpottavat lähelle päästämistä ja koskettamista. (Heimonen & Voutilainen 1998. 178,184.)

Kuviossa 4. on kuvattu Muistiliiton verkkosivujen pohjalta erilaisia konkreettisia keinoja käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen sekä vinkkejä vaikeisiin tilanteisiin. Turvallisen ja levollisen ympäristön luominen, ajan antaminen sekä tilanteeseen sopiva huumori ovat myös hyviä keinoja käytösoireiden kohtaamisessa. Käytösoireita kohdatessa huomion voi kääntää myös muualle tai pitää tau-

on toiminnassa ja yrittää myöhemmin uudelleen. Muistisairaana totuudenvastaisiin käsityksiin voi myös mukautua sen sijaan että kiistelisi niistä. (Hallikainen yms. 2014, 46.)

LÄHESTYMISTAPOJA ARJEN TILANTEISIIN

<p style="text-align: center;">MASENNUS JA AHDISTUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Läsnäolo ja koskettaminen – pidä kädestä kiinni tai silitä - Tunteet tarttuvat – muistisairas on herkkä aistimaan tunnetiloja - Hymyile, kehu, juttele ja kannusta - Kuuntele tarpeita, tunteita ja ajatuksia - Huumori sallittua - Muistele – vanhojen muistelu voi olla tätä päivää tutumpaa - Ajatusten siirto johonkin mukavaan (lapsuus, valokuvien katselu, laulaminen, makeisista tai kahvista nautiskelu) - Tarjoa onnistumisen tunteita ja hyödyllisyyden tunteita – vältä kieltämistä ja virheistä tai hitaudesta syytelyä
<p style="text-align: center;">LEVOTTOMUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rauhallisuus – kiire heijastuu ahdistuneisuutena, hätäisyytenä ja levottomuutena - Riittävä tekeminen: säännöllinen liikunta, mielekäs puuhastelu ja arjen rutiinit - Taiteella, tanssimisella ja musiikin kuuntelulla rauhoittava vaikutus
<p style="text-align: center;">SEKSUAALINEN KÄYTTÄYTYMINEN</p> <ul style="list-style-type: none"> - Huomioi läheisyyden, hellyyden ja huomioiduksi tulemisen tarpeet - Korosta naisellisuutta/ miehisyyttä pukeutumisessa ja tekemisissä - Mahdollisuuksien mukaan anna miehen virtsata seisaaltaan - Ronskitkin jutut sallittuja, jos ei kenellekään haittaa
<p style="text-align: center;">AGGRESSIIVISUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tutut asiat ja rutiinit helpottavat sekä tyynnyttävät arkea - Puhu rauhallisesti ja selitä – muista selkeät ohjeet ja lyhyet lauseet - Mieti mikä tilanteessa ahdistaa tai suuttuttaa ja muuta asia - Perustarpeiden tyydyttäminen – säännöllinen ruokailu, riittävä ruoka ja juoma, säännölliset wc-käynnit ja lepotaumat, riittävät yöunet - Verenpaineen tarkkailu - matala verenpaine voi aiheuttaa aggressiivisuutta - Riittävä valaistus helpottaa ympäristön hahmottamista
<p style="text-align: center;">HARHAISUUS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerro asioiden oikea laita, jos harhat häiritsevät ja ahdistavat - Jos harhoista ei haittaa tai aiheudu vaaraa, älä korjaa – muistisairaalle ne ovat yhtä todellisia kuin kaikki näetty ja koettu - Moni harha on usein virhetulkinta – ymmärrä, pyri suhtautumaan sekä poistamaan mahdolliset laukaisevat tekijät

Kuvio 4. Lähestymistapoja arjen vaikeisiin tilanteisiin. Vinkit koottu muistiliiton www-sivujen ohjeista (Muistiliitto 2016.).

Muistisairaana kohtaamisessa on kyse kyvystä kuunnella ja kohdata muistisairas aidosti ja arvostaen. Etenevissä muistisairauksissa sanat katoavat ja kyseessä on ensisijaisesti kyseessä on tunnetason vuorovaikutus. Tämä edellyttää muistisairaana olemuksen, käyttäytymisen ja viestien tarkkaa havainnointia. 1960-

luvulla validaatioterapian kehittäjän mukaan kohtaaminen tapahtuu, kun muistisairaahan viestin tunne tulee kuulluksi. Feildin mukaan lähimuistin heikentyessä muistisairas ylläpitää tasapainoa palauttamalla mieleen varhaiset muistot, jolloin menneisyys ja nykyisyys sekoittuvat. Tällä elämän viimeisellä kehitysvaiheella on myös tarkoituksensa, sillä päätösvaiheessa muistisairas käy lävitse elämässä keskeneräisiksi jääneitä asioita valmistautuen kuolemaan. (Sipola 2010)

Menneisyyden ratkominen elämällä uudelleen ei ole psykoottista tai mielikuvat harhoja. Mielikuvat, jossa muistisairas ajoittain elää, ovat hänen sisäinen todellisuus ja tätä näkemystä pidetään validaatioterapiassa luotettavana todellisuutena. (Heimonen & Voutilainen 1998. 187, 191.) Feld jakaa disorientaation vaiheet kolmeen, jossa ensimmäisessä muistisairas on vielä aikaan ja paikkaan suuntautunut, mutta onneton ja ahdistunut. Olemus on jännittynyt, hän pyrkii epätoivoisesti hallitsemaan tilannetta ja ilmaisee pahaan oloaan epäsuorasti tarinalla, kuten ”parvekkeelleni tulee öisin mies” tai moittimalla vanhainkodin oloja. (Sipola 2010)

Ajan ja paikan hämärtyamisen vaiheessa looginen ajattelu ja lähimuisti on heikentynyt, palaa menneisyyteen ja kaipaa äitiään. Olemus on painunut, joka jatkaa yhä painumistaan seuraavassa vaiheessa, jolloin myös verbaalisuus on heikentynyt ja tunteet pelkistyvät. Huonopuheisuudesta huolimatta laulut ja runot säilyvät mielessä, joita muistisairas voi käyttää itseilmaisun välineenä. Validaation avulla pyritään ehkäisemään viimeisestä sikiövaihetta, jolloin muistisairas on vaikeasti tavoitettavissa ja täysin kääntynyt sisäänpäin. (Sipola 2010).

Validaatiomenetelmässä hoitaja tavoittaa muistisairaahan tunteen ja myötäilee sitä. Kiistelystä ja rauhoittelusta sijaan myötäilemällä muistisairaahan tunnetilaa äänellään ja olemuksellaan hoitaja pyrkii avoimiin kysymyksiin keräämään tietoa tunnetilasta sekä kokoaa yhteen puhetta. Tekniikan avulla voidaan auttaa muistisairasta ilmaisemaan itseään puheellaan, käyttäytymisellään ja eleillään. Kun sanat loppuvat, läheisyys, kosketus ja katsekontakti tulevat merkityksellisemmiksi yhteyden saamisessa. (Sipola 2010) Inhimillisyyden lisäksi validoiva lähestymistapa ja validaatioterapian yksilöterapiamuoto ovat nykyisessä kiireises-

sä ja raskaassa vanhustyössä jopa aikaa säästäviä ja työtä helpottavia työtapoja. (Heimonen & Voutilainen 1998. 195.)

5.1.3 Muistelu

Muistelutyössä korostuu arvostava kohtaaminen, jossa hoitaja on aidosti läsnä, eläytyy muistisairaana elämäntilanteeseen sekä pysähtyy keskustelemaan ja kuuntelemaan häntä. Vaikka muistelu on menneisyyteen katsomista, se rohkaisee keskustelemaan, kommunikointiin ja vuorovaikutukseen. Muistelussa lähdetään periaatteesta, että muistisairaana sanat ovat väylä hänen maailmaansa ja hänen sanomansa sisältää tärkeitä viestejä tästä hetkestä. (Stenberg 2015.)

Muistelutilanne voi olla spontaani tai järjestetty, kertaluontoinen tai säännöllisesti toistuva ja tapahtua kahden kesken tai ryhmässä (Heimonen & Voutilainen 1998). Muistisairaana kanssa voidaan katsella valokuvia tai lehtikuvia, joista voidaan kertoa tai keskustella tai antaa tekemistä, josta hänen tiedetään pitäneen. Myös makuelämykset ovat vahvoja ja herättävät herkästi muistoja, joista voidaan keskustella. Vaikeasti muistisairaiden kanssa muistelun keinona voidaan käyttää lauluja ja lausuttavia riimejä. (Stenberg 2015.)

Muistelun positiivisia vaikutuksia ovat keskittymis- ja orientaatiokyvyn parantuminen, psyykkisen hyvinvoinnin voimistuminen ja masennusoireiden sekä ahdistuneisuuden väheneminen ja sosiaalisen toimintakyvyn vahvistuminen. Yksilöllisiä hyötyjä ovat muistisairaana itsetunnon vahvistuminen, vuorovaikutustaitojen edistäminen ja kommunikaation ylläpitäminen ja tuodut hyvän olon tunteet. (Stenberg 2015) Tämän lisäksi työntekijä oppii hoidettavistaan yksilöllisiä piirteitä ja ainutlaatuisia elämän tarinoita (Heimonen & Voutilainen 1998. 111.).

5.1.4 Musiikki ja taide

Muistisairas potilas on usein sekava ja tarkkaavuuden kohdistaminen on vaikeaa. Musiikki suuntaa tarkkaavuutta, jonka vuoksi sillä on ahdistuneisuutta, ma-

sennusta, ärtyneisyyttä ja käyttäytymisen muutoksia lieventäviä vaikutuksia. Samalla se tarjoaa hämmentäväksi koetun ympäristön turvalliseksi tulkitsemisen tunnetta ja positiivisia muistoja tarjoavana kokemuksena rauhoittaa aktiivisella parasympaattista hermostoa sekä vaimentamalla sympaattista hermostoa. (Sihvonen & Leo & Särkämö & Soinila 2014.)

Musiikkia voidaan käyttää hoitomuotona eri toteuttamistavoilla, kuten laulamalla, soittamalla, improvisoinnilla tai kuuntelemisella. Musiikin käyttö antaa sairastuneelle mahdollisuuden kohdata itsensä, muodostaa sairauden edetessä yhteys senhetkiseen sisäiseen ja ulkoiseen maailmaan. Arkisen hoitotyön osana musiikin hoitava ja suunniteltu käyttö tarjoaa muistisairaalle mahdollisuuden henkiseen hyvinvointiin. (Heimonen & Voutilainen 1998. 83.)

Taideterapian on havaittu vähentävän keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairauden vaiheessa masennusta ja samalla parantavan huomiokykyä. Lisäksi sillä on muistia ylläpitävä vaikutus että käyttäytymistä rauhoittava vaikutus. (Rankanen 2009.) Lähtökohtana toiminnassa tulee olla aina muistisairaalan tarpeet. Tilanteen tulee olla mahdollisimman rauhallinen ja ympäristön selkeä että häiriötön, jonka lisäksi hyvä valaistus, riittävän iso pöytä ja mukavat tuolit helpottavat työskentelyä. Muistisairaalan jäljellä olevat kyvyt vaikuttavat välineiden valintaan, sillä välttämättä hän ei muista miten niitä käytetään. (Heimonen & Voutilainen 1998. 92-94.)

5.1.5 Ympäristön huomioiminen

Suunnittelemalla elinympäristö selkeäksi, turvalliseksi ja kodinomaiseksi voidaan minimoida muistisairaalan hahmotusvaikeudet ympäristönsä suhteen ja maksimoida viihtyvyys. Mitä paremmin sairastunut pystyy hahmottamaan ympäristöään ja toimimaan siinä, sitä paremmin hän viihtyy hoitolaitoksessa. Kun muistisairas kokee ympäristönsä turvalliseksi esiintyy myös vähemmän haastavaa käyttäytymistä. (Heimonen & Voutilainen 1998.)

Jo pienet ratkaisut ympäristössä ovat osa elämänläheisempää hoitoa vanhus-ten hoidossa ja niillä voidaan vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin. Esimerkiksi isommista ja valoisista ikkunoista asukkaat voivat seurata vuodenaikojen vaihtelua ja ulkona tapahtuva toimintaa. (Noppari & Kiiltomäki & Pesonen 2007.) Lisäksi ympäristön tulee tarjota mahdollisuuksia niin sosiaaliseen yhdessäoloon kuin yksityisyyteen. Osallisuuden ja toiminnan mahdollisuudet tukevat muistisairaiden hyvinvointia ja elämänlaatua, joiden lisäksi ne vähentävät käyttäytymisen muutosten ilmenemistä. (Eloniemi-Sulkava 2010.)

Haitalliset käyttäytymisen muutokset lisääntyvät tai ovat vaikeimmillaan yleensä juuri alkuyöstä tai pimeään vuorokaudenaikaan (Erkinjuntti yms. 2011. 95). ”Sundowning” eli auringonlaskuoireyhtymällä tarkoitetaan muistisairaahan haitallisten käyttäytymisen muutosten, yleensä levottomuuden, kuljeskelun tai sekaavuuden, lisääntymistä iltapäivällä tai illalla. Väsyminen voi olla syynä oireiden lisääntymiselle, jolloin muistisairaahan käyttäytymisen säätely pettää. (Eloniemi-Sulkava yms.1999.)

Kuljeskelu ja levottomuus altistaa vaaratilanteille, jonka vuoksi valojen lisääminen ja mattojen että kynnysten poistaminen on aiheellista. Näkö- ja kuuloharhat ovat yleisempiä heikosta näöstä tai kuulosta kärsivillä muistisairailta. Valon väheneminen altistaa aistiharhoille ja väsynyt hoitaja saattaa lisätä käytösoireita tahtomattaan. Wc-tilojen valojen päälle jättäminen yöllä ja yövalojen käyttö helpottaa muistisairaahan orientoitumista. (Eloniemi-Sulkava yms.1999; Erkinjuntti yms. 2011. 94.)

5.2 Lääkehoito

Käyttäytymisen muutoksien lääkitsemistä harkitessa on pohdittava kuka oireista kärsii: muistisairas, läheiset vai hoitoyhteisö? Onko muistisairas vaarallinen itselleen tai muille? Etusijalla on aina lääkkeetön hoito: harhoja, joista muistisairas ei kärsi, ei tarvitse hoitaa. (Voutilainen & Tiikkanen, 2009. 166.)

Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten lääkehoito on haastavaa ja vaatii kokemusta. Vaikean muistisairas tai lähipiiriä haittaavan käytösoireen hillintään tarvitaan oireenmukaista lääkehoitoa. (Mattila, Jousimaa & Laurila 2015, 602.)

Lääkettä valittaessa pyritään tunnistamaan ja arvioimaan ”ydinoire” muistisairaahan käyttäytymisen muutoksista. Esimerkiksi äänekkään, aggressiivisen ja levottoman muistisairaahan oireet voivat liittyä pelkoon ja ahdistuneisuuteen, jolloin valitaan näihin vaikuttava lääke. Usean samanaikaisen lääkkeen käyttöön liittyy riskien ja haittavaikutusten moninkertaistuminen, jonka vuoksi pyritään löytämään yksi mahdollisimman tehokas ja suuren osan kattava lääke käytösoireiden hoitoon. (Hallikainen yms. 2014, 59.)

Alzheimerin taudin hoitoon kehitetyt lääkkeet ovat ensisijaisia myös käyttäytymisen muutosten hoidossa (Leinonen 2009.). Ne tehoavat myös tiettyihin käytösoireisiin, kuten apatiaan ja levottomuuteen. Kohtalaisen hyvää näyttöä näiden lääkkeiden tehosta on myös muiden, kuten Lewyn kappaletaudin sekä Parkinsonin taudin ja aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien muistisairauksien käytösoireiden hoidossa. (Hallikainen yms. 2014, 59.)

Masennusta hoidettaessa ensisijaisia lääkkeitä ovat serotoniinin takaisinottoon vaikuttavat lääkkeet, joiden lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi venlafaksiinia ja mirtatsapiinia (Beshar 2010.). Masennuslääkkeet ovat tehokkaita myös ahdistuneisuuden, aggressiivisuuden ja univaikeuksien hoidoss. (Hallikainen yms. 2014, 59-60.)

Psykoosilääkkeitä käytetään vaikean aggressiivisuuden sekä levottomuuden ja psykoosioireiden hoidossa. Uuden sukupolven psykoosilääkkeet, kuten risperiidoni ja ketiapiini, ovat muistisairaalle turvallisempia verrattuna vanhempiin. (Beshar 2010) Psykoosilääkkeistä ei ole tehoa kaikkiin käyttäytymisen muutoksiin, kuten tavaroiden keräilyyn ja kätkemiseen, kuljeskeluun, huuteluun, tarkoituksettomaan pukeutumiseen ja riisuuntumiseen, ylikorostuneeseen seksuaalisuuteen tai itsensä vahingoittamiseen (Hallikainen yms. 2014, 60-61, 232.) Psykoosilääkkeiden tarvetta tulee arvioida säännöllisesti ja pyrkiä rajaamaan sen käyttö mahdollisimman lyhyeen aikajaksoon (Käypä hoito 2016.).

Muistisairaille käytetään yleensä lyhytvaikutteisia rauhoittavia, kuten oksatsepaamia tai loratsempaania, sillä pitkävaikutteiset kertyvät helposti elimistöön lisäten haittavaikutuksia. Toisin kuin muut käytösoireiden lääkkeet, rauhoittavat vaikuttavat nopeasti kun raju käyttäytymisen muutos halutaan saada nopeasti

hallintaan. Kuitenkin pitkäaikainen ja säännöllinen käyttö on usein haitallista sekä rauhoittaviin liittyy riski psyykkisen riippuvuuden kehittymiselle. (Hallikainen yms. 2014, 61.)

Epilepsialääkeryhmän lääkkeitä käytetään laajasti psykiatristen potilaiden hoidossa, mutta muistisairailla niitä käytetään ongelman ollessa liiallinen maanisävytteinen aktiivisuus motoriikassa tai muussa käyttäytymisessä. Epilepsialääkkeet voivat olla hyödyllisiä aggressiivisuuden hoidossa, jonka lisäksi uusimpia epilepsialääkkeitä käytetään ahdistuneisuuden ja hermosäryn aiheuttamaan oireiluun. Muita harvemmin käytettäviä lääkkeitä ovat esimerkiksi litium vaikean aggressiivisuuden ja maanisuuden hoidossa, beetasalpaajat aggressiivisuuden hoidossa sekä apatian hoidossa käytettävät metyyylifenidaatti ja Parkinsonin taudin hoidossa käytettävät lääkkeet (Hallikainen yms. 2014, 61-62.)

6 AIKATAULU, RESURSSIT JA KUSTANNUKSET

Suunnitelman mukaan opinnäytetyön tekeminen ajoittui loppuvuoden 2016 ajalle. Kuitenkin voidaan ajatella että toteutus lähti liikkeelle jo aihetta käsittelevän kirjallisuuden ja internetlähteiden etsimisellä kevään 2016 aikana oppaan vielä etsiessä muotoaan. Syksyllä 2016 opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen rakentamisen myötä alkoi muodostumaan myös runko ja otsikot itse oppaalle.

Vuodenvaihteessa voitiin todeta että työsuunnitelmassa asetut aikataulu- ja resurssitavoitteet eivät pitäneet paikkaansa. Toimeksiantajan ja organisaation osalta opinnäytetyön ohjaaja vaihtui. Samalla voitiin todeta, että työstövaiheessa oleva opinnäytetyöni ei ollut tavoitteistani huolimatta johdonmukainen ja hoitotieteellinen näkemys oli puutteellinen. Ohjaajan vaihduttua sovimme helmikuulle 2017 palaverin, jossa kävimme lävitse opinnäytetyön ja projektin puutteet. Tämän palaverin pohjalta sain tarvitsemaani ohjausta ja konkreettisia keinoja opinnäytetyön lopputyöostöön.

Helmikuun jälkeen asetin työstämisen loppuvaiheessa itselleni tiukan aikataulun, jonka mukaan muutokset työhön ja oppaaseen tehtiin. Nämä tuotettiin kolmivuorotyön ja opintojen ohella, jonka vuoksi prosessin työstövaiheen loppu oli jopa raskas prosessi intensiivisyyden vuoksi. Kuviossa 5. on karkeasta eriteltyinä opinnäytetyöprosessin vaiheet ja käytetty aika, joka myös kuvaa käytettyjä resursseja työpanoksineen.

Prosessia helpotti aiheen mielekkyys ja oma motivaatio tekemiseen sekä toisaalta päivittäin työssäni kohtaamat käyttäytymisen muutoksista kärsivät muistisairaat potilaat. Mitä enemmän paneuduin teoriaan ja hoitoon, sitä enemmän sain jokaiseen työvuoroon välineitä kohdata muistisairaita, tyypillisimpiä käyttäytymisen muutoksia että hämmentyneet omaiset. Samalla kokeilin käytännössä työssä esiin tulleita lääkkeettömiä auttamismenetelmiä osana hoitotyötä osastolla kokien esimerkiksi muistelun, validaatiomenetelmän ja musiikin oireita lieventäviksi.

AIKA	OPINNÄYTETYÖN VAIHE	KÄYTETTY AIKA (h) JA TYÖPANOS (%)
Tammikuu-huhtikuu 2016	Aiheen valinta, aiheeseen perehtyminen ja ideointi	54 h (20 %)
Toukokuu-syyskuu 2016	Työsuunnitelman työstö, ammattikirjallisuuteen ja julkaisuihin tutustuminen, teoreettisen viitekehyksen rakentaminen	54 h (20%)
Lokakuu-joulukuu 2016	Opinnäytetyön raportin ja oppaan työstövaihe	81 h (30%)
Helmikuu-maaliskuu 2017	Opinnäytetyön raportin ja oppaan työstö- ja viimeistelyvaihe	81 h (30%)

Kuvio 5. Kuviossa kuvataan opinnäytetyöprosessin toteutunutta aikataulua, opinnäytetyön vaiheiden sijoittumista aikataulullisesti sekä jaotellaan karkeasti käytettyä aikaa työtunteita sekä annettua työpanosta prosentteina. Opinnäytetyön kokonaislaajuus työtunteina on yhteensä 10 opintopistettä eli 270 tuntia.

Työsuunnitelmassa asetetussa arvioissa pysyttiin eikä opinnäytetyöstä synny kustannuksia kummallekaan osapuolelle. Tässä tavoitteessa pysymistä auttoi huolellinen taustatyöskentely, kun oli ottanut jo suunnitelmavaiheessa selvää miten oppaan voi tuottaa hyödyntäen olemassa olevia ohjelmia sekä etsimällä ratkaisua kuvien käyttöön. Käytetyillä kuvapankkikuvilla voitiin varmistaa että oikeuden kuvien käyttöön oppaassa oli olemassa eikä niiden käyttö ollut maksullista.

7 PROJEKTITYÖN TOTEUTUS

Nykyään yhä useammin tutkimus- ja kehittämistoiminta tapahtuu määriteltynä ajanjaksona, projektina. Projekti eli hanke on aikataulutettu tietyillä panoksilla kestäviin tuloksiin pyrkivä tehtävien kokonaisuus, jolla on tietyt kyseistä hanketta kuvaavat tavoitteet. Se on etukäteen suunniteltu työskentelyrupeama sovitun päämäärän saavuttamiseksi. Päämäärään pyritään suunnitelmallisesti niin, että hankkeella on alku, suunnitelma sekä toteuttajat ja se päättyy sovitulla tavalla ja sovittuna ajankohtana. (Heikkilä, Jokinen, Nurmela 2008. 25.) Tämä projektityyppinen opinnäytetyö toteutettiin projektityyppisenä opinnäytetyönä, jonka tuotoksena syntyi pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille tarkoitettu opas eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista.

Tavallisesti projektissa on erotettavissa seuraavat vaiheet: kehittämistarpeen tunnistus, ideointi ja esiselvitys, kehittämisen suunnittelu, kehittämishankkeen käynnistäminen ja toteutus, tulosten kokoaminen ja levittäminen laajemmalle käyttäjäkunnalle, hankkeen valvonta, seuranta sekä tulosten arviointi ja hankkeen loppuarviointi. Käytännössä hankkeen eri vaiheet limittyvät ja ovat osin päällekkäisiä. (Heikkilä yms. 2008. 26.) Seuraavassa perehdyn edellä mainittujen asioiden ja projektin syvällisempään kuvailemiseen.

7.1 Suunnittelu

Projektin suunnittelun tarkoituksena on mahdollistaa oikeiden asioiden tekeminen oikealla tavalla, koordinoida ja hyödyntää kehittämisessä tarvittavia resursseja, arvioida aikatauluja ja pysyä niissä sekä lisätä työskentelyn tehokkuutta. Se helpottaa ajan, resurssien, toimintojen tai tulosten tärkeysjärjestykseen asettamista. (Heikkilä yms. 2008. 68)

Opinnäytetyön suunnittelu lähti liikkeelle aiheen valinnasta. Prosessi käynnistyi alkuvuodesta 2016. Alun perin ajatuksena oli luoda suurta yleisöä palveleva ensitietoesite tai nettiopas omaisille. Taustalla oli oma henkilökohtainen kiinnostus aihetta kohtaan, jonka lisäksi toiveena oli hyödyntää aiempaa journalistista

ammattiosaamista. Taustailmiöitä tutkiessani huomasin, että tutkittua tietoa eri muistisairauksista ja käyttäytymisen muutoksista oli paljon. Aluksi päädyinkin tuottamaan nettioppaan yleisimmistä käyttäytymisen muutoksista omaisille, joka opinnäytetyön ohjausprosessin aikana muuttui kuitenkin hoitotyöntekijöille suunnatuksi perinteiseksi oppaaksi. Opinnäytetyön idea hyväksyttiin helmikuussa 2016, jolloin työlle osoitettiin myös ohjaajat.

Toiminnallinen opinnäytetyö on kaksiosainen kokonaisuus, joka käsittää toiminnallisen osuuden ja opinnäytetyön raportin, joka sisältää aina niin sanotun teoreettisen viitekehyksen. Teoreettinen viitekehys on ammattiteorian ja sen tuntemuksen pohja, jolle opinnäytetyö aina rakentuu. (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2016) Aiheen valinnan ja toteutustavan valinnan jälkeen aloin rakentamaan opinnäytetyön työsuunnitelmaa, joka sisälsi alustavan teoreettisen viitekehyksen aiheesta, rungon raportille sekä aikataulu- ja budjettiarvion. Suunnitelma sisälsi alustavan sisällysluettelon, joka helpotti myös aiheen rajaamista sekä aiheen johdonmukaista käsittelyä. Jo suunnitteluvaiheessa tutustuttiin ammattikirjallisuuteen ja eri julkaisuihin laajasti, jotta myöhemmin kyettäisiin rakentamaan kokonaiskuva aiheesta.

Työsuunnitelma sisältää tarpeen mukaan myös suunnitelman kustannusarvioista ja henkilöresursseista (Airaksinen 2010). Suunnitelmassani opinnäytetyön aikatauluksi asetettiin toteutus vuoden 2016 aikana. Tämä aikataulutavoite tuntui realistiselta, sillä kyseessä oli yksilötyönä tuotettava opinnäytetyö ja tavoitteet olivat itselleni asetettuja. Suunnitelmassa esitettiin että kustannuksia opinnäytetyöstä ei synny, sillä syntyneet kustannukset olisivat tulleet joko itseni tai toimeksiantajana olleen Lapin ammattikorkeakoulun maksettavaksi. Käytettävissä olleet resurssit mahdollistivat luomaan oppaan, josta kustannuksia ei syntynyt kummallekaan osapuolelle. Toteutustavan valinnan jälkeen olin todennut, että opas voitiin luoda kotikoneella olemassa olevilla ohjelmilla ja visuaalinen ilme oli mahdollista tuottaa löytämäni kuvapankin kuvilla, jolloin myöskään kuvien käytöstä ei syntynyt kustannuksia.

7.2 Tulosten määrittely

Kehittämishankkeen toteutusvaihe on varsinainen työskentelyvaihe, jossa suunnitelmat pannaan käytäntöön, haetaan ongelmiin ratkaisuja ja testataan ratkaisuja käytännössä eli luodaan projektin tulokset. Tyypillistä vaiheelle on, että siinä on kerroksittain eteneviä vaiheita, jotka sisältävät monia hankkeen aikana hoidettavia tehtäviä. Näitä ovat hankkeen organisoituminen, osallistujien sitoutuminen, tiedon kerääminen eri lähteistä, uuden tiedon tai tulosten tuottaminen, seuranta, valvonta ja arviointi sekä dokumentointi ja viestintä. (Heikkilä yms. 2008. 68.)

Projektityön työstövaiheen alussa lähdin rakentamaan aluksi opinnäytetyön tietoperustaa, joka koostui muistisairauksien teoriatiedosta sekä eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista ja niiden lääkkeettömistä auttamismenetelmistä että lääkehoidosta. Seuraavaksi lähdin rakentamaan toiminnallista osiota, joka tässä vaiheessa oli vielä verkko-opas omaisille. Vuodenvaihteessa opinnäytetyön ohjaajan muuttumisen myötä ja opinnäytetyöpalaverissa saadun palautteen perusteella prosessissa palattiin takaisin tietoperustan rakentamiseen ja tuotos muuttui omaisille suunnatusta nettioppaasta pitkäaikashoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille suunnatuksi kirjalliseksi oppaaksi.

Saadun ohjauksen perusteella voitiin todeta, että näyttöön perustuvaa tietoa opinnäytetyön tietoperustassa ei ollut tarpeeksi ja opinnäytetyö ei tavoitteistani huolimatta ollut johdonmukainen. Monipuolistamalla tietoperustaa sekä paneutumalla näyttöön perustuvaan tietoon sekä enemmän käyttäytymisen muutosten lääkkeettömiin hoitomenetelmiin opinnäytetyön hoitotyön näkökulma laajentui ja samalla muutoksien kourissa oleva tuotos sai enemmän konkreettisia keinoja käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen.

Teoreettisen viitekehyksen palaamisen jälkeen ja sisällön analyysin jälkeen voitiin todeta, että tarvittava määrä tietoa käyttäytymisen muutoksista oli kerätty ja opas voitiin luoda hyödyntäen opinnäytetyön tietoperustaa. Lähtökohdaksi

opasta työstäessä voitiin olettaa, että kohderyhmänä pitkäaikaishoidossa työskentelevillä hoitotyöntekijöillä oli perustieto aiheesta hallussa ja jonkintasoisia kokemuksia käyttäytymisen muutoksista kärsivien muistisairaiden kohtaamisesta sekä hoidosta.

Tuotoksen tekstiosuudessa tuli ottaa huomioon kohderyhmän ikä, asema ja tietämys aiheesta sekä tuotoksen käyttötarkoitus ja erityisluonne. Tyyllillisesti kieli tuli olla sisällön kannalta tarkoituksenmukaista ja kohderyhmää puhuttelevaa. (Airaksinen 2010.) Tuotoksen käyttötarkoitus oli antaa hoitotyöntekijöille lisää tietoa käyttäytymisen muutoksista ja niiden yleisyydestä sekä antaa välineitä hoitotyöhön käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen. Kirjoitustyyllissä pyrittiin selkeään, ytimekkääseen ja helppolukaiseen tekstityyppiin. Pääajatuksena sisältöä rakentaessa oli pitää mielessä kohderyhmälle merkityksellinen informaatio ja kerätä oppaaseen vain oleellinen tieto aiheesta.

Valmiista oppaasta tuli laajuudeltaan 15-sivuinen. Siinä avattiin eteneviin muistisairauksiin liittyviä käyttäytymisen muutoksia sekä muutosten eri ilmenemismuotoja. Opas keskittyi enemmän käyttäytymisen muutosten lääkkeettömiin auttamismenetelmiin, mutta antoi myös perustietoa käyttäytymisen muutosten lääkehoidon periaatteista. Oppaan loppuun koottiin teoksessa käytetyt lähteet. Oppaasta tuli laaja, koska pitkäaikaishoidon työntekijöillä on käytettävissä enemmän aikaresursseja oppaaseen perehtymiseen kuin esimerkiksi ensihoidon työntekijöillä, joilla ohjeet ja manuaalit täytyvät olla lyhyitä ja napakoita.

Oppaan ulkoasun tavoitteena oli selkeys, helppokäyttöisyys ja neutraalisuus. Kustannustehokkaasta näkökulmasta värimaailmaksi valikoitui on musta, harmaa ja valkoinen, jolloin oppaan tulostaminen useana kopiona on edullisempää. Helppokäyttöisyyden näkökulmasta voidaan siis olettaa tämän helpottavan myös oppaan käyttöönottoa, koska opas on jo lähtökohtaisesti mustavalkokopiota varten toimivassa muodossa.

Kuvien lähteenä käytettiin www.publicdomainpictures.net -sivustoa, joka tarjoaa ilmaisia sekä vapaasti käytettävissä olevia kuvapankkikuvia ja joiden käyttö jul-

kaisuissa on luvallista. Kuvien käytössä huomioitiin mahdolliset assosiaatiot, jonka vuoksi kuvien värimaailma on väritön ja aiheet mahdollisimman vähän tunteita herättäviä. Kuvien tarkoituksiksi valittiin mielenkiinnon herättäminen ja oppaan rytmittäminen.

7.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysi on menettelytapa, jota käytetään kuvailemaan tutkittavaa ilmiötä. Sen avulla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Muodostamalla tutkittavaa ilmiötä kuvaavia käsitejärjestelmiä ja -karttoja tai malleja kuvaillaan kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa. (Kyngäs & Elo & Pölkki & Kääriäinen & Kanste 2011.)

Deduktiivinen eli teorialähtöinen analyysi on monilla aloilla perinteinen tutkimuksen sisällönanalyysissä käytetty logiikka, jossa analyysi perustuu tiettyyn malliin tai teoriaan. Tutkimuksessa kuvatus teorian pohjalta määritellään käsitteet tai ja analyysiyksiköt. Deduktiivinen analyysi etenee kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluvat redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely ja abstrahointi eli käsitteellistäminen. Prosessin avulla muodostetaan käsitteellinen näkemys tutkittavasta ilmiöstä. (Tampereen teknillinen yliopisto 2017)

7.3.1 Teorialähtöinen analyysi ja sen toteutus

Tutkimuskysymyksenä tässä työssä oli selvittää millaisia tyypillisiä käyttäytymisen muutoksia esiintyy eri etenevissä muistisairauksissa. Aineistona käytettiin määrällisesti 20 julkaisua, jotka käsitelivät käyttäytymisen muutosten esiintyvyyttä eri muistisairauksissa. Aineiston lähdeluettelo on kuvattu Liitteessä 1. Tutkimusten lisäksi aineistoon valittiin tieteellisiä artikkeleja sekä Käypä hoito-suosituksia, joissa käsiteltiin käyttäytymisen muutosten esiintyvyyttä. Aineistoa rajattiin jättämällä pois aihetta sivuavia tutkimuksia ja artikkeleita otsikon tai tiivistelmän perusteella sekä sen perusteella, vastasivatko nämä asetettuun tutkimuskysymykseen. Laadullisesti aineistolle asetettiin kriteeri, että julkaisun tuli olla ajantasainen, tieteellinen ja luotettava.

Aineistoon valikoitui 13 englanninkielistä julkaisua ja seitsemän suomenkielistä. Englanninkielisiä PubMed-julkaisuja valittiin kuusi ja muita julkaisuja kahdeksan kappaletta. Suomenkielisiä tutkimuskysymykseen vastaavia Käypä hoito-suosituksia oli kolme, kun taas tieteellisiä artikkeleja neljä. Alla olevassa taulukossa on kuvattuna aineistossa käytettyjen julkaisujen tyyppi sekä eriteltynä englannin- ja suomenkielisten julkaisujen määrä. Aineisto on lajiteltuna kolmeen osaan: PubMed-julkaisut, johon kuuluvat kansainvälisessä PubMed-arkistossa julkaistut tutkimukset ja artikkelit, Käypä hoito-suositukset ja muut julkaisut, johon kuuluvat muualla kuin PubMedissä julkaistut englanninkieliset ja muut verkossa julkaistut suomenkieliset julkaisut.

Yhteensä 20 julkaisua	Muu julkaisu	Käypä hoito -suositus	PubMed-julkaisu
Englanninkielinen	7	0	6
Suomenkielinen	4	3	0

Kuvio 6. Kuvaus sisällönanalyysissä käytetyn aineiston laadusta sekä englanninkielisten ja suomenkielisten julkaisujen määrä eriteltynä.

Pelkistämisvaiheessa tutkimuskysymys rajattiin käsittelemään yleisimpiä eteneviä muistisairauksia, joita ovat Alzheimerin tauti, vaskulaaridementia, Lewyn kappale -tauti, otsaohimolohkorappeuma ja Parkinsonin taudin muistisairaus. Ulkopuolelle siis jätettiin harvinaisemmat etenevät muistisairaudet eli Creutzfeldt-Jakobin tauti, Huntingtonin tauti, Hakolan tauti ja Pickin tauti. Pelkistämisprosessia kuvataan kuviossa 7., jossa eritellään kuuden aineistoon kuuluvan julkaisun kuvauksia eri eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista. Pelkistetyn ilmaisen kautta oireita voitiin pelkistää yhä edelleen ja luokitella eri muistisairauksien alle.

Aineisto	Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<p>International Psychogeriatric Association 2002. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack.</p>	<p>"Vascular dementia...also has emotional instability ... including aggressive behavior and visual hallucinations, are seen in Lewy body dementia."</p> <p>"...Others have reported a higher rate of delusions in AD and a higher rate of depression in VaD."</p> <p>"Visual hallucinations are more commonly found in people with dementia with Lewy bodies than in those with Alzheimer's disease or Parkinson's disease These occur in approximately 80% of patients with dementia with Lewy bodies compared with about 20% of Alzheimer's disease patients"</p> <p>"Fronto-temporal dementia has been associated with higher incidences of many symptoms including impulsivity, compulsive behaviors, hypersexuality and verbal outbursts."</p>	<p>Vaskulaaridementian keskeinen käyttäytymisen muutos on masennus.</p> <p>Lewyn kappale - tautiin liittyy keskeisesti psykoosioireet ja aggressio.</p> <p>Alzheimerin taudissa ilmenee psykoosioireita.</p> <p>Lewyn kappale-taudissa esiintyy eniten psykoosioireita.</p> <p>Otsaohimolohkorappeumaan liittyy seksuaaliset käytösoireet ja aggressio.</p>	<p>Vaskulaaridementia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masennus <p>Lewyn kappale - tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoosioireet • Aggressio <p>Alzheimerin tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoosioireet <p>Otsaohimolohkorappeuma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seksuaalinen käytösoire • Aggressio
<p>Donnelly 2005. Behavioral and Psychological disturbances in Alzheimer disease: Assessment and treatment. BCMJ Vol. 47, No. 9, sivut 487-489.</p>	<p>"Affective symptoms...from apathy to agitation and from dysphoria to a clear syndrome of depression... rates of depression in AD...depressive symptoms in 50% at some stage of illness. Lower reports of depression...been found in AD (20%) than in vascular dementia (32.3%)."</p> <p>"Motor restlessness and nonverbal expression of agitation were found in up to 66% of patients, verbal outbursts in up to 45%, and physically threatening or violent behaviors in up to 27%"</p>	<p>Alzheimerin taudissa yleisiä käyttäytymisen muutoksia ovat masennus ja apatia, ahdistuneisuus, levottomuus ja aggressio.</p> <p>Vaskulaaridementiassa masennus on yleinen oire.</p>	<p>Alzheimerin tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masennus • Apatia • Ahdistuneisuus • Levottomuus • Aggressio <p>Vaskulaaridementia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masennus
<p>Juva 2007. Dementia ja</p>	<p>"Depressio on erityisen yleistä dementiaa sairastavilla. Alzheimer-potilaista</p>	<p>Masennus on yleistä kaikissa</p>	<p>Vaskulaaridementia</p>

<p>depressio. Helsinki: Duodecim</p>	<p>vakavaa masennusta esiintyy jopa 20–30 %:lla ja lievempää masennusta yhtä usealla.”</p> <p>”Tyypillisiä oireita ovat muistihäiriöiden lisäksi juuri keskittymisvaikeudet ja aloittekyvyttömyys. Dementiaa sairastava on usein passiivinen, haluton ja helposti väsyvä.”</p> <p>”Aivojen fronto-subkortikaalisten syvien ratayhteyksien vaurioituminen aiheuttaa myös selkeää depressiota. Lisäksi masennuksen suhde aivoverenkierron häiriöihin näyttää olevan kaksisuuntainen: depressio puolestaan altistaa vaskulaarisille vaurioille.”</p>	<p>muistisairauksissa.</p> <p>Apatiaa tavaataan yleisesti masennukseen liittyen.</p> <p>Vaskulaaridemantiaa sairastavilla ilmenee masennusta.</p>	<p>mentia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Masennus <p>Lewyn kappale – tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Masennus <p>Alzheimerin tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Masennus <p>Otsaohimolohkorappeuma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Masennus • <p>Parkinsonin tautiin liittyvä muistisairaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatia • Masennus
<p>Käypä hoito 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsaohimolohkorappeumat (frontaalitemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). Helsinki: Duodecim.</p>	<p>”Keskeinen...oire on potilaan luonteen muuttuminen. Tämä muutos voi näkyä...seksuaalisten normien rikkomisena tai apatiana jne.” Mieliala on...usein myös masentunut tai apaattinen, latistunut.”</p> <p>”...reaktiona siten olla kiu-kunpuuskia tai jopa väkivaltaista käyttäytymistä.”</p>	<p>Otsaohimolohkorappeumaan liittyy seksuaaliset käytösoireet, apatia ja masennus sekä aggressio</p>	<p>Otsaohimolohkorappeuma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seksuaaliset käytösoireet • Apatia • Masennus • Aggressio
<p>Strandberg</p>	<p>”...fyysinen aggressio,</p>	<p>Alzheimerin</p>	<p>Alzheimerin tauti</p>

<p>2013. Alzheimerin taudin non-kognitiiviset oireet (Suomen lääkärilehti 25/97). Tieteelliset lyhennelmät.</p>	<p>agitaatio ja levoton liikkuminen ovat yleisiä. Unihäiriöt, aistiharhat ja harhaluulot ovat lähes yhtä tavallisia...agitaatiota esiintyy lähes 70 %:lla ja ahdistuneisuutta sekä depressiota...40 %:lla. Vaskulaarista dementiaa sairastavilla depression, psykoosin ja agitaation esiintyvyys on havaittu samansuuruisiksi...”</p> <p>”... Fyysistä aggressiota ja agitaatiota esiintyisi dementiapotilaista 2— 60 %:lla, sanallista aggressiota yli puolella, vaeltelua noin 20-40 %:lla ja levottomuutta lähes 40 %:lla...”</p> <p>”Ahdistuneisuuden esiintyvyydeksi Alzheimerin taudissa on ilmoitettu 0—50 %.”</p>	<p>taudin keskeisiä käyttäytymisen muutoksia ovat levottomuus ja aggressio, ahdistuneisuus, apatia ja masennus että psykoosioireet.</p> <p>Vaskulaaridemenciaan liittyy masennus, psykoosioireet sekä levottomuus ja aggressio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Levottomuus • Aggressio • Apatia • Masennus • Psykoosioireet <p>Vaskulaaridemencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levottomuus • Aggressio • Apatia • Masennus • Psykoosioireet
<p>Teräväinen 2012. Lewyn kappale-taudin ja Parkinsonin taudin eroja ja yhtäläisyyksiä. Suomen Parkinson-säätiö.</p>	<p>”... Näiden muutosten (Lewyn kappale -tauti) ajatellaan liittyvän taudissa havaittaviin tiedonkäsittely- ja käytösoireisiin (näköharhat, harhaluulot).”</p> <p>” Molempiin sairauksiin voi muistin heikkenemisen lisäksi liittyä myös muita henkisen toimintakyvyn ongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta, äkkikipaisuutta, aistinharhoja ja harhaluuloja sekä tietyn tyyppistä unihäiriötä...”</p>	<p>Lewyn kappale-taudin keskeisenä käyttäytymisen muutoksena ovat näkö- ja kuuloharhat.</p> <p>Lewyn kappale-tautiin ja Parkinsonin taudin muistisairauteen liittyviä käyttäytymisen muutoksia ovat masennus, ahdistuneisuus ja psykoosioireet.</p>	<p>Lewyn kappale -tauti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psykoosioireet • Masennus • Ahdistuneisuus <p>Parkinsonin taudin muistisairaus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masennus • Ahdistuneisuus • Psykoosioireet

Kuvio 7. Kuviossa kuvataan kuuden keskeisen julkaisun kautta aineiston re-dusointivaihetta.

Tämän jälkeen aineistoissa kuvaillut eri muistisairauksiin liittyvät tyypillisimmät käyttäytymisen muutokset koottiin yksinkertaiseen taulukkoon (kuvio 8.). Käsitteellistäminen tässä sisällönanalyysissä oli lyhyt vaihe, sillä sisällönanalyysi ta-

pahtui poimimalla julkaisuissa kuvattuja käyttäytymisen muutoksia. Pelkistämistä ja käsitteellistämistä tapahtui näkö-, kuulo- ja aistiharhojen sekä harhaluulojen kohdalla, jotka käsitteellistettiin psykoottisten oireiden alle. Yleisesti valituissa julkaisuissa käyttäytymisen muutokset oli kuvattu tässäkin opinnäytetyössä kuvatuin oireitermein.

7.3.2 Tulokset

Sisällönanalyysin pohjalta voidaan todeta, että apatia esiintyy yleisimpänä oireena niin Alzheimerin taudissa, vaskulaaridementiassa ja otsaohimolohkodementiassa. Myös Parkinsonin tautiin liittyvässä muistisairaudessa apatia on merkittävä oire.

ALZHEIMERIN TAUTI	VASKULAARIDEMENTIA	LEWYN KAPPALE DEMENTIA	OTSAOHIMOLOHKODEMENTIA	PARKINSONIN TAUDIN MUISTISAIRAUS
Apatia	Apatia	Apatia	Apatia	Apatia
Masennus	Masennus	Masennus	Masennus	Masennus
Ahdistuneisuus	Levottomuus	Ahdistuneisuus	Seksuaalinen käytösoire	Ahdistuneisuus
Levottomuus	Aggressio	Aggressio		Psykoottiset oireet
Aggressio	Psykoottiset oireet	Levottomuus		
Psykoottiset oireet		Psykoottiset oireet		

Kuvio 8. Sisällönanalyysi yleisimmistä eri muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista.

Myös masennus on merkittävä käyttäytymisen muutos kaikissa etenevissä muistisairauksissa, jonka lisäksi ahdistuneisuutta esiintyi Alzheimerin taudissa,

Lewyn kappale -taudissa ja Parkinsonin tautiin liittyvässä muistisairaudessa. Levottomuusoireita ja aggressiota esiintyi Alzheimerin taudissa, vaskulaaridementiassa, Lewyn kappale –taudissa ja Parkinsonin tautiin liittyvässä muistisairaudessa. Psykoottiset oireita esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa lukuun ottamatta otsaohimolohkodementiaa. Toisaalta taas otsaohimolohkodementiassa seksuaalinen käytösoire kuvattiin merkittäväksi käyttäytymisen muutokseksi.

9 EETTISYYS JA PÄTEVYYS

Hyviä tieteellisen käytännön lähtökohtia ovat tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tutkimustyön rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017). Eettiset periaatteet kulkivat mukana koko opinnäytetyön prosessin ajan. Projektityö suunniteltiin, toteutettiin ja arvioitiin raporttiin yksityiskohtaisesti ja rehellisesti.

Tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu avoimuus ja muiden tutkijoiden töiden huomioiminen niin, että niihin on viitattu asianmukaisella tavalla ja heidän saavutukset saavat niille kuuluvan arvon (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017). Tässä opinnäytetyössä tieteellisen tiedon luonne ja muiden työt olivat huomioitu asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tietoperustan lähteet merkittiin asianmukaisesti lähdeluetteloon ja lähdeviittaukset tekstiin. Suoria lainauksia vältettiin tekstissä ja opinnäytetyö tarkistettiin Urkund-plagiointintunnistusjärjestelmässä.

Tietoa haettiin kirjallisuudesta, PubMed-tietokannasta ja laajasti eri julkaisuista internetissä. Käypä hoito -suositus kulki tiiviisti mukana tietoperustaa rakentaessa ja muistisairauksien Käypä hoito -suositusten päivityksen jälkeen tammi-kuun lopussa 2017 tietoperustaa käytiin uudelleen läpi samalla monipuolistaen tietoperustaa saadun ohjauspalautteen perusteella. Kriittisyys lähteitä kohtaan korostui verkkolähteitä kohtaan, joiden käytettävyyttä arvioitiin tieteellisyyden, kirjoittajan, julkaisijan että ajantasaisuuden kautta. Näin voitiin myös arvioida, että oppaaseen käytetty tieto oli ajantasaista ja näyttöön perustuvaa.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan käytetyn tutkimusmenetelmän kykyyn antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017). Tässä sisällönanalyyysissä ei sattumanvaraisuus on epätodennäköistä, sillä kuka tahansa voi analysoida käytetyn aineiston uudelleen ja havaita kyseisten oireiden liittyvän tiettyihin muistisairauksiin. Sisällönanalyysin aineistona käytettiin luotettavia tieteellisiä tutkimuksia ja julkaisuja ja Käypä hoito -suosituksia, joiden pohjalta voitiin luoda luotettava analyysi tutkimuskysymykseen.

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa käytetyn menetelmän soveliaisuutta mittaamaan tutkittavaa ilmiötä. Jos mittaustulokset vastaa vallalla olevaa teoriaa tai parantavat sitä, voidaan tutkimuksen olevan validi (Hiltunen 2009). Tämän sisällönanalyysin tuloksen voidaan ajatella olevan pätevä, sillä se pyrkii erittelemään olemassa olevaa tutkimustietoa ja tulokset vastasivat hyvin vallalla olevaa teoriaa. Sisällönanalyysi oli validi menetelmä vastaamaan opinnäytetyössä esitettyyn tutkimuskysymykseen ja oikea tapa kuvaamaan eri muistisairauksissa esiintyviä käyttäytymisen muutoksia.

Aineiston laajuudella voitiin taata toistuvuuden kautta, että julkaisuista esiin oireita ei tullut enää uusia oireita esiin, julkaisuissa korostui toistuvuus ja tukivat muista aineistoista tehtyjä pelkistyksiä. Aineiston tulkinnessa väärintulkinnan riski oli minimaalinen, sillä aineistosta koottiin kuvioon jo työssä käytettyjä oireitermejä. Oireitermien koonnissa aistiharhat, harhaluulot ja väärintulkitseminen oli perustellusti koottu psykoottisten oireiden alla ja rajausta tapahtui muutamien työn ulkopuolelle jätettyjen oireiden kohdalla.

Oppaan tavoitteena oli tarjota ja koota yhteen luotettavaa tietoa eteneviin muistisairauksiin liittyvistä käyttäytymisen muutoksista pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille. Tavoitteen saavuttamiseksi käyttämäni tieto on peräisin alan kirjallisuudesta, tutkimuksista ja ajantasaisista julkaisuista. Lisäksi oppaassa on selkeästi informoitu mihin tarkoitukseen opas on luotu, kelle se on suunnattu ja mahdollistaa pääsyn käytetyille alkuperäislähteille. Oppaassa käytettyjen kuvien käytön luvallisuus oli tarkistettu ja käytetyt kuvat valittu sillä perusteella.

Opas hyväksyttiin toimeksiantajan eli Lapin ammattikorkeakoulun tasolla. Oppaan tekijänoikeudet luovutetaan toimeksiantajalle, jolloin heillä on oikeus ja muokata ja päivittää sitä.

10 POHDINTA

10. 1 Projektin arviointi ja jatkotyöskentely

Eteneviin muistisairauksiin liittyvien käyttäytymisen muutosten yleisyyden vuoksi voidaan olettaa, että jokaisessa ikääntyneiden tai muistisairaiden yksikössä hoitohenkilökunta on päivittäin tekemisissä käyttäytymisen muutosten kanssa. Hoitohenkilökunnan osaaminen ja ammatillisuus ovat avainasemassa käyttäytymisen muutosten hoidossa. Kouluttamalla voidaan lisätä osaamista yksiköissä, jolloin hoitotyöntekijät ymmärtävät paremmin käyttäytymisen muutosten syntyä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä ja kykenevät yhä ammattitaitoisemmin ottamaan käyttäytymisen muutosten hoito osaksi kokonaisvaltaista muistisairaahan hoitosuunnitelmaa.

Riskinä oppaan luomisessa oli, että opas jää käyttäjälleen liian vaikeasti ymmärrettäväksi lääke- tai hoitotieteelliseksi katsaukseksi aiheeseen. Opasta tehdessä pohdittiin mikä on ensisijaiselle kohderyhmälle eli hoitotyöntekijöille merkityksellistä tietoa. Oppaan tekemisen haasteeksi voitiin kokea tietopaljouden lisäksi myös selkokielineen ja ymmärrettävä sisältö.

Haasteisiin vastattiin hyvin ja oppaasta saatiin kattava, sisällöltään ja ulkoasultaan selkeä kokonaisuus. Sisällön osalta pyrin koko oppaan työstöprosessin ajan pohtimaan, mikä itselleni hoitotyöntekijänä on merkityksellistä tietoa. Visuaalisuuden ja tekstinostojen avulla pyrin niin rytmittämään kuin herättämään mielenkiintoa lukijassa. Lääkkeettömiin auttamismenetelmiin painottuen opas tarjosi myös konkreettisia keinoja hoitotyön arkeen.

Jatkotyöskentelynä olisi mielenkiintoista tietää millaiseksi hoitotyöntekijät kokevat omat valmiudet ja osaamisen käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen ja hoitoon. Tätä kautta voitaisiin paneutua konkreettisiin ongelmakohtiin ja syvemmin aiheeseen, sillä tämän opinnäytetyön toiminnallisena osana tuotettu opas on yleinen katsaus aiheeseen, jossa auttamismenetelmät ovat esitelty pin-tapuolisesti.

10.2 Ammatillisen kasvun pohdinta

Opinnäytetyön tekemistä helpotti oma henkilökohtainen mielenkiinto aiheeseen. Työssäni perusterveydenhuollon piiriin kuuluvalla vuodeosastolla hoidetaan paljon käyttäytymisen muutoksista kärsiviä muistisairaita. Levottomuus, masennus ja ahdistuneisuus, karkailu, aggressiivisuus ja erilaiset harhat ovat tyypillisiä syitä sairaalahoitoon joutumiselle. Opinnäytetyön tekeminen ja aiheeseen perehtymisen kautta joutui myös pohtimaan omia valmiuksia ja osaamista käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen ja hoitoon.

Toiminnallinen osa muotoutui oppaaksi halutessani hyödyntää aiempaa ammatillista osaamista journalismin sekä tiedottamisen saralta. Myös sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen lisäksi myös tieto- ja viestintätekniikoiden hyödyntäminen opetuksessa ja ohjauksessa. Lisäksi sairaanhoitajalta vaaditaan tiedonhaun hallintaa ja tieteellisten julkaisujen kriittisen lukemisen ja arvioinnin taitoja. (Eriksson & Korhonen & Merasto & Moisio 2015) Tässä opinnäytetyössä vastattiin sairaanhoitajan osaamistavoitteisiin mielestäni hyvin, mikä näkyi tietoperustan tieteellisyyden ja monipuolisuuden lisäksi myös toiminnallisena osana tuotetun oppaan sisällössä. Samalla opinnäytetyölle asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastattiin kattavasti. Tietoperustaa rakentaessa joutui myös oman mukavuusalueen ulkopuolelle hyödyntäessään englanninkielistä tiedonhakua ja tieteellisten julkaisuja, mutta toisaalta tämä kasvatti myös varmuutta omasta osaamisesta.

Oppaan tekeminen oli antoisa ja opettava kokemus, sillä se vaati itseltä taustatietoa kerätessä ja teoreettista viitekehystä rakentaessa paljon opiskelua, alan kirjallisuuden tutustumista ja tiedonhakutaitojen hyödyntämistä. Samalla opasta tehdessä kykeni pohtimaan kohderyhmän kannalta merkityksellistä tietoa sekä mikä merkitys visuaalisuudella on ammattihenkilöille suunnatussa viestinnän tuotoksessa. Opasta työstäessä kykenin mielestäni hyvin rajaamaan sisällön oleelliseen tietoon. Tässä helpotti myös lähtökohta, että kohderyhmällä oli jo entuudestaan tietoa ja kokemuksia käyttäytymisen muutoksista kärsivistä muistisairasta.

Opinnäytetyön päädyin toteuttamaan yksin käytännön syistä johtuen. Osaltaan siihen vaikutti halu nopeuttaa opintojani, jonka vuoksi opinnäytetyöprojektia työstettiin työn ja koulun ohella. Asetettuihin tavoitteisiin mielestäni vastattiin tässä työssä hyvin. Toisaalta opin paljon projektin suunnittelusta ja siitä, että suunniteltujen asioiden toteuttamiseen vaikuttavat monet tekijät. Tästä esimerkkinä voidaan mainita suunnitellussa aikataulussa pysyminen, sillä opinnäytetyön toteutus venyi useilla kuukausilla. Venymisestä huolimatta projektin lopussa sain paljon tarvitsemaani ohjausta opinnäytetyön toteuttamisessa, joka vaati myös palaamista alkuun ja pohtimaan opinnäytetyön hoitotieteellisyyttä että näyttöön perustuvuutta. Tarpeellisuudesta huolimatta prosessin loppupuoli oli raskas toteuttaa, mikä johtui taas itselle asetettujen aikataulutavoitteiden saavuttamisesta kolmivuorotyön ja opintojen ohella.

Tulevaisuudessa sairaanhoitajana toivoisin kykeneväni osallistumaan projekteihin tai toimintaan, jossa pystyisin hyödyntämään myös aiempaa koulutus- ja työtaustaani viestinnän osalta. Opinnäytetyö toimii hyvänä työnäytteenä tätä tavoiteltaessa, sillä osoittaa omia valmiuksia tuottaa suurta yleisöä palvelevaa informaatiota sairauksista sekä terveyden edistämisestä. Konkreettisenä tuotoksena se osoittaa valmiuksia tuottaa oppaita tai esitteitä ja esittelee omaa teknologian tuntemista ja tietoteknillisiä taitoja.

LÄHTEET

Airaksinen 2010. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Viitattu 21.3.2017.
www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010?next_slideshow=1

Alzheimer's Association 2017. Depression and Alzheimer's. Chicago: Alzheimer's Association National Office. Viitattu 10.3.2017.
www.alz.org/care/alzheimers-dementia-depression.asp

Beshar 2010. Dementia- ja psykelääkkeiden käyttö dementian käytösoireiden hoidossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 17.3.2017.
tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77829/gradu04578.pdf?sequence=1

Brendel & Stern 2005. Psychotic Symptoms in the Elderly. Viitattu 13.3.2017.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1257410/#i1523-5998-7-5-238-b10>

Brathwaite & Mendiratta 2015. Dementia and Inappropriate Sexual Behavior. Today's Geriatric Medicine Vol. 8 No. 3 P. 26. Viitattu 13.3.2017.
www.todaysgeriatricmedicine.com/archive/0515p26.shtml

Cerejeira & Lagarto & Mukaetova-Ladinska 2012. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The National Center of Biotechnology Information. Viitattu 10.3.2017.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/

De Giorgi & Series 2016. Treatment Of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia. Viitattu 15.3.2017.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980403/

Eloniemi-Sulkava 2010. Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypä hoito. Helsinki: Duodecim. Viitattu 17.3.2017.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635

Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle: Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
www.muistiasiantuntijat.fi/mediafiles/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf

Eriksson & Korhonen & Merasto & Moisio 2015. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke. Viitattu 22.3.2017.
<https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen, 2011. Muistihäiriöt ja dementia.

Kirjassa Soinila, Kaste & Somer 2011. Neurologia, 367-358. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, Mönkäre, Nukari, Forder (toim.) 2014. Muistisairaahan kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Hartikainen & Lönnroos 2016. Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki:Edita.

Heikkilä, Jokinen, Nurmela 2008. Tutkiva kehittäminen – Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hietaharju & Nuutila 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Hiltunen 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Viitattu 28.4.2017.

www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ja_reliabiliteetti.pdf

Kyngäs & Elo & Pölkki & Kääriäinen & Kanste 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011. 23(2), 138-148. Viitattu 18.3.2017.

www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallönanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessä_tutkimuksessa

Käypähoito 2017. Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki. Viitattu 9.3.2017

www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044

Käypä hoito 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Helsinki: Duodecim. Viitattu 9.3.2017.

www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044

Leinonen 2009. Dementian vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 17.3.2017.

www.spgy.org/koulutus/materiaalia/20091008koulutus/Dementian_vaikeiden_kaytosoireiden_laakehoito.pdf

Lyketsos & Lopez & Fitzpatrick & Breitner & DeKosky 2002. Results of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment. American Medical Association. Viitattu 12.3.2017.

[http://homes.mpimf-heidel-](http://homes.mpimf-heidel-berg.mpg.de/~mhelmsta/pdf/2002%20DeKosky..%20[Alzheimer]%20JAMA.pdf)

[berg.mpg.de/~mhelmsta/pdf/2002%20DeKosky..%20\[Alzheimer\]%20JAMA.pdf](http://homes.mpimf-heidel-berg.mpg.de/~mhelmsta/pdf/2002%20DeKosky..%20[Alzheimer]%20JAMA.pdf)

Mattila & Jousimaa & Laurila 2015. Iäkkään kognitiiviset oireet : toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. Katsausartikkeli. Duodecim 2015 vol. 131, 599-603.

Muistiliitto 2014. Muutokset käyttäytymisessä. Helsinki: Muistiliitto ry. Viitattu 23.3.2017.

[www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-
oireisto/muutokset-kayttaytymisessa/](http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairauksien-oireisto/muutokset-kayttaytymisessa/)

Muistiliitto 2016. Vaikeat tilanteet. Helsinki: Muistiliitto ry. Viitattu 28.9.2016

[www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-
kohtaaminen/](http://www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/)

Noppiari & Kiiltomäki & Pesonen 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Rachal 2006. Treating Aggression in Patients With Dementia. Psychiatric Times. Viitattu 12.3.2017.

www.psychiatrictimes.com/articles/treating-aggression-patients-dementia

Rankanen 2009. Taideterapian asiakkaat ja sovellusalueet. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim. Viitattu 17.3.2017.

[www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00162
#s3](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00162#s3)

Rayner & O'Brien & Schoenbachler 2006. Behavior Disorders Of Dementia: Recognition and Treatment. American Family Psysician. Viitattu 13.3.2017.

www.aafp.org/afp/2006/0215/p647.html

Saarenheimo 2003. Vanhuus ja mielenterveys – Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.

Salmenperä & Tuli & Virta (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sihvonen & Leo & Särkämö & Soinila 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014;130(18):1852-60. Helsinki: Duodecim. Viitattu 17.3.2017.

www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/18/duo11845

Sipola 2010. Validaatio – tunteiden kuuntelu. Viitattu 17.3.2017.

satumaiset.files.wordpress.com/2010/12/validaatio_tunteiden_kuuntelu1.pdf

Strandberg 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet (Suomen lääkäri-lehti 25/97). Gernet. Viitattu 13.3.2017.

[www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-
laakarilehti-25-97](http://www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97)

Stenberg 2010. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. Helsinki: Ikäinstituutti 2015. Viitattu 17.3.2017.

[www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/muistelu-
vuorovaikutusmenetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf](http://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/muistelu-vuorovaikutusmenetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf)

Tampereen teknillinen yliopisto 2017. Tiedon analysointi. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 18.3.2017.

www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 21.3.2017.

www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2016. Monimuotoinen / Toiminnallinen opinnäyte-työ. Viitattu 12.10.2016.

www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html

Virtuaaliammattikorkeakoulu 2017. Tutkimuksen reliabiliteetti. Viitattu 28.4.2017.

www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html

Voutilainen & Tiikkanen (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Väestökisterikeskus 2015. Asuminen vanhainkodissa tai sairaalassa. Helsinki: Väestökisterikeskus. Viitattu 17.3.2017.

www.suomi.fi/suomifi/suomi/palveluoppaat/ikaantuvan_palveluopas/asumiseni/kodin_ulkopuolisessa_hoidossa/asuminen_vanhainkodissa_tai_sairaalassa/index.html

Zal 2006. Agitation in the Elderly. Psychiatric Times. Viitattu 12.3.2017.

www.psychiatrictimes.com/dementia/agitation-elderly

LIITTEET

Liite 1. Sisällönanalyysin aineisto

Liite 2. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotos: Eteneviin muistisairauksiin liittyvät käyttäytymisen muutokset. Opas pitkäaikaishoidossa työskenteleville hoitotyöntekijöille.

LIITE 1. SISÄLLÖNANALYYSIN AINEISTO

Alagiakrishnan 2016. Vascular Dementia Clinical Presentation. MedScape.
<http://emedicine.medscape.com/article/292105-clinical>

Anderson 2004. Behavioral Disturbances in Parkinson Disease. PubMed.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181807/>

Borroni & Agosti & Padovani 2008. Behavioral and Psychological symptoms in dementia with Lewy-bodies (DLB): frequency and relations with disease severity and motor impairment. PubMed.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17467082/

Chapman & Perry & Anda 2007. Behavioral and Neurophysiological Characteristics of Lewy Body Dementia – Implications for Intervention. US Neurology;4(1).
www.touchneurology.com/articles/behavioral-and-neurophysiological-characteristics-lewy-body-dementia-implications-0

International Psychogeriatric Association 2002. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack.
http://dbmas.org.au/uploads/resources/IPA_BPSD_Educational_Pack.pdf

Donnelly 2005. Behavioral and Psychological disturbances in Alzheimer disease: Assessment and treatment. BCMJ Vol. 47, No. 9, sivut 487-489.
www.bcmj.org/article/behavioral-and-psychological-disturbances-alzheimer-disease-assessment-and-treatment

Juva 2007. Dementia ja depressio. Helsinki:Duodecim.
www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96488.pdf

Juva 2012. Etenevä sujumaton dementia ja semanttinen dementia. Memo-lehti. Muistiasiantuntijat.
www.muistiasiantuntijat.fi/memo.php?udpview=read&src=db25114&sid=49&issue=2012-01&lang=fi

Kawanabe & Yoritaka & Shimura & Oizumi & Tanaka & Hattori 2010. Successful Treatment with Yokukansan for behavioral and psychological symptoms in Parkinsonian dementia. PubMed.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19948198

Käypä hoito 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Lewyn kappale -tauti. Helsinki:Duodecim.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01604

Käypä hoito 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontaalitemporaalidementia, etenevä sujumaton afasia ja semanttinen dementia). Helsinki: Duodecim.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594

Käypä hoito 2017. Muistisairaudet. Helsinki: Duodecim.

www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044#s11

Lewy Body Dementia Association 2016. Treatment of Behavioral Symptoms: When to Consider Antipsychotic Medications in LBD.

www.lbda.org/content/treatment-behavioral-symptoms-when-consider-antipsychotic-medications-lbd

O'Brien 2003. Behavioral symptoms in vasculas cognitive impairment and vascular dementia. PubMed.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16191230

Oh & Kim & Lee 2015. Effects of Rivastigmine on Behavioral and Psychiatric Symptoms of Parkinson's Disease Dementia. PubMed.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26090082

Robert 2002. Understanding and Managing Behavioral Symptoms in Alzheimer's Disease and Related Dementias: Focus on Rivastigmine.

www.medscape.com/viewarticle/439728

Strandberg 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet (Suomen lääkärilehti 25/97). Tieteelliset lyhennelmät.

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

Teräväinen 2012. Lewyn kappale -taudin ja Parkinsonin taudin eroja ja yhtäläisyyksiä. Suomen Parkinsonsäätiö.

www.parkinsonsaatio.fi/parkinsonin-tauti/artikkelit/lewyn-kappale-taudin-ja-parkinsonin-taudin-eroja-ja-yhtalaisyyksia

University of California San Francisco Memory and Aging Center 2010. Vascular Dementia.

<http://memory.ucsf.edu/education/diseases/vascular>

Xing & Tang & Zhao & Wang & Qin & Ji & Zhang & Jia 2016. Association between plasma ceramides and cognitive and neuropsychiatric manifestations in Parkinson's disease dementia. PubMed.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27772793